



BØRNEDÆKNING - SYGDOM

Forsikringsbetingelser nr. BØRNSYG-01



GARTNERNES
FORSIKRING

Børnedækning - sygdom kan kun tegnes i tilknytning til ulykkesforsikringen.

Børnedækning - sygdom består af følgende dækninger:

- Dødsfaldssum til børn efter det fyldte 1. år
- Visse kritiske sygdomme til børn
- Ménggrad ved sygdom til børn

Fællesbetingelserne (pkt. 8-10) i forsikringsbetingelserne for Privat Ulykkesforsikring er også gældende for Børnedækning - sygdom.

INDHOLDSFORTEGNELSE

BØRNEDÆKNING - SYGDOM	1
1. Forsikringen.....	1
FÆLLES BESTEMMELSER	1
2. Aftalegrundlaget	1
3. Oplysningspligt	1
4. Forsikringens ikrafttræden	1
5. Forsikringens betaling	1
6. Pantsætning og anden overdragelse	2
7. Anmeldelse.....	2
8. Oplysninger	2
9. Skatte og afgiftsforhold.....	2
10. Ophør af dækningen	2
11. Opsigelse	3
12. Klager	3
13. Fortrydelsesret	3
DØDSFALDSSUM TIL BØRN EFTER DET FYLDTE 1. ÅR	4
14. Dødsfaldssum til børn efter det fyldte 1. år	4
15. Dækningsbegrænsninger	4
16. Udbetaling	4
FORSIKRING VED VISSE KRITISKE SYGDOMME TIL BØRN	5
17. Dækning ved visse kritiske sygdomme til børn.....	5
18. Begrænsninger i forsikringsdækningen.....	9
MÉNGRAD VED SYGDOM TIL BØRN	10
19. Méngrad ved sygdom til børn.....	10
20. Mén.....	10
21. Forsikringens størrelse.....	10
22. Ingen dækning.....	11
23. Uenighed om méngraden.....	11

For forsikringen gælder udover disse betingelser det i policen anførte.

BØRNEDÆKNING - SYGDOM

1. FORSIKRINGEN

1.1 Forsikringen Børnedækning - sygdom er oprettet på grundlag af aftale mellem Gartnernes Forsikring, hvor det forsikrede barn eller dennes værge har tegnet forsikringen og AP Pension.

1.2 Forsikringen består af følgende forsikringsdækninger:

- Dødsfaldssum til børn efter det fyldte 1. år
- Visse kritiske sygdomme til børn
- Ménggrad ved sygdom til børn

Forsikringen er oprettet som syge- og ulykkesforsikring i:

AP Pension Livsforsikringsaktieselskab (AP Pension)

CVR-nr. 18530899

Østbanegade 135

2100 København Ø

1.3 AP Pension er underlagt offentligt tilsyn.

1.4 Dansk ret, herunder forsikringsaftaleloven, gælder for aftalen.

FÆLLES BESTEMMELSER

2. AFTALEGRUNDLAGET

2.1 Betingelserne træder i kraft fra det tidspunkt, hvor forsikrede bliver omfattet af forsikringen.

2.2 AP Pension kan ændre betingelserne, hvis:

- Ændringen aftales med Gartnernes Forsikring.
- Det er nødvendigt, for at AP Pension kan overholde lovgivning og tilhørende praksis.
- Grundlag for beregning af forsikringen ændrer sig.
- Ændringen ikke har væsentlig betydning for produkter og forsikring.

2.3 Forsikrede og dennes værge oplyses af Gartnernes Forsikring om skærpende ændringer af betingelserne med 30 dages varsel til policens hovedforfaldsdag.

3. OPLYSNINGSPLIGT

3.1 Forsikrede bliver optaget i og er omfattet af Børnedækning - sygdom på grundlag af oplysninger, som Gartnernes Forsikring modtager fra forsikrede og/eller dennes værge. Oplysningerne vedrører bl.a. forsikredes navn og CPR-nr.

4. FORSIKRINGENS IKRAFTTRÆDEN

Forsikringsdækningen træder i kraft den dag, der er anført som ikrafttrædelsesdag på hovedpolicen.

5. FORSIKRINGENS BETALING

5.1 Første betaling forfalder samtidig med hovedpolicen og indbetales til Gartnernes Forsikring, som afregner overfor AP Pension.

5.2 Hvis der ikke betales i overensstemmelse med reglerne i forsikringsaftaleloven, følges rykkerproceduren, som fremgår af forsikringsaftalelovens §§ 12-17, herunder også ophør af forsikringen tidligst 14 dage efter betalingsfristen som følge af manglende betaling.

5.3 Forsikrede og dennes værge oplyses af Gartnernes Forsikring om ændringer af grundlag eller tarif med 30 dages varsel til policens hovedforfaldsdag.

5.4 Forsikringen giver ikke ret til præmiefri dækning.

- 5.5 Overgår værgemålet over det forsikrede barn til en anden person efter ikrafttrædelsestidspunktet for forsikringen, skal dette meddeles til Gartnernes Forsikring. Den nye værge kan overtage forsikringen, hvilket tilsvarende skal meddeles Gartnernes Forsikring af hensyn til følgerne ved manglende præmiebetaling.
- 5.6 Hvis værgen afgår ved døden i forsikringstiden, kan Børnedækning - sygdom overtages af eventuel ny værge, eller det forsikrede barn, hvis barnet er myndigt.

6. PANTSÆTNING OG ANDEN OVERDRAGELSE

Forsikringen kan ikke, udover hvad der fremgår i disse forsikringsbetingelser, overdrages, afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning eller retsforfølgning.

7. ANMELDELSE

- 7.1 Forsikrede, værgen eller andre berettigede skal anmelde en dækningsberettiget skade/diagnose til Gartnernes Forsikring hurtigst muligt.
Hvis tilstanden efter en sygdom forværres, skal forsikrede eller dennes værge eller andre berettigede anmelde forværringen til Gartnernes Forsikring hurtigst muligt.
- 7.2 Skadebehandlingen foretages i AP Pension.
- 7.3 Krav mod Gartnernes Forsikring og AP Pension forældes efter dansk rets regler om forældelse.

8. OPLYSNINGER

- 8.1 Forsikrede, dennes værge eller andre berettigede skal give AP Pension adgang til oplysninger, som er nødvendige for, at AP Pension kan vurdere retten til udbetaling. Hvis oplysningerne er ufuldstændige, kan udbetaling ikke finde sted.
- 8.2 Det kan blandt andet være nødvendigt, at forsikrede, dennes værge eller andre berettigede samtykker og medvirker til, at AP Pension indhenter, opbevarer, registrerer og videregiver oplysninger, erklæringer mv. Der kan fx være tale om, at selskabet indhenter oplysninger hos læger, der behandler eller har behandlet forsikrede.
- 8.3 AP Pension behandler alle oplysninger efter regler, som findes i lovgivningen. AP Pension og Gartnernes Forsikring har tavshedspligt om forsikredes forhold og må kun videregive oplysninger herom, hvis forsikrede, dennes værge eller andre berettiget har godkendt, at der sker videregivelse, eller hvis lovgivningen giver adgang til at videregive oplysninger.

9. SKATTE OG AFGIFTSFORHOLD

AP Pension fratrækker skatter og afgifter, herunder boafgift, inden udbetaling. Det sker i henhold til gældende lov.

10. OPHØR AF DÆKNINGEN

- 10.1 Børnedækning - sygdom er tegnet i tilknytning til Gartnernes Forsikring børneulykkesforsikring. Hvis ulykkesforsikringen ved Gartnernes Forsikrings ophører, ophører Børnedækning - sygdom samtidig.
- 10.2. Forsikringen ophører senest, når:
- Forsikredes børneulykkesforsikring udløber, dvs. ved førstkommende hovedforfald efter, at barnet er fyldt 18 år, medmindre Børnedækning - sygdom inden da er videreført til en voksen ulykkesforsikring.
 - Forsikrede fylder 28 år.
 - Forsikringen er opsagt, jf. pkt. 10.1.
- 10.3 Når dækningen ophører, vil forsikringen ikke have opnået nogen værdi.

11. OPSIGELSE

- 11.1 Gartnernes Forsikring og AP Pension kan opsige aftalerne, som ligger til grund for Børnedækning - sygdom med 1 måneds skriftligt varsel til udgangen af et kalenderår.
- 11.2 Forsikrede og/eller dennes værge kan opsige Børnedækning - sygdom med 1 måneds skriftligt varsel. Dog bortfalder forsikringsdækningen senest samtidig med bortfald af den tilknyttede hovedpolice hos Gartnernes Forsikring.

12. KLAGER

- 12.1 Hvis der opstår uoverensstemmelse mellem forsikrede, dennes værge eller andre berettigede og AP Pension, og fornyet henvendelse ikke fører til tilfredsstillende resultat, kan forsikrede eller den berettigede klage til Ankenævnet for Forsikring.
- 12.2 Klager kan - mod betaling af et gebyr - indsendes på et særligt klageskema, der kan rekvireres hos AP Pension, Ankenævnet for Forsikring og Forbrugerrådet. Skemaet kan også hentes fra Ankenavnets hjemmeside: www.ankeforsikring.dk.

13. FORTRYDELSESRET

13.1 Fortrydelsesret

Du kan fortryde den indgåede aftale efter forsikringsaftalelovens § 34 i.

13.2 Fortrydelsesfristen

Fortrydelsesfristen er 30 dage. Fristen regnes som udgangspunkt fra den dag, du har fået meddelelse om aftalens indgåelse. Fortrydelsesfristen regnes dog tidligst fra det tidspunkt, du på skrift (fx på papir eller e-mail) har fået nærværende oplysning om fortrydelsesretten.

Hvis du fx har fået underretning om aftalens indgåelse mandag den 1. – i en måned med 31 dage – og også har fået oplysning om fortrydelsesretten, har du frist til og med onsdag den 31. Hvis fristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente til den følgende hverdag.

13.3 Hvordan fortryder du?

Inden fortrydelsesfristens udløb skal du underrette Gartnernes Forsikring om, at du har fortrudt aftalen. Hvis du vil give denne underretning skriftligt – fx pr. brev eller e-mail – skal du blot sende underretningen inden fristens udløb. Hvis du vil sikre dig bevis for, at du har fortrudt rettidigt, kan du fx sende brevet anbefalet og opbevare postkvittingen.

Underretning om, at du har fortrudt aftalen, skal gives til Gartnernes Forsikring, hvor du har oprettet forsikringen.

DØDSFALDSSUM TIL BØRN EFTER DET FYLDTE 1. ÅR

14. DØDSFALDSSUM TIL BØRN EFTER DET FYLDTE 1. ÅR

- 14.1 Forsikrede er det barn, der med navn og fødselsdato er anført på policen.
- 14.2 Dødsfaldssum til børn er oprettet som en gruppelivsforsikring uden opsparing, en såkaldt risikoforsikring hvor forsikringssummen alene udbetales ved forsikredes død, så længe denne er omfattet af forsikringen.
- 14.3 Det er uden betydning, om døden skyldes ulykke eller sygdom.
- 14.4 Gruppelivsforsikringen dækker hele døgnet og i hele verden.
- 14.5 AP Pension udbetaler forsikringssummen til værgen. Hvis forsikrede er myndig ved forsikringsbegivenhedens indtræden, udbetaler AP Pension forsikringssummen til forsikredes »nærmeste pårørende« efter reglerne i forsikringsaftaleloven, medmindre andet er skriftligt meddelt Gartnernes Forsikring.
- 14.6 »Nærmeste pårørende« er på forsikringer oprettet den 1. januar 2008 eller senere, i prioriterede rækkefølge:
- Ægtefælle eller registreret partner
 - Samlever*
 - Livsarvinger - børn, børnebørn mv.
 - Arvinger ifølge testamente
 - Øvrige arvinger.
- Ved samlever forstås en person, som lever sammen med forsikrede på fælles bopæl, og som venter, har eller har haft barn sammen med forsikrede, eller har levet sammen med forsikrede i et ægteskabslignende forhold på den fælles bopæl i de sidste 2 år før dødsfaldet.
- 14.7 Retten til udbetaling bortfalder, hvis der ikke findes en berettiget ifølge særlig begunstigelsesbestemmelse, forsikringsaftalens begunstigelsesbestemmelse, testamente eller legale arvinger.

15. DÆKNINGSBEGRÆNSNINGER

- 15.1 Forsikringen dækker ikke ved død, som er en følge af:
- Selvmord eller følger efter selvmordsforsøg.
 - Psykiske lidelser.
 - Misbrug af alkohol eller narkotiske stoffer.
 - Krigstilstand, borgerlige uroligheder eller tilsvarende fareforøgelse. Ved død uden for dansk område gælder begrænsningen kun, hvis forsikrede har deltaget aktivt i krigshandlinger mv. På dansk område følges bekendtgørelse fra den minister, som er ansvarlig for livs- og pensionsforsikring, herunder bekendtgørelse om start- og sluttidspunkt for tilstanden.
 - Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.
- 15.2 Endvidere dækker forsikringen ikke:
- Dødsfald, der indtræder i forsikringstiden inden, at forsikrede er fyldt 1 år.
 - Dødsfald, som skyldes medfødte sygdomme og/eller sygdomme, der er indtrådt inden, at forsikrede er fyldt 1 år.

16. UDBETALING

- 16.1 Gruppelivsforsikringen opgøres på grundlag af dækningen ved dødsfaldet.

FORSIKRING VED VISSE KRITISKE SYGDOMME TIL BØRN

Forsikringsdækningen omfatter diagnoser, der stilles efter forsikringens ikrafttræden, jf. dog pkt. 18.

17. DÆKNING VED VISSE KRITISKE SYGDOMME TIL BØRN

- 17.1 Forsikrede er det barn, der med navn og fødselsdato er anført på policen.
- 17.2 Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, har fået stillet en diagnose, som beskrevet under pkt. 17.6 A-R. Det er diagnositidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt forsikrede får kendskab til diagnosen.
- 17.3 Forsikringssummen udbetales til forsikrede. Hvis forsikrede er umyndig, udbetales i henhold til gældende lov.
- 17.4 Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for pkt. 17.6 R, når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt.
- 17.5 Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn dækker hele døgnnet og i hele verden.
- 17.6 Følgende diagnoser er omfattet af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn:

A: Kræft, leukæmi og lymfomer

En ondartet (malign) svulst (tumor), diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst med infiltration af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og andre organer (metastaser).

Desuden dækkes akut leukæmi, kronisk leukæmi i accelereret fase eller blastkrise, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi, non-Hodgkin's lymfomer stadie II-IV, Hodgkin's sygdom stadie II til IV samt Burkitts lymfom (alle stadier).

Herudover dækkes højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS), kronisk myelomonocytisk leukæmi (CMML) type 2 samt behandlingskrævende myelomatose/ solitært myelom.

Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (kemoterapi) og/eller allogent knoglemarvstransplantation.

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

- Ikke-infiltrerende forstadier til kræft (carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale) i for eksempel livmoderhals, bryst eller testis (uanset valgt behandling).
- Alle former for hudkræft, bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom).
- Blærepapillomer.
- Hodgkin's lymfom stadie I.
- Prostatatumorer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2NoMo er dækket).
- Tumorer på baggrund af hvilken, der allerede er udbetalt erstatning efter pkt. 17.6 F, og som udvikler sig til en diagnose under pkt. 17.6 A.

B: Hjerterklapoperation på grund af hjerterklapfejl

Planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerterklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerterklapprotese samt homeograft eller klapplastik.

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

C: Kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile og nedsat funktionsevne

Kronisk hjerteinsufficiens med en vedvarende nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 30 pct. eller derunder, som medfører funktionel begrænsning hvile (for eksempel ved dyspnø, træthed, palpitationer) og som forværres ved enhver form for aktivitet (jf. New York Heart Associations klassifikation (NYHA) gruppe III og IV).

Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling.

Påvirkningerne af funktionsniveau skal være til stede på trods af behandling i mere end 6 måneder,

eller der skal være gennemført indoperation af cardioverter defibrillator (ICD- enhed).

D: Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger

En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen, med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, og som enten skyldes; en spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehindrerne, som følge af et bristet blodkar eller en misdannelse i hjernens kar, eller en forsnævring eller tillukning af en pulsåre opstået i hjernen pga. en emboli eller trombose.

Hjernebeskadigelsen skal have medført blivende neurologiske udfald svarende til hjernebeskadigelsen, og være påvist ved en hjernescaning (CT/MR).

Tilfælde hvor en blodprop i hjernen ikke er påvist ved CT/MR-scanning er omfattet af forsikringsdækningen, hvis samtlige klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende neurologiske udfald svarende til hjernebeskadigelsen (vurderet tidligst efter 3 måneder) i form af lammelser, føleforstyrrelser, synsforstyrrelser, taleforstyrrelser, gangbesvær, koordinations- eller bevidsthedsforstyrrelse.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller være bekræftet af en neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket.

Undtaget fra forsikringsdækningen er transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/transitorisk iskæmisk attack (TIA), tidligere hjerneinfarkter påvist tilfældigt ved hjernescaning (CT/MR) og blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen (f.eks. øjne, øre, hypofyse).

E: Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse (AV-malformation) med behov for operation

Planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar, med en eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer eller arteriovenøse karmisdannelser (inklusive kavernøst angiom), som skal være påvist ved røntgen af hjernens pulsårer (angiografi) eller CT/MR-scanning.

Defekten skal være diagnosticeret på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller være bekræftet af neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket.

Forsikringsdækningen omfatter også tilfælde hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske grunde.

F: Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv med aggressivt forløb (behov for operation) og svære blivende følger

Godartede (benigne) svulster (tumorer) opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinde (centralnervesystemet), som efterlader betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 15 pct., vurderet efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel.

Forsikringssummen udbetales først når følgetilstanden kan vurderes som rimelig stabil, det vil sige tidligst 3 måneder efter diagnosticering eller operation.

Undtaget fra forsikringsdækningen er cyster, granulomer, hypofyseadenomer og Acusticus neurinomer (Schwanomer).

Endvidere undtages svulster der er opstået i eller på en eller flere hjerne- eller kranienerver, herunder syns- eller hørenerven.

G: Multipel (dissemineret) sklerose (MS)

En kronisk sygdom i centralnervesystemet, der har vist sig ved:

- to eller flere (gentagne) veldefinerede episoder af neurologiske udfaldssymptomer, fra forskellige dele af centralnervesystemet, som er efterfulgt af hel eller delvis remission, i kombination med mindst to karakteristiske læsioner i hjernens hvide substans (med påvist disseminering i tid og sted) på MR-scanning, eller

- et attack med klart fremadskridende forløb (Primær Progressiv MS) eller et svært attack, hvor de diagnostiske kriterier for MS eller McDonald er opfyldte.

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge.

Undtaget fra forsikringsdækningen er tilfælde med synsnerveudfald (opticusneurit) alene.

H: Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. Borrealia og TBE) medførende svære neurologiske følger

En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe mv., som har medført vedvarende objektive neurologiske følger, svarende til en méngrad på 15 pct. eller mere efter Arbejdsskadestyrelsens tabel (vurderet af en neurologisk speciallæge).

Diagnosen skal være stillet på neurologisk eller infektionsmedicinsk afdeling ud fra:

- Påvisning af mikrober i spinalvæsken, eller
- En rygmarsvæskeundersøgelse med påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose) med forhøjet antal hvide blodlegemer, eventuelt suppleret med MR/CT scanning.

Ved en neuroborreliose som følge af flåtbid skal diagnosen være stillet ud fra undersøgelser for borreliaspecifikke antistoffer i serum og spinalvæske (IgG, IgM).

Ved Tick-Borne-Encephalitis (TBE) skal diagnosen være verificeret ved påvisning af virusantistoffer i serum og spinalvæske.

De neurologiske følger kan i alle tilfælde tidligst vurderes efter 3 måneder og skal være bekræftet af neurologisk speciallæge.

I: Creutzfeldt-Jacobs sygdom (CJD og vCJD)

En progressiv degenerativ sygdom i centralnervesystemet, forårsaget af prioner.

Diagnosen skal være stillet på relevant sygehusafdeling og vurderes overvejende sandsynlig ud fra:

- Typiske kliniske symptomer, med fremadskridende demens, påvirket koordination, nedsat syn, påvirket taleevne, stivhed mv.
- Forandringer på EEG, MR/CT scanning samt
- Laboratorieundersøgelser af spinalvæske (stærkt forhøjet total-tau protein uden ændringer af Alzheimer-markører og prionmarkører (herunder PrP mutationer, 14-3-3 proteinet, neuronspecifik enolase mv.))

J: Muskelsvind (myopati og neuropati) med vedvarende fremadskridende symptomer

Arvelig muskeldystrofi kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og kraft (f.eks. Duchennes muskeldystrofi, Beckers muskeldystrofi, Limb Girdle muskeldystrofi (LGMD), Facio- scapulo- humeral muskeldystrofi (FSHD), Okulopharyngeal-muskeldystrofi (OPMD) eller Dystrofia myotonica).

Dækningen forudsætter, at det kan dokumenteres, at symptomerne er debuteret i forsikringstiden, og at diagnosen er stillet på en neurologisk afdeling ved klinisk undersøgelse, blodprøve (enzym CK eller gentest) samt muskelbiopsi.

K: Kronisk nyresvigt med behov for varig dialyse eller transplantation

Dobbelttidigt nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere, hvilket medfører behov for varig dialysebehandling eller nyretransplantation.

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

L: Større organtransplantation

Planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, bugspytkirtel, hjerte-lunge eller hjertelunge-lever transplantat, på grund af organsvigt hos forsikrede.

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation) for andre tilstande end anført under dækning for pkt. 17.6 A.

Dækningen omfatter ikke transplantation af andre organer, dele af organer, væv eller celler.

M: AIDS

Erhvervet immundefektsyndrom som følge af infektion med human immundefekt virus (HIV), erhvervet efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt.

Det skal kunne dokumenteres, at forsikrede er blevet smittet med HIV i forsikringstiden. Diagnosen skal være stillet på en infektionsmedicinsk afdeling og opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.

N: HIV-infektion ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte

Infektion med HIV som følge af blodtransfusion eller anden lægelig behandling, modtaget efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt.

Det kræves, at forsikrede er berettiget til godtgørelse for transfusionsoverført HIV-infektion af Sundhedsstyrelsen.

Infektion med HIV efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt, som følge af en arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes professionelle erhverv.

Det kræves som dokumentation for smitteoverførelsen, at uheldet er anmeldt som arbejdsskade, og at der foreligger en negativ HIV-test udført indenfor den første uge efter smitteudsættelsen, efterfulgt af en positiv test indenfor de næste 12 måneder.

O: Større forbrænding (ambustio)

Brandsår (inklusive forfrysninger eller ætsninger) af tredje grad, der dækker mindst 20 pct. af den forsikredes legemsoverflade.

Diagnosen skal fremgå af journaludskrift eller epikrise fra en brandsårsafdeling.

P: Praktisk blindhed

Permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor synstyrken på bedste øje er 1/60 (0,01666) eller derunder, eller såfremt der er synsfeltindskrænkning til under 10 pct. (kikkertsyn).

Diagnosen stilles hos øjenlæge med angivelse af årsag.

Q: Total døvhed

Totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører, med en høretærskel på 100dB eller derover på alle frekvenser.

Diagnosen stilles hos ørelæge med angivelse af årsag.

R: Terminal sygdom - alle diagnoser, der ikke er omfattet af pkt. 17.6 A-Q, hvor levetiden er højst 12 måneder

Ved terminal sygdom forstås en fremskreden eller hurtigt udviklende uhelbredelig sygdom, hvor forventet restlevetid trods lægelig behandling maksimalt er 12 måneder. De 12 måneder regnes fra diagnosedatoen.

Det er en betingelse, at der foreligger lægefaglig dokumentation for, at ovenstående betingelser er opfyldt. Dokumentation skal være fra en relevant, dansk specialafdeling eller fra en relevant speciallæge, der har opnået speciallægeanerkendelse fra de danske sundhedsmyndigheder, og som ikke alene er speciallæge i almen medicin.

Der kan alene ske udbetaling, når alle lægelige anvisninger i relation til den dækningsberettigede sygdom er blevet fulgt.

Forsikringen dækker ikke tilfælde, der direkte eller indirekte skyldes:

- en sygdom, som forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende),
- en sygdom, der har medført eller medfører udbetaling efter en af diagnoserne i pkt. 17.6 A-Q eller sygdomme, der skyldes den lægelige behandling heraf,
- et ulykkestilfælde, hvorved forstås legemsbeskadigelse, som rammer den forsikrede ufrivilligt gennem pludselig udefrakommende hændelse,
- infektioner eller epidemier.

18. BEGRÆNSNINGER I FORSIKRINGSDÆKNINGEN

18.1 Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:

- hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden jf. pkt. 4,
- hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret samme kritiske sygdom, som beskrevet i pkt. 17.6 A-R. Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret sygdom som defineret i pkt. 17.6 A, vil der dog være ret til udbetaling ved ny diagnose efter pkt. 17.6 A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i pkt. 17.6 A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode,
- ved diagnoser som beskrevet i pkt. 17.6 B og C, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i pkt. 17.6 B eller C,
- ved diagnoser som beskrevet i pkt. 17.6 H og I, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i pkt. 17.6 H eller I,
- mere end én gang for hver diagnose, som beskrevet i pkt. 17.6 A-R. Hvis forsikrede tidligere har fået udbetaling efter pkt. 17.6 A, vil der være ret til udbetaling ved ny diagnose efter pkt. 17.6 A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i pkt. 17.6 A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode,
- hvis forsikrede får stillet en ny diagnose mindre end 6 måneder efter, at forsikrede har fået stillet en diagnose som har givet ret til udbetaling efter pkt. 17.6 A-R,
- ved kritisk sygdom, der er en følge af misbrug af medicin eller indtagelse af medicin, der ikke er lægeordineret, eller som er en følge af misbrug af alkohol, euforiserende stoffer og lignende giftstoffer,
- ved kritisk sygdom, der er en følge af krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør, terrorhandlinger eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område,
- hvis forsikrede ikke har anmeldt kritisk sygdom inden sin død,
- ved kritisk sygdom omfattet af diagnoserne i pkt. 17.6 B, C, D, E, F, K, L, P og Q, hvor diagnosen er stillet før forsikrede er fyldt 1 år.

MÉNGRAD VED SYGDOM TIL BØRN

19. MÉNGRAD VED SYGDOM TIL BØRN

- 19.1 Forsikrede er det barn, der med navn og fødselsdato er anført på policen.
- 19.2 Sygdom betragtes i denne forsikring som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der ikke kan henføres til et ulykkestilfælde.
- 19.3 Følgende betragtes ikke som sygdom i henhold til denne forsikring:
- Fysiske skavanker eller psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikringen træder i kraft.
 - Ordblindhed, talblindhed og væksthæmning.
- 19.4 Sygdom betragtes som indtruffet på det tidspunkt, hvor forværringen af helbredstilstanden første gang påvises af en læge. Dette er ikke altid sammenfaldende med tidspunktet for diagnosticeringen af sygdommen.
- 19.5 Når en sygdom er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (dvs. mén) fastsættes til mindst 5 % udbetales der erstatning, jf. dog pkt. 19.4. Der skal være tale om varigt mén.
- 19.6 Følgende sygdomme dækker først ved en méngrad på mindst 25 %:
- Mén som følge af medfødte stofskiftesygdomme ICD E70-E90 (f.eks. Cystisk fibrose, Phenylketonuri).
 - Mén som følge af Epilepsi ICD G40.
 - Mén som følge af sygdomme i det centrale nerve- og muskelsystem ICD G11, G12, G60, G71 og G80 (f.eks. CP, muskeldystrofi).
 - Mén som følge af misdannelser og kromosomafvigelse ICD Q00-Q99 (f.eks. misdannelser af de indre organer).

20. MÉN

- 20.1 Ret til udbetaling fastsættes, så snart sygdommens endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter at sygdomstilfældet er anmeldt til Gartnernes Forsikring.
- 20.2 AP Pension fastsætter méngraden efter samme méntabel, som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring benytter på skadetidspunktet og med de begrænsninger, der er anført i disse forsikringsbetingelser.
- 20.3 Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel, fastsætter AP Pension Forsikredes méngrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen, på baggrund af den fysiske funktionshæmning.
- 20.4 I alle tilfælde fastsætter AP Pension méngraden på et rent medicinsk grundlag uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, forsikredes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.
- 20.5 Et bestående mén kan ikke medføre, at méngraden ansættes højere, end hvis det ikke havde været til stede.
- 20.6 Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte méngrad.

21. FORSIKRINGENS STØRRELSE

- 21.1 AP Pension har mulighed for årligt pr. 1. januar at regulere dækningens størrelse. Ved en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed udbetaler AP Pension på baggrund af den sum, som var gældende ved forsikringsbegivenhedens indtræden.
- 21.2 Forsikringssummen udbetales til forsikrede. Hvis forsikrede er umyndig, udbetales i henhold til gældende lov.
- 21.3 Når en forsikringsbegivenhed giver ret til udbetaling i henhold til méngrad ved sygdom til børn, kan der ikke senere ske udbetaling på grundlag af samme sygdomstilfælde, selvom méngraden øges.

22. INGEN DÆKNING

- 22.1 Dækningen omfatter ikke:
- Sygdom eller følger deraf, der er indtruffet, før forsikringen træder i kraft.
 - Mén som følge af psykisk sygdom.
 - Mén som følge af selvmordsforsøg eller sygdom, der er selvpåført forsætligt eller ved grov uagtsomhed. Dette gælder uanset forsikredes sindstilstand ved fremkaldelsen af sådan sygdom.
 - Følger af lægelig behandling, som ikke er nødvendiggjort af den sygdom, der er dækket af forsikringen.
 - Mén efter sygdom, der er fremkaldt af den forsikrede ved deltagelse i slagsmål, selvforskyldt beruselse, misbrug af alkohol, narkotika og/eller giftstoffer samt kriminelle handlinger.
- 22.2 Sygdomme, der er defineret af nedenstående ICD-koder, dækkes aldrig af forsikringen, ligesom der heller ikke ydes erstatning for følger af disse sygdomme:
- Psykiske sygdomme ICD F00-F69 (f.eks. psykose, neurose, anoreksi, bulimi, skizofreni og depression).
 - Neuropsykiatriske forstyrrelser ICD F70-F99 (f.eks. ADHD, autisme, udviklingshæmning).
- Senere diagnoser eller ændrede diagnosebetegnelser med de ovenfor angivne ICD-koder er også omfattet af undtagelserne.
- 22.3 Forsikringen dækker ikke ved mén efter sygdom, som er en følge af:
- Krigstilstand, borgerlige uroligheder eller tilsvarende fareforøgelse. Uden for dansk område gælder begrænsningen kun, hvis forsikrede har deltaget aktivt i krigshandlinger mv. På dansk område følges bekendtgørelse fra den minister, som er ansvarlig for livs- og pensionsforsikring, herunder bekendtgørelse om start- og sluttidspunkt for tilstanden.
 - Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.
- 22.4 Et mén, der bestod før sygdommen, giver ikke ret til udbetaling. Tilsvarende ydes der ikke erstatning for følger af sygdom, der forværres på grund af anden eksisterende sygdom eller sygelige forandringer eller handicap, der allerede bestod, da sygdommen indtraf.
- 22.5 Et bestående mén kan ikke medføre, at erstatningen fastsættes højere, end hvis et sådant mén ikke havde været til stede. Ved skade på parvise organer medfører dette, at méngraden, uanset forudbestående mén, fastsættes, som om der alene foreligger mén på det senest beskadigede organ.
- 22.6 Dækning kan endvidere bortfalde, hvis forsikrede ikke er under stadig behandling af en læge og følger dennes forskrifter.

23. UENIGHED OM MENGRADEN

- 23.1 Såvel forsikrede og dennes værge som AP Pension kan indbringe enhver uenighed om fastsættelse af méngraden for Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring under hensyntagen til forsikringsbetingelsernes pkt. 20 og eventuelle relevante bestemmelser i pkt. 22.
- 23.2 Er sagen indbragt af forsikrede og dennes værge, og ændrer Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring méngraden til fordel for forsikrede, refunderer AP Pension forsikrede de omkostninger, som er direkte forbundet med Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings behandling af sagen.
- 23.3 Derudover kan forsikrede og andre berettigede klage til Ankenævnet for Forsikring, jf. pkt. 12.



GARTNERNES FORSIKRING

BØRNEDÆKNING - SYGDOM
Forsikringsbetingelser nr. BØRNSYG-01
Form nr. 184.10.2019

Gartnerne's Forsikring GS

CVR-nr. 53370918

Struergade 24
2630 Taastrup

Tlf. +45 43 71 17 77
gaf@garfors.dk

www.garfors.dk