

FORSIKRINGSBETINGELSER FOR

# ULYKKESFORSIKRING



**Forsikringselskabet  
Vendsyssel**

*Brinck Seidelins Gade 6 • 9800 Hjørring • CVR.NR. 30 91 97 26  
Telefon 98 92 40 44 • Telefax 98 90 18 61  
info@vendsyssel.nu • www.vendsyssel.nu  
Kontortid: Mandag - torsdag kl. 09.00-16.00 • Fredag kl. 09.00-14.00*



**FÆLLESBETINGELSER**

**1. Generelt**

- 1.1. Forsikringen kan omfatte følgende typer ulykkesforsikring.
  - 1.1.1. **Heltidsulykkesforsikring** - dækker ulykkestilfælde indtruffet såvel i arbejdstid som fritid. Er den forsikrede studerende eller Efg-elev, dækker forsikringen ikke under arbejde for andre d.v.s. ulykkestilfælde, der er omfattet af lov om arbejdsskadeforsikring eller under arbejde som selvstændig
  - 1.1.2. **Fritidsulykkesforsikring** - dækker ulykkestilfælde indtruffet i fritiden. Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde sket under:
    - Arbejde som selvstændig
    - Arbejde for andre, det vil sige ulykkestilfælde, der er omfattet af lov om arbejdsskadeforsikring
    - Militær-, hjemmeværns- og civilforsvarstjeneste -andre ulykkestilfælde, der er omfattet af den militære erstatningslov.
  - 1.1.3. **Børneulykkesforsikring** - dækker hele døgnet det barn der er nævnt i policen. Forsikringen ophører den første hovedforfaldsdag efter at barnet er fyldt 18 år. Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde sket under:
    - Arbejde som selvstændig
    - Arbejde for andre, det vil sige ulykkestilfælde, der er omfattet af lov om arbejdsskadeforsikring
    - Militær-, hjemmeværns- og civilforsvarstjeneste -andre ulykkestilfælde der er omfattet af den militære erstatningslov.
  - 1.1.4. **Hvis der sker ændringer i risikoen.** Enhver ændring af arten eller omfanget af forsikredes beskæftigelse skal straks meddeles selskabet. Forsikringen vil i så blive tilpasset de nye risikoforhold, fra det tidspunkt selskabet får meddelelse om ændringen Hvis ændringen ikke er anmeldt, og denne medfører en forøgelse af risikoen i henhold til selskabets tarifgrundlag, vil forsikrede kun få erstatning i forholdet mellem den præmie, der skulle være betalt hvis selskabet havde været vidende om de nye forhold, og den præmie der reelt er betalt.

**2. Hvor dækker forsikringen?**

Forsikringen dækker i Norden og Grønland. Dækker under rejser og ophold af indtil 1 års varighed i resten af verden.

**3. Hvem er omfattet?**

- 3.1. Forsikringen dækker de forsikrede personer, der er nævnt i policen.
  - 3.1.1. Ved forsikret (og medforsikret) forstås de personer på hvis liv og helbred forsikringen er tegnet.
  - 3.1.2. Ved børn forstås personer der ikke er fyldt 18 år. Børn er kun forsikret, såfremt barnets navn er nævnt på policen. Det er derfor nødvendigt at selskabet får besked hvis forsikringen ændres til at omfatte flere børn.
  - 3.1.3. Børn der lider af medfødt psykisk eller fysisk lidelse er ikke medforsikret, medmindre der er truffet særligt aftale med selskabet.

- 3.2. På dødsdækningen er sikrede / begunstigede den person der har ret til erstatningen.
- 3.3. Såfremt forsikringstagerne ikke skriftligt har meddelt Forsikringsselskabet Vendsyssel andet udbetales forsikringssummen til forsikredes nærmeste pårørende.
  - 3.3.1. Nærmeste pårørende er afdødes ægtefælle, eller hvis sådan ikke efterlades, afdødes børn eller hvis ej heller sådanne findes, afdødes arvinger.
- 3.4. Retten til at disponere over forsikringen i sin helhed tilkommer forsikringstageren. Dette gælder også hvis forsikringen omfatter flere personer.
- 3.5. Erstatning til umyndige udbetales efter reglerne om umyndiges midler.

**4. Hvad dækker forsikringen?**

- 4.1. Forsikringen dækker, afhængig af hvad De har valgt, **død, invaliditet og tandskade eller sportsmæn** på de forsikrede personer, som følge af et ulykkestilfælde sket i forsikringstiden. **De valgte dækninger fremgår af policen.**
- 4.2. **Ved et ulykkestilfælde forstås:**
  - en pludselig hændelse
  - der forårsager personskade

Årsagssammenhæng:  
For at opnå dækning, skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen bliver der bl.a. lagt vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskade. Det vil sige, om hændelsen i sig selv er nok til at forårsage/forklare skaden.
- 4.3. **Behandlingsudgifter**  
Dækningen behandlingsudgifter omfatter udgifter til behandling hos fysioterapeut og kiropraktor i op til 12 måneder fra ulykkestilfældets indtræden.  
Der betales for max. 10 behandlinger.  
Det er en forudsætning for erstatning, at der forligger en lægehenvielse.  
Udgiften vil derefter blive godtgjort i det omfang forsikrede ikke kan få den godtgjort fra anden side.

**5. Hvad dækker forsikringen ikke?**

- 5.1. Overbelastning, sygdomme og forud bestående invaliditet
  - 5.1.1. Skader der opstår over et tidsrum og ikke på et tidspunkt, det vil sige skader hvor der ikke er samtidighed mellem hændelse og skade.
  - 5.1.2. Skader der er sket som følge af overbelastning, samt skader som følge af almindelig dagligdags bevægelser.
  - 5.1.3. Ulykkestilfælde der skyldes sygdom
  - 5.1.4. Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.
  - 5.1.5. Sygdom og udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.
  - 5.1.6. Ulykkestilfælde der skyldes besvimelse eller ildebefindende eller som skyldes smitte, f.eks. fra bakterier og virus.



- 5.1.7. Følger af lægelig behandling eller kiropraktor behandling, som ikke er nødvendiggjort af et ulykkestilfælde, der er omfattet af forsikringen.
- 5.1.8. Forsikringen dækker ikke forudbestående mén og en sådan kan heller ikke medføre, at ménestatningen fastsættes højere, end hvis et sådant mén ikke havde været tilstede.
- 5.1.9. Varigt mén i form af psykiske følger efter hændelser, hvor forsikrede ikke selv har været direkte udsat for personskade. Ved fastsættelse af den samlede medicinske invaliditet - den fysiske og psykiske invaliditet, kan invaliditetsprocenter for psykiske følger ikke overstige 8 %.
- 5.2. **Forsæt, grov uagtsomhed, beruselse m.m.**
- 5.2.1. Forsikringen dækker ikke ulykkestilfælde fremkaldt af den forsikrede eller en sikret ved:
- Forsætlige handlinger, herunder skader der er forudsigtelige for skadelidte.
  - Grov uagtsomhed
  - Selvforskyldt beruselse
  - Påvirkning af narkotika eller andre rusmidler/giftstoffer
  - Deltagelse i slagsmål eller ulovligheder
- Dette gælder uanset forsikredes eller sikredes sindstilstand eller tilregnelighed ved fremkaldelsen af ulykkestilfældet.
- 5.3. **Rådgivning**
- Forsikringen dækker ikke udgifter til advokatbistand eller anden rådgivning.
- 5.4. **Motorløb og fly**
- 5.4.1. Ulykkesforsikringen dækker ikke følger af et ulykkestilfælde sket under træning eller deltagelse i motorløb af enhver art, herunder også knallertløb og flyvning i ikke nationalitetsbetegnede luftfartøjer.
- 5.4.2. Hvis policen ikke er påtegnet om, at dækningen er udvidet til at omfatte risiko som fører af motorcykel, scooter, EU-knallert og fly, samt flybesætningsmedlemmer ydes i disse tilfælde kun halv erstatning.
- 5.5. **Briller**
- 5.5.1. Ulykkesforsikringen dækker ikke skade på briller, uanset om de benyttes i uheldsøjeblikket.
- 5.6. **Krig, jordskælv og atomskade**
- 5.6.1. Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde der direkte eller indirekte skyldes:
- Konflikter i form af krig, oprør eller borgerlige uroligheder uden for Danmark, medmindre skaden sker senest 1 måned efter konflikten udbrud i et land, hvori den forsikrede opholder sig under rejse. Det er en forudsætning at konflikten ikke var til stede ved indrejsen i landet, at der er tale om en konflikt uden stormagtsdeltagelse, og at forsikrede ikke selv deltager i handlingerne.
  - Jordskælv i Danmark.
  - Udløsning af atomkrig eller radioaktive kræfter under alle forhold, eller bestråling fra radioaktivt brændstof eller affald.

- 6. Erstatningsregler / Skadeopgørelse:**
- 6.1. **Anmeldelse af ulykkestilfælde:**  
Enhver skade skal hurtigst muligt anmeldes til Forsikrings-selskabet Vendsyssel. Anmeldelsen skal indeholde så udfør lige oplysninger som muligt.
- Har et ulykkestilfælde medført døden, skal Forsikrings-selskabet Vendsyssel oplyses om dette inden 48 timer, og Forsikrings-selskabet Vendsyssel er berettiget til at kræve obduktion.
- 6.1.2. Den tilskadekomne skal være under nødvendig behandling af læge og/eller tandlæge og skal følge dennes forskrifter.
- 6.1.3. Forsikrings-selskabet Vendsyssel har ret til at indhente oplysninger hos enhver læge, der behandler eller har behandlet den tilskadekomne, og til at lade denne undersøge af en læge valgt af Forsikrings-selskabet Vendsyssel. Forsikrings-selskabet Vendsyssel betaler for de lægeattester, som selskabet forlanger.
- 6.1.4. Ved tandskader skal behandling og pris godkendes af Forsikrings-selskabet Vendsyssel, inden en behandling påbegyndes, medmindre der er tale om en akut nødbehandling.
- 6.2. Skadeopgørelse**  
Erstatningen beregnes på grundlag af forsikrings-summens størrelse ved skadens indtræden og efter de regler der er anført under de enkelte dækninger.
- 7. Forældelse**
- 7.1. De almindelige forældelsesregler i Lov om Forsikringsaftaler finder vedblivende anvendelse.
- 8. Genoptagelse**
- 8.1. Fastsættelsen af méngraden kan genoptages, hvis der opstår ændringer i den sikredes helbredstilstand, således at méngraden må antages at være væsentlig højere end først antaget.
- 8.2. Når en sag er afsluttet, kan den senere genoptages på forsikredes anmodning. Genoptagelse kræver lægelig dokumentation for, at følgerne efter ulykken er blevet forværret. Udgifterne til fremskaffelse af denne lægelige dokumentation betales af forsikrede.  
Hvis Forsikrings-selskabet Vendsyssel beslutter at genoptage sagen, betales udgifterne til den lægelige dokumentation af Forsikrings-selskabet Vendsyssel.
- 9. Hvordan betales forsikringen**
- 9.1. **Præmiebetaling**
- 9.1.1. Første præmie inkl. ekspeditionsgebyr forfalder til betaling ved forsikringens ikrafttræden, og senere præmier på de anførte forfaldsdage.
- 9.1.2. Præmien opkræves over giro eller PBS.  
Påkrav om betaling sendes til den opgivne betalingsadresse.
- 9.1.3. Betales præmien ikke rettidigt, fremsender selskabet en påmindelse og beregner samtidigt et ekspeditionsgebyr, der tillægges næste præmieopkrævning. Betales præmien ikke inden 14 dage efter afsendelsen af påmindelsen, bortfalder selskabets dækningspligt.
- 9.1.4. Ændres betalingsadressen skal selskabet straks underrettes.



**10. Indeksregulering**

Forsikringen er indeksreguleret.  
Forsikringen reguleres en gang om året til hovedforfald.  
For Udvidet børnedækning gælder, at præmien indeksreguleres men summerne er faste.

**11. Hvornår og hvordan kan forsikringen opsiges, og hvornår ophører dækningen**

- 11.1. Alternativ 1:  
Forsikringen kan af hver af parterne opsiges med 1 måneds skriftlig varsel til et hovedforfald
- Alternativ 2:  
Forsikringen kan opsiges af forsikringstageren med 30 dages skriftlig varsel til udgangen af en kalendermåned.
- Ved anvendelse af alternativ 2, pålægges et gebyr på kr. 50,- såfremt forsikringen ikke har været i kraft i mindst et år, pålægges et gebyr på kr. 500,-

- 11.2. Efter enhver anmeldt skade er både forsikringstageren og selskabet indtil 14 dage, efter erstatning er udbetalt, eller skaden er afvist, berettiget til skriftligt at opsigte forsikringen med 14 dages varsel.
- 11.3. Dækningen bortfalder automatisk ved første præmieforfald efter det fyldte 70.

**12. Flytning**

- 12.1. Hvis De ændrer opkrævningsadresse, skal De meddele dette til Forsikringselskabet Vendsyssel, så De ikke risikerer at forsikringen udgår på grund af manglende præmiebetaling.

**13. Hvor kan man klage**

- 13.1. Hvis der er opstået uoverensstemmelse mellem forsikringstageren og selskabet om forsikringen, og fornyet henvendelse til selskabet ikke fører til et tilfredsstillende resultat, kan forsikrede klage til:  
*Ankenævnet for Forsikring*  
Anker Heegaards Gade 2, 1572 København V  
Telefon 33 15 89 00 mellem kl. 10.00-13.00  
Klager skal - med betaling af et gebyr, - indsendes på et særligt klageskema, der kan rekvireres hos selskabet.

**DØDSFALDSDÆKNING (kun meddækket såfremt det fremgår af policen)**

**1. Forsikringsbetingelser**

- 1.1. For dødsfaldsdækningen gælder nedennævnte betingelser samt de i denne police anførte fællesbetingelser for ulykkesforsikringen.

**2. Skadeopgørelse**

- 2.1. Når et ulykkestilfælde der er dækket af forsikringen er direkte årsag til forsikredes død, udbetales forsikringssummen.
- 2.2. Et ulykkestilfælde giver ikke ret til erstatning for både død og mén.  
Hvis der er udbetalt erstatning for mén for samme ulykkestilfælde fradrages dette beløb i erstatningen.
- 2.3. For medforsikrede børn ydes der 20.000 kr. i erstatning.

**INVALIDITETSDÆKNING (kun meddækket såfremt det fremgår af policen)**

**1. Forsikringsbetingelser**

- 1.1. For méndækningen gælder nedennævnte betingelser samt de i denne police anførte fællesbetingelser.

**2. Skadeopgørelse**

- 2.1. **Fastsættelse af méngraden:**  
Méngraden fastsættes på et rent medicinsk grundlag, uden hensyn til en eventuel nedsættelse af erhvervsvenen, tilskadekomnes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.
- 2.2. Méngraden fastsættes på grundlag af de lægelige oplysninger og i overensstemmelse med den méntabel Arbejdsskadestyrelsen benytter på skadetidspunktet.
- 2.2.1. Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel, fastsættes den tilskadekomnes medicinske méngrad på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

**2.3. Arbejdsskadestyrelsens méntabel i uddrag:**

Tab af begge øjne eller synet på begge øjne	100 %
Tab af et øje (øjet fjernet)	25 %
Tab af synet på et øje	20 %
Tab af hørelse på begge ører	75 %
Tab af hørelse på et øre	10 %
Tab af hele benet	65 %
Tab af benet i eller ovenfor knæleddet	50 %
Tab af en fod	30 %
Tab af alle tæer på en fod	10 %
Tab af en storetå med mellemfodsben	8 %
Tab af en storetå	5 %
Traumatisk neurose	5 %

	H	V
Tab af en arm i skulderen	70 %	65 %
Tab af en hånd	60 %	55 %
Tab af alle fingre på en hånd	55 %	50 %
Tab af en tommelfinger med mellemhåndsben	30 %	25 %
Tab af en tommelfinger	25 %	20 %
Tab af en tommelfingers yderstykke	12 %	12 %
Tab af 2. finger	10 %	10 %
Tab af 2. fingers yder og midterstykke	10 %	10 %
Tab af 2. fingers yderstykke	5 %	5 %
Tab af 3. finger	10 %	10 %
Tab af 3. fingers yder og midterstykke	8 %	8 %
Tab af 4. eller 5. finger	8 %	8 %
Tab af 4. eller 5. Fingers yder- og midterstykke	5 %	5 %

Er forsikrede venstrehåndet, vurderes venstre som højre.

- 2.4. Ménerstatningen fastsættes, så snart ulykkestilfældets endelige følger kan bestemmes, det vil sige når tilstanden er stationær.
- 2.5. Tilstanden betragtes som stationær, når yderligere behandling ikke kan medføre nogen bedring af tilstanden.
- 2.6. Méngraden kan ikke overstige 100 % for samme ulykkestilfælde.

**3. Uenighed om invaliditetsgrad**

- 3.1. Eventuel uenighed om selskabets afgørelse af méngraden kan indbringes for Arbejdsskadestyrelsen, hvis afgørelse er bindende for begge parter.
- 3.2. Ændres afgørelsen til fordel for den tilskadekomne, betales de omkostninger der er forbundet med at forelægge sagen for Arbejdsskadestyrelsen af selskabet. I modsat fald betales omkostningerne af forsikringstageren.



**4. Fastsættelse af erstatningens størrelse**

- 4.1. Erstatningen udgør den % af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte mængdegrad.
- 4.2. **TILLÆG TIL ERSTATNINGEN.**  
For ulykkestilfælde, som medfører en invaliditetsgrad på 30 % og derover, og som rammer personer som ikke er fyldt 60 år, betales dobbelt erstatning.
- 4.3. Når den forsikrede fylder 67 år, nedsættes erstatningen til følgende procenter af den gældende forsikringssum:  
Var forsikrede fyldt 67 år - 90 %  
Var forsikrede fyldt 68 år - 80 %  
Var forsikrede fyldt 69 år - 70 %  
Var forsikrede fyldt 70 år - 60 %
- 4.4. Mèn under den mèn % som fremgår af policen, beretter ikke til erstatning.
- 4.5. Retten til mèn erstatning anses først indtrådt, når de egentlige helbredelsesforanstaltninger er ophørt.
- 4.6. Til børn ydes erstatning for direkte følge af børnelammelse og epidemisk meningitis samt total blindhed, selvom ulykkestilfælde ikke foreligger. Børn der lider af medfødt psykisk eller fysisk lidelse er ikke medforsikret, medmindre særligt aftale er truffet.

**SPORTSDÆKNING (kun meddækket såfremt det fremgår af policen)**

**1. Forsikringsbetingelser.**

For sportsmèn gælder nedennævnte betingelser samt de i denne police anførte fællesbetingelser.

Såfremt denne dækning finder anvendelse, kan der ikke samtidig ske udbetaling fra den almindelige dækning.

**2. Hvad er dækket?**

- 2.1. Sportsmèn dækker ulykkestilfælde (se definitionen i fællesbestemmelserne pkt. (4.2) opstået under forsikredes udøvelse af almindelig sport.
- 2.1.1. Ved almindelig sport forstås deltagelse i træning, konkurrence, kampe, firmasport o.lign., der finder sted i sportsklubber, foreninger, aftenskoler, idrætsforbund eller andre fællesarrangerede sportsarrangementer samt skader opstået under skiløb og løb på snowboard.

**3. Hvad dækker sportsmèn ikke?**

- 3.1. Sportsmèn undtager skader der opstår under deltagelse på divisionsplan/landsholdsplan.
- 3.2. Sportsmèn dækker ikke følger af ulykkestilfælde, sket under deltagelse eller træning i følgende farlige sportsaktiviteter:
  - 3.2.1. - professionel sport dvs. sport der udøves mod betaling
  - 3.2.2. - cykelløb, hestevæddeløb samt military-ridning
  - 3.2.3. - kampsport som f.eks. boksning, brydning, judo, karate o.lign.
  - 3.2.4. - bjergbestigning, rafting (herunder snowrafting), faldskærmsudspring, drageflyvning, elastikspring, windsurfing eller andre sports- og fritidsaktiviteter, der kan sidestilles hermed
  - 3.2.5. - dykning med anvendelse af særligt dykker- og frømandsudstyr

- 3.2.6. - amerikansk fodbold, rugby og ishockey
- 3.2.7. - motorløb af enhver art, herunder også knallertløb. Dog dækkes de i Danmark afholdte orienterings- pålideligheds- og økonomiløb samt rallies uden for bane eller andet afspærret område
- 3.2.8. - ekspeditioner og opdagelsesrejser i polaregne, ørkener eller andre uciviliserede områder
- 3.2.9. - flyvning i ikke nationalitetsbetegnede fly

**STRAKS-ERSTATNING VED ULYKKESTILFÆLDE (kun meddækket såfremt det fremgår af policen)**

**1. Forsikringsbetingelser**

For straks-erstatning gælder nedenstående betingelser, samt de i denne police anførte Fællesbetingelser for Forsikrings-selskabet Vendsyssels Ulykkesforsikring.

**2. Hvem er dækket?**

**Sikrede**

Det fremgår af policen om og givet fald hvem der er sikret med denne forsikringsdækning.

Erstatningen tilfalder den tilskadekomne. Hvis den tilskadekomne er et barn, tilfalder erstatningen dog indehaveren af forældremyndigheden.

**3. Hvad omfatter straks-erstatningen?**

**Straks-erstatning ved visse skader**

Når et ulykkestilfælde, se fællesbetingelsernes pkt. 4.2, er direkte årsag til en af de nedenfor beskrevne skader, udbetales erstatning.

Følgende skader berettiger til udbetaling af erstatning på kr. 8.000,-:

- Brud på skulder
- Brud på overarm
- Brud i albue
- Brud på underarm
- Brud i håndled
- Brud på mellemhånd (ikke fingre)
- Brud på ryg
- Diskusprolaps
- Brud på bækken
- Brud på hofte
- Brud på lårben
- Brud i knæ
- Menisklæsion
- Overrevet korsbånd (helt eller delvist)
- Totalt overrevet achillesene
- Brud på underben
- Brud i ankel
- Brud på mellemfod (ikke tær)

Diagnosen skal stilles af læge / speciallæge og skal for brud være verificeret ved røntgen, for menisk eller Korsbåndslæsioner ved scanning eller artrioskopi. Diskusprolaps skal være verificeret ved scanning eller mylografi.

Medfører et ulykkestilfælde flere erstatningsberettigende skader i samme legemsdel, udbetales alene erstatning for en skade.



Medfører ulykkestilfældet erstatningsberettigende skader på flere legemsdele, udbetales erstatning for hver af skaderne, dog jvf. ovenfor.

Straks-erstatningen for samme ulykkestilfælde kan dog samlet højest fastsættes til summen af tre skader.  
Et ben - til og med hofteled - betragtes som én legemsdel, og en arm - til og med skulderled betragtes som én legemsdel.

Erstatningen udbetales senest 14 dage efter, at Forsikringskabet Vendsyssel har modtaget lægelig dokumentation for skaden.

Straks-erstatningen udbetales uafhængigt af en evt. senere fastsat medicinsk invaliditetsgrad, og indgår ikke ved fastsættelsen af denne.

#### 4. Hvad omfatter straks-erstatningen ikke?

Straks-erstatningen udbetales ikke for:  
- Skader, der ikke er nævnt under pkt. 3.  
- Skader, der skyldes tilfælde nævnt under pkt. 5 i fællesbetingelserne.

#### INDLÆGGELSESDÆKNING

(kun meddækket såfremt det fremgår af policen)

Hvis denne dækning er oprettet, kan sikrede få ubetalt 250 kr. pr. dag til dækning af ekstra udgifter, hvis sikrede er indlagt på hospital i mere end 3 dage, som følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.  
Vi udbetaler erstatning fra 4. dagen og indtil udskrivelse - dog maksimalt i 8 uger. Beløbet indeksreguleres ikke.

#### TANDEKDEDÆKNING

(automatisk omfattet såfremt invaliditetsdækning er meddækket)

##### 1. Forsikringsbetingelser:

For tandskadedækningen gælder nedenstående betingelser, samt de i denne police anførte generelle betingelser for ulykkesforsikringen.

##### 2. Hvad er dækket af tandskadedækningen?

- 2.1. Forsikringen er udvidet til at dække rimelige udgifter til tandbehandling som følge af et ulykkestilfælde (se pkt. 4.2 i fællesbetingelserne)
- 2.2. Tandskadedækningen omfatter også tandproteser, der beskadiges når protesen sidder på plads i munden og når et ulykkestilfælde i øvrigt har medført legemsbeskadigelse.
- 2.3. Det er en betingelse at forsikrede ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side, som f.eks. sygesikringen, arbejdsskadeforsikringen, den offentlige børnetandpleje eller anden syge- og ulykkesforsikring.
- 2.4. En tandskade kan ikke medføre større erstatning end det beløb, der svarer til den nødvendige behandling af en sund tand. Dette gælder uanset, om en beskadiget tand eventuelt er led i en bro, at nabotænder mangler eller at en beskadiget tand i forvejen var svækket.
- 2.5. Var tændernes tilstand forringet eller svækket inden ulykkestilfældet, f.eks. som følge af fyldninger, genopbygning, rodbehandling, slid, fæstetab, paradentose eller andre sygdomme, reduceres eller bortfalder erstatningen svarende til forringelsens omfang i forhold til velbevarede tænder.

2.6. Rodbehandlede tænder der ikke er optimalt behandlet dækkes med op til 50 %.

2.7. Tandskadedækningen omfatter én optimal behandling af skaden på det tidspunkt, hvor skaden kan udbedres.  
Når Forsikringskabet Vendsyssel har betalt udgiften til denne behandling, betragtes behandlingen som endelig og der betales ikke erstatning til yderligere behandling, efterbehandling eller udskiftning på et senere tidspunkt, f.eks. når dette er en følge af aldersbetingede forhold eller almindelig nedslidning.

2.8. Medmindre andet er skriftligt aftalt gælder følgende:

2.8.1. For voksendækningen, at behandlingen skal være afsluttet senest 3 år efter skadetidspunktet.

2.8.2. For børnedækningen, at færdigbehandling skal være afsluttet inden den tilskadekomnes fyldte 21. år.

#### 3. Hvad omfatter tandskadedækningen ikke?

Tandskadeerstatning udbetales ikke ved:

3.1. Skader på tænder opstået ved sammenbidning og tygning, selv om skaden skyldes et fremmedlegeme i maden.

#### 4. Særlige betingelser for udbetaling:

4.1. Erstatning ydes kun, såfremt den tilskadekomne ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side.  
Behandling og pris skal godkendes af Forsikringskabet Vendsyssel inden behandling påbegyndes, medmindre der er tale om akut nødbehandling. Se i øvrigt i fællesbestemmelserne pkt. 6 og 7.

#### UDVIDET BØRNEDÆKNING

(kun meddækket såfremt det fremgår af policen)

##### §1. Forsikringen

Stk. 1. Dødsfaldssum, sygdomsforsikring og forsikring ved visse kritiske sygdomme til børn er oprettet på grundlag af aftale mellem Forsikringskabet Vendsyssel (herefter kaldet FV), hvor det forsikrede barns værge har tegnet forsikringen og AP Pension.

Stk. 2.  
-Dødsfaldssum til børn, sygdomsforsikring til børn ved varigt mén efter sygdom og forsikring ved visse kritiske sygdomme til børn er oprettet i:  
AP Pension Livsforsikringsaktieselskab (AP Pension)  
CVR-nr. 18530899  
Østbanegade 135  
2100 København Ø

Stk. 3. AP Pension er underlagt offentligt tilsyn.

Stk. 4. Dansk ret, herunder forsikringsaftaleloven, gælder for aftalen.

##### §2. Aftalegrundlaget

Stk. 1. Betingelserne træder i kraft den 1. januar 2015, dog tidligst fra det tidspunkt, hvor Forsikrede bliver omfattet af forsikringsdækningen.

For så vidt angår Visse Kritiske Sygdomme til børn gælder dog, at forsikringsdækningen omfatter diagnoser, der stilles efter forsikringens ikrafttræden, jf. dog § 14.



Stk. 2. AP Pension kan ændre betingelserne, hvis:

- ændringen aftales med Det tilsluttede selskab, det er nødvendigt, for at AP Pension kan overholde lovgivning og tilhørende praksis,
- grundlag for beregning af forsikringen ændrer sig, eller
- ændringen ikke har væsentlig betydning for produkter og forsikring.

Stk. 3. Forsikrede og dennes værge oplyses af FV om skærpene ændringer af betingelserne med 1 måneds varsel til udgangen af en kalendermåned.

### §3. Oplysningspligt

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

### §4. Forsikringens ikrafttræden

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

### §5. Præmie

Stk. 1. Præmien indbetales ved forfald af forsikredes værge til FV, som afregner overfor AP Pension.

Stk. 2. Overgår værgemålet over det forsikrede barn til en anden person efter ikrafttrædelsestidspunktet for forsikringen, skal dette meddeles til VF. Den nye værge kan overtage forsikringen, hvilket tilsvarende skal meddeles selskabet af hensyn til følgerne ved manglende præmiebetaling.

### §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

Stk. 1. Værgen eller andre berettigede skal anmelde alle skader under Udvidet Børnedækning til FV hurtigst muligt, herunder forværring af sygdom.

Stk. 2. Skadebehandlingen foretages i AP Pension.

Stk. 3. Krav mod AP Pension hhv. FV forældes efter dansk rets regler om forældelse.

### §8. Oplysninger

Stk. 1. Forsikredes 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.

Stk. 2. Det kan blandt andet være nødvendigt, at Forsikredes værge eller andre berettigede samtykker og medvirker til, at AP Pension indhenter, opbevarer, registrerer og videregiver oplysninger, erklæringer mv. Der kan f.eks. være tale om, at selskabet indhenter oplysninger hos læger, der behandler eller har behandlet forsikrede. AP Pension kan lade forsikrede undersøge af en læge, som selskabet vælger

Stk. 3. AP Pension behandler alle oplysninger efter regler, som findes i lovgivningen. Medarbejderne i AP Pension og FV har tavshedspligt om Forsikredes forhold, og må kun videregive oplysninger herom, hvis Forsikrede eller dennes værge har godkendt, at der sker videregivelse, eller hvis lovgivningen giver adgang til at videregive oplysninger.

### §9. Skatte og afgiftsforhold

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

### §10. Ophør af dækningen

Stk. 1. Udvidet Børnedækning børn ophører:

- a) Samtidig med ulykkesforsikringen i øvrigt.
- b) Hvis forsikringen er opsagt, jf. § 11.
- c) Hvis præmien ikke betales, jf. § 5.

Stk. 2. Hvis værgen afgår ved døden i forsikringstiden, kan forsikringen overtages af en eventuel ny værge.

Stk. 3. Når dækningen ophører, vil forsikringen ikke have opnået nogen værdi.

### §11. Opsigelse

Stk. 1. FV og AP Pension kan opsig Udvidet Børnedækning med samme varsel som i øvrigt er gældende for ulykkesforsikringen.

Stk. 2. Forsikringstager kan opsig Udvidet Børnedækning med 1 måneds skriftligt varsel. Dog bortfalder forsikringsdækningen senest samtidig med bortfald af den tilknyttede ulykkesforsikring.

### §12. Klager

Stk. 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.

Stk. 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 Ankenævnets hjemmeside: [www.ankeforsikring.dk](http://www.ankeforsikring.dk).

### AFSNIT 2. DÆKNINGER

Forsikrede er det barn eller de børn, der med navn og fødselsdato er anført på forsikringspolice som værende omfattet af Udvidet Børnedækning.

#### Dødsfaldssum til børn (§§ 13 - 15)

### §13. Gruppelivsforsikring

Stk. 1. Forsikrede er det barn eller de børn, der med navn og fødselsdato er anført på forsikringsbeviset.

Stk. 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.

Stk. 3. Det er uden betydning, om døden skyldes ulykke eller sygdom.



Stk. 4. Gruppelivsforsikring dækker hele døgnet og i hele verden.

Stk. 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 FV.

Stk. 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 iflg. testamente
- Øvrige arvinger

\*Ved samlever forstås en person, som lever sammen med forsikrede på fælles bopæl, og som

- a) venter, har eller har haft barn sammen med forsikrede, eller
- b) har levet sammen med Forsikrede i et ægteskabslignende forhold på den fælles bopæl i de sidste 2 år før dødsfaldet.

Stk. 7. Retten til udbetaling bortfalder, hvis der ikke findes en berettiget ifølge særlig begunstigelsesbestemmelse, gruppelivsaftalens begunstigelsesbestemmelse, testamente eller legale arvinger.

#### §14. Dækningsbegrænsninger

Stk. 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 livsog pensionsforsikring, herunder bekendtgørelse om startog sluttidspunkt for tilstanden.
- Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.

Stk. 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.

#### §15. Udbetaling

Stk. 1. Gruppelivsforsikring opgøres på grundlag af dækningen ved dødsfaldet.

#### Sydomsforsikring til børn (§§ 16 - 20)

#### §16. Sydomsforsikring

Stk. 1. Sygdom betragtes i denne forsikring som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der ikke kan henføres til et ulykkestilfælde.

Stk. 2. Følgende betragtes ikke som sygdom i henhold til denne forsikring:

- a) Fysiske skavanker eller psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikringen træder i kraft.
- b) Ordblindhed, talblindhed og væksthæmning.

Stk. 3. 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.

Stk. 4. Når en sygdom er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (dvs. mén) fastsættes til mindst 5 % udbetales der erstatning, jf. dog stk. 3. Der skal være tale om varigt mén.

Stk. 5. Følgende sygdomme dækker først ved en méngrad på mindst 25 %:

- a) Mén som følge af medfødte stofskiftesygdomme ICD E70-E90 (f.eks. Cystisk fibrose, Phenylketonuri).
- b) Mén som følge af Epilepsi ICD G40.
- c) Mén som følge af sygdomme i det centrale nerve- og muskelsystem ICD G11, G12, G60, G71 og G80 (f.eks. CP, muskeldystrofi).
- d) Mén som følge af misdannelser og kromosomafvigelse ICD Q00-Q99 (f.eks. misdannelser af de indre organer).

#### §17. Mén

Stk. 1. Ret til udbetaling fastsættes, så snart sygdommens endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter at sygdomstilfældet er anmeldt til Det tilsluttede selskab.

Stk. 2. AP Pension fastsætter méngraden efter samme méntabel, som Arbejdsskadestyrelsen benytter på skadetidspunktet og med de begrænsninger, der er anført i disse forsikringsbetingelser.

Stk. 3. Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel, fastsætter AP Pension Forsikredes méngrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen, på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

Stk. 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.

Stk. 5. Et bestående mén kan ikke medføre, at méngraden ansættes højere, end hvis det ikke havde været til stede.

Stk. 6. Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte méngrad.

#### §18. Forsikringens størrelse

Stk. 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 til værgen, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Hvis det forsikrede barn er myndigt, sker udbetaling til Forsikrede.

Stk. 3. Når en forsikringsbegivenhed giver ret til udbetaling i henhold til sydomsforsikring til børn, kan der ikke senere ske udbetaling på grundlag af samme sygdomstilfælde, selvom méngraden øges.





**§19. Ingen dækning**

Stk. 1. Dækningen omfatter ikke:

- a) Sygdom eller følger deraf, der er indtruffet før forsikringen træder i kraft.
- b) Mén som følge af psykisk sygdom.
- c) Mén som følge af selvmordsforsøg eller sygdom, der er selvpåført forsættligt eller ved grov uagtsomhed. Dette gælder uanset Forsikredes sindstilstand ved fremkaldelsen af sådan sygdom.
- d) Følger af lægelig behandling, som ikke er nødvendiggjort af den sygdom, der er dækket af forsikringen.
- e) 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.

Stk. 2. Sygdomme, der er defineret af nedenstående ICD-koder, dækkes aldrig af forsikringen, ligesom der heller ikke ydes erstatning for følger af disse sygdomme:

- a) Psykiske sygdomme ICD F00-F69 (f.eks. psykose, neurose, anoreksi, bulimi, skizofreni og depression).
- b) 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.

Stk. 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 livsog pensionsforsikring, herunder bekendtgørelse om start- og sluttidspunkt for tilstanden.
- Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.

Stk. 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.

Stk. 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.

Stk. 6. Dækning kan endvidere bortfalde, hvis Forsikrede ikke er under stadig behandling af en læge og følger dennes forskrifter.

**§20. Uenighed om mængden**

Stk. 1. Såvel Forsikrede og dennes værge som AP Pension kan indbringe enhver uenighed om fastsættelse af mængden for Arbejdsskade styrelsen under hensyntagen til forsikringsbetingelsernes § 17 og eventuelle relevante bestemmelser i § 19.

Stk. 2. Er sagen indbragt af Forsikrede og dennes værge, og ændrer Arbejdsskade styrelsen mængden til fordel for Forsikrede, refunderer AP Pension Forsikrede de omkostninger, som er direkte forbundet med Arbejdsskade styrelsens behandling af sagen.

Stk. 3. Derudover kan forsikrede og andre berettigede klage til Ankenævnet for Forsikring, jf. § 12.

**Forsikring for Visse kritiske sygdomme til børn (§§ 21 - 22)**

**§21. Dækning ved visse kritiske sygdomme til børn**

Stk. 1. Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis Forsikrede i forsikringstiden, har fået stillet en diagnose, som beskrevet under § 21 A-R. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, Forsikrede får kendskab til diagnosen.

Stk. 2. Udbetaling sker til værgen, jf. dog stk. 3. Hvis værgen er afgået ved døden inden udbetaling, sker udbetaling til forsikrede.

Stk. 3. Hvis det forsikrede barn er myndigt på diagnosetidspunktet, sker udbetaling til Forsikrede.

Stk. 4. Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for § 21 R, når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt.

Stk. 5. Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn dækker hele døgnet og i hele verden.

Stk. 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 myelomonocystisk leukæmi (CMML) type 2 samt behandlingskrævende myelomatose/ solitært myelom. Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (kemoterapi) og/eller allogen 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 testes (uanset valgt behandling).
- Alle former for hudkræft, bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom).
- Blærepapillomer.
- Hodgkin's lymfom stadie I.
- Prostata tumorer 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 § 21 F, og som udvikler sig til en diagnose under § 21 A.

**B: Hjerterklapoperation på grund af hjerterklapfejl**

Planlagt eller gennemført hjerterkirurgisk behandling for hjerterklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerterklapprotese samt homeografit 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:

- a) en spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehalvdele, som følge af et bristet blodkar eller en misdannelse i hjernens kar, eller
- b) 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 intrakranielt arteriovenøst karmisdannelse (AV-malformation) med behov for operation**

Planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar, med en eller flere sækførmede 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 hinder

(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 kranienerv, 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 (opticusneuritis) alene.

**H: Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. Borreliose 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 ménggrad 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 rygmarvsvæskeundersøgelse med påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose) med forhøjet antal hvide blodlegemer, eventuelt suppleret med MR/CT scanning.

Ved en neuroborreliose som følge af flåttbid 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 totaltau 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**

Dobbelt-sidedigt 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 hjertelungelever 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 § 21 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 opfyldt Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.

**N: HIV-infektion ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte**

1. 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.

2. 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 inden for 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. (kikkert-syn).

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 §§ 21 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 §§ 13 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.

**522. Begrænsninger i forsikringsdækningen**

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:

- 1) hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden jf. § 4,
- 2) hvis Forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret samme kritiske sygdom, som beskrevet i §§ 21 A-R. Hvis Forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret sygdom som defineret i § 21 A, vil der dog være ret til udbetaling ved ny diagnose efter § 21 A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i § 21 A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode,
- 3) ved diagnoser som beskrevet i §§ 21 B og C, hvis Forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 21 B eller C,
- 4) ved diagnoser som beskrevet i §§ 21 H og I, hvis Forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 21 H eller I,
- 5) mere end én gang for hver diagnose, som beskrevet i §§ 21 A-R. Hvis Forsikrede tidligere har fået udbetaling efter § 21 A, vil der være ret til udbetaling ved ny diagnose efter § 21 A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i § 21 A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode,
- 6) 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 §§ 21 A-R,



- 7) 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,
- 8) ved kritisk sygdom, der er en følge af krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør, terrorhandlinger eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område,
- 9) hvis Forsikrede ikke har anmeldt kritisk sygdom inden sin død, ved kritisk sygdom omfattet af diagnoserne i § 21 B, C, D, E, F, K, L, P og Q, hvor diagnosen er stillet før Forsikrede er fyldt 1 år.

#### **FORTRYDELSESRRET**

I henhold til Forsikringsaftalelovens § 34 i, har De fortrydelsesret.

#### **Fortrydelsesfristen**

Fortrydelsesfristen er 14 dage. Fristen regnes fra den dag, hvor De har fået forsikringsbetingelserne i hænde. Fristen regnes dog tidligst fra det tidspunkt, hvor De har modtaget underretning om, at forsikringsaftalen er indgået. Hvis De f.eks. modtager forsikringsbetingelserne mandag den 1., har de frist til og med mandag den 15. Hvis fristen udløber på en helligdag, en lørdag eller søndag eller grundlovsdag, d. 5. juni, kan De vente til den følgende hverdag.

#### **Hvordan fortryder De**

Inden fortrydelsesfristens udløb skal De underrette forsikringselskabet om, at De har fortrudt aftalen. Dette skal ske skriftligt, og de udstedte policer og opkrævninger skal returneres til selskabet. Det er dog tilstrækkeligt, at det afsendes inden fristens udløb. Hvis De vil sikre Dem bevis for, at De har fortrudt rettidigt, kan De f.eks. sende brevet anbefalet og opbevare postkvitteringen.

Underretning og fortrydelse skal gives til:

**FORSIKRINGSELSKABET VENDSYSSEL**  
**Brinck Seidelins Gade 6**  
**9800 Hjørring**