

Almindelige forsikringsbetingelser ved visse kritiske sygdomme

Forsikringsbetingelser gældende fra 1. januar 2015.

Nr. 2015-01-01

Indhold

1. Om forsikringen	2
2. Sådan dækker forsikringen	2
2.1. Anmeldelse af kritisk sygdom	2
2.2. Betingelser for dækning	2
2.3. For individuelle forsikringsdækninger	2
2.4. Oplysninger til hjælp for vurdering	2
2.5. Udbetaling	2
3. Forsikringen dækker	3
4. Forsikringen dækker ikke	6
4.1. Generelle undtagelser	6
4.2. Indskrænkninger i forsikringsdækningen	7
4.3. Ændring af forsikringsbetingelser	7
5. Forældelse	7
5.1. Ansvarstid ved ophør	7
6. Lovgivning og klager	7
6.1. Lovgivning	7
6.2. Klager vedrørende sagsbehandling	7
6.3. Ankenævn	7
6.4. Værneting	8

1. Om forsikringen

Forsikringen er oprettet i Skandia Link Livsforsikring A/S, CVR-nummer 20952237 – i det følgende benævnt Skandia. Forsikringen ved visse kritiske sygdomme giver ret til udbetaling af en forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, hvis de betingelser, der er gældende på diagnosetidspunktet, er opfyldt.

Når der i disse forsikringsbetingelser nævnes ”kritisk sygdom”, så sker det ud fra nedenstående diagnosegrupper og den specifikke definition, som fremgår af punkt 3 ”Forsikringen dækker”.

Forsikringen omfatter visse kritiske sygdomme:

- 1 a Kræft
- 1 b Kræft i blod, lymfe og knoglemarvens bloddannende celler
- 1 c Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv med aggressivt forløb og svære blivende følger
- 2 a Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (Apoplexi)
- 2 b Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse (AV-malformation)
- 3 a Blodprop i hjertet (type 1 AMI)
- 3 b Operation på hjertekar som følge af svære åreføringsnævring i kranspulsårerne (by-pass operation (CABG) eller PCI)
- 4 a Hjerteklapoperation pga. hjerteklapfejl
- 4 b Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som sekundær profylakse som følge af hjertestop
- 5 Kronisk nyresvigt
- 6 Større organtransplantation
- 7 Sygdom i hovedpulsåren (Aorta)
- 8 a Multipel sklerose med to eller flere (gentagne) angreb
- 8 b Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) eller anden lignende ikke-arvelig motorisk nervecellesygdom (MND) før alder 60 år
- 8 c Primær Parkinsons sygdom før alder 60 år
- 8 d Myasthenia Gravis
- 8 e Alzheimers sygdom før alder 60 år
- 8 f Muskelsvind (Myopati og neuropati) – med vedvarende symptomer
- 9 a HIV-infektion ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte
- 9 b AIDS
- 10 Blindhed
- 11 Døvhed
- 12 Større forbrænding eller forfrysning
- 13 a Følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. Tick Borne Encephalitis, Japansk Encephalitis og hjernehindebetændelse forårsaget af Malaria)
- 13 b Borrelia infektion i nervesystem efter flåttbid

2. Sådan dækker forsikringen

2.1. Anmeldelse af kritisk sygdom

Når forsikrede får stillet en diagnose, som forventes at være omfattet af forsikringsbetingelserne, kontaktes Skandia for at få tilsendt en ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme og en samtykkeerklæring. Ansøgningen og samtykkeerklæring findes også på skandia.dk.

2.2. Betingelser for dækning

Det er en betingelse for udbetaling af en forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, at forsikrede får stillet en dækningsberettiget diagnose i perioden fra forsikringen træder i kraft til forsikringen ophører (i det følgende benævnt ”forsikringstiden”), dog tidligst efter udløbet af en eventuel karenperiode. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen.

Retten til udbetaling ved visse kritiske sygdomme bliver vurderet i henhold til de forsikringsbetingelser, der er gældende på diagnosetidspunktet.

Eventuelle begrænsninger i retten til dækning er beskrevet i punkt 4.

2.3. For individuelle forsikringsdækninger

Det er en betingelse for dækning af visse kritiske sygdomme, at sygdommen tidligst er diagnosticeret, når dækningen har været i kraft i tre måneder uden pause (karenperiode). Dog skal dækningen have været i kraft i seks måneder uden pause (karenperiode), når der er tale om en diagnose, som er dækket under diagnosegruppe 1a (Kræft) og 1b (Kræft i blod, lymfe og knoglemarvens bloddannende celler).

Eventuelle begrænsninger i retten til dækning er beskrevet i punkt 4.

2.4. Oplysninger til hjælp for vurdering

Når Skandia har modtaget samtykkeerklæringen, kan Skandia til enhver tid bede om journaloplysninger og attester, som Skandia finder nødvendige for at foretage en vurdering af, om den forsikrede har ret til udbetaling ved visse kritiske sygdomme.

Derudover kan Skandia bede den forsikrede om nødvendige oplysninger. Skandia kan desuden bede den forsikrede gennemgå lægeundersøgelser for at vurdere retten til udbetaling ved visse kritiske sygdomme.

Skandia betaler alle udgifter til de af Skandia ønskede attester og journaloplysninger.

2.5. Udbetaling

Udbetaling ved visse kritiske sygdomme sker i forhold til den forsikringssum, som var gældende den dag, sygdommen blev diagnosticeret.

Udbetalingen sker til den forsikrede.

Når der én gang er sket udbetaling af en forsikringssum ved en kritisk sygdom, bortfalder dækningen for den eller

de diagnosegruppe/-r, som har medført udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme. Tilsvarende gælder for evt. andre diagnoser stillet i karenperioden.

Se under 4.2 "Indskrænkninger i forsikringsdækningen", hvilke sygdomme der anses for at være én og samme kritiske sygdom.

For diagnosegrupperne 1 a (kræft) og 1 b (kræft i blod og bloddannende organer) gælder dog, at forsikrede har ret til udbetaling ved en ny og ubeslægtet kræftdiagnose stillet i forsikringstiden, såfremt det er 7 år siden, behandlingen for den første diagnose blev afsluttet, og der ikke er konstateret tilbagefald inden for denne 7-årige periode (kontrolbesøg gælder ikke som behandling).

3. Forsikringen dækker

Forsikringen omfatter følgende Diagnosegrupper

Dækningsberettigede sygdomme:

1 a. Kræft

En ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokal recidiv og spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastaser).

Følgende er ikke dækket:

- Tumorer klassificeret som præmaligne, non-invasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling).
- Alle former for hudkræft (inklusive lymfomer i hud), bortset fra modernærkræft stadie 1-4 (malignt melanom).
- Prostatakræft med en Gleason score på 6 eller derunder (uanset valgt behandling).
- Blærepapillomer.
- Svulster opstået under forløbet af HIV-infektion, herunder Kaposi's sarkom.

1 b. Kræft i blod, lymfe og knoglemarvens bloddannende celler

Ondartede (maligne) sygdomme opstået i blod, lymfe eller knoglemarvens bloddannende celler, karakteriseret ved et atypisk blodbillede med ukontrolleret vækst af blodceller og tendens til progression og recidiv.

Dækningen omfatter behandlingskrævende¹:

- Akut leukæmi, kronisk myeloid leukæmi (CML) i accelereret fase eller blastkrise og behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)
- Hodgkins lymfom stadie II til IV og non-Hodgkins lymfom med undtagelse af mindre aggressive former som lokaliseret MALT lymfom, mucosis fungoides i plaquestadiet og hudlymfomer som lokaliseret

¹ Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (inklusive kemoterapi, biologiske midler (designerdrugs) og stråleterapi) og/eller transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation).

seret CD30 positivt lymfom og kutant B-celle lymfom lokaliseret til huden.

- Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS) og kronisk myelomonocystisk leukæmi (CMML).
- Behandlingskrævende myelomatose/solitært myelom.

Følgende er ikke dækket:

- Kronisk lymfatisk leukæmi stadie I og II
- Hodgkin's lymfom stadie I

1 c. Visse godartede svulster i hjerne eller rygmarv – med aggressivt forløb og svære blivende følger

En svulst (tumor) opstået i og udgået fra hjerne, hjerne-stamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), der medført betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 15 % mén, vurderet efter Arbejdsskadestyrelsens tabel.

Forsikringen udbetales først, når førlighedsniveauet vurderes rimelig stabil, dvs. tidligst seks mdr. efter diagnosticering eller operation.

Diagnosen skal være stillet på en neurokirurgisk afdeling eller af en neurokirurgisk speciallæge.

Følgende er ikke dækket:

- Tumorer i kranie-/hjernenerver
- Cyster eller granulomer
- Hypofyseadenomer.

2 a. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (Apopleksi)

En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer (lammelser, føle-, syns- eller taleforstyrrelser) af mere end 24 timers varighed og som enten skyldes:

- En spontan eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen
- En spontan eller traumatisk opstået blodansamling mellem hjernehindene som følge af en bristet pulsåre (arterie) eller en misdannelse i hjernens kar

eller

- En forsnævring eller tillukning af en pulsåre (arterie) i hjernen pga. en trombose eller emboli.

Beskadigelsen af hjernen skal være påvist ved en hjerne-scanning (CT eller MR).

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller være bekræftet af en neurologisk speciallæge.

Hvis en blodprop i hjernen ikke kan bekræftes ved en hjerne-scanning (CT eller MR), er forsikrede omfattet, hvis samtlige klassiske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende objektive neurologiske udfaldssymptomer (vurderet tidligst efter seks måneder) svarende til hjernebeskadigelsen i form af lammelser, føle-, syns- eller taleforstyrrelser. Følger i form af kognitive gener eller træthed alene er ikke tilstrækkelige for dækning.

Følgende er ikke dækket:

- Transitorisk Cerebral Iskæmi(TCI)/ Transitorisk Iskæmisk Attak (TIA).
- Tidligere hjerneinfarkter påvist ved hjernescaning (CT/MR).

2 b. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse (AV-malformation)

En planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar i form af én eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer eller arteriovenøse karmisdannelser (inkl. kavernøst angiom), som er blevet påvist ved røntgen af hjernens pulsårer (angiografi) eller CT/MR scanning.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling. Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Dækningen omfatter desuden tilfælde, hvor der er operationsindikation, men operationen ikke kan gennemføres af tekniske årsager.

3 a. Blodprop i hjertet – spontant myokardieinfarkt relateret til iskæmi (type 1 AMI)

Et akut opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv, som følge af pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.

Diagnosen skal være klar og entydig for akut myokardieinfarkt (MI) type 1 ud fra en typisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører (fortrinvis troponin), hvor mindst én værdi er klart diagnostisk forhøjet. samt evidens for AMI med mindst to af følgende kriterier:

- Symptomer på myokardieiskæmi (pludseligt opståede vedvarende brystmerter)
- Ekg-forandringer tydende på nyopstået iskæmi (nye ST-T ændringer, nyt venstresidigt grenblok) eller udvikling af patologiske Q-takker på EKG'et.
- Billeddiagnostisk evidens (ekkokardiografi, myokardiescintigrafi eller MR-scanning) for nytillkommet tab af muskelvæv/regional dyskinesi.

Diagnosen skal være stillet på hospital eller af en kardiologisk speciallæge.

Følgende er ikke dækket:

- MI i forbindelse med PCI
- MI i forbindelse med by-pass operation.

3 b. Operation på hjertekar som følge af svær åreforsnævring i kranspulsårerne (by-pass operation (CABG) eller PCI-behandling (ballonudvidelse)

En revaskulerende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:

- Gennemført PCI-behandling på to eller flere af hjertets kranspulsårer,

eller

- Gennemført eller planlagt åben hjertekirurgisk by-pass operation (CABG) på én eller flere af hjertets kranspulsårer.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt operation er det datoen for den forsikredes accept på venteliste, der regnes som diagnosedato.

4 a. Hjerteklapoperation pga. hjerteklapfejl

En planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl med forsnævring eller utæthed, med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese samt homograft eller reparation af klappen med plastik.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt operation er det datoen for den forsikredes accept på venteliste, der regnes som diagnosedato.

4 b. Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som sekundær profylakse som følge af hjertestop

En planlagt eller gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) i forbindelse med aktuelt hjertestop.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt operation er det datoen for den forsikredes accept på venteliste, der regnes som diagnosedato.

5. Kronisk nyresvigt

En tilstand med dobbeltsidigt nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere og med behov for varig dialysebehandling eller nyretransplantation.

Diagnosen skal være stillet af en nefrologisk speciallæge.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt operation er det datoen for den forsikredes accept på venteliste, der regnes som diagnosedato.

6. Større organtransplantation

En planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, hjerte-lunge eller hjerte-lunge-lever transplantat på grund af organsvigt hos forsikrede.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt operation er det datoen for den forsikredes accept på venteliste, der regnes som diagnosedato.

Diagnosen skal være stillet af en speciallæge indenfor området.

Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation) for andre tilstande end beskrevet under blodkræft, jf. 1 b.

Følgende er ikke dækket:

- Transplantation af andre organer, dele af organer, væv eller celler

7. Sygdom i hovedpulsåren (Aorta)

En bristning (ruptur) eller lokal udvidelse af aorta (aneurisme) til over 5 cm i diameter, en tillukning af aorta (okklusion) eller en aortadissektion med ruptur i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen.

Diagnosen aneurisme eller dissektion skal være stillet ved MR-scanning eller aortagrafi samt en ultralydsundersøgelse, ekkokardiografi eller CT-scanning af abdomen.

Benævnelser aorta inkluderer den thorakale og abdominale aorta men ikke deres grene.

8 a. Multipel sklerose – med to eller flere (gentagne) attack

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

- to eller flere (gentagne) episoder af neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af centralnervesystemet, 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 efter McDonald er opfyldte.

Dækningen omfatter også neuromyelitis optica (NMO) med bilateral opticus neuritis eller myelopati og opticus neuritis samt MR-forandringer centralt i medulla over mere end tre segmenter.

Diagnosen skal være stillet af neurologisk speciallæge.

Følgende er ikke dækket:

- Tilfælde alene med synsnerveudfald (opticusneuritis) eller transversel myelitis.

8 b. Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) eller anden lignende ikke-arvelig motorisk nervecellesygdom (MND) diagnosticeret før alder 60 år

En kronisk sygdom som skyldes fremadskridende nedbrydning (degeneration) af nervesystemets motoriske celler i rygmarv, hjernestamme og hjerne, medførende lammelser, muskelsvind og spasticitet.

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge efter El Escorial kriterierne med lower motor neuron symptomer (LMN) og upper motor neuron symptomer (UMN) i mindst tre regioner samt progression af symptomerne og abnorme fund ved elektromyografi (EMG) i klinisk normal muskel.

Det er en forudsætning for udbetaling, at diagnosen stilles, inden den forsikrede fylder 60 år.

Dækningen omfatter ikke arvelig MND, herunder SMA.

8 c. Primær Parkinsons sygdom (paralysis agitans, rystelamelse) diagnosticeret før alder 60 år

En kronisk sygdom kendetegnet ved vedvarende øget muskelstivhed (rigiditet), rysten (tremor) og nedsættelse af de spontane bevægelser (oligokinesi).

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge, og dækningen forudsætter tilstedeværelse af samtlige klassiske hovedsymptomer (tremor, rigiditet og oligokinesi).

Det er en forudsætning for udbetaling, at diagnosen stilles, inden den forsikrede fylder 60 år.

Følgende er ikke dækket:

- Symptomer på Parkinsons sygdom fremkaldt af eksempelvis psykofarmaka, infektioner, blodprop eller lignende.
- Atypisk Parkinson (Parkinson+).
- Sekundær Parkinson.
- Parkinsonsymptomer i forbindelse med Lewy Body Demens.

8 d. Myasthenia Gravis

En autoimmun neuromuskulær sygdom kendetegnet ved kraftnedsættelse og hurtig udtrætning.

Diagnosen skal være stillet på neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge og være bekræftet ved mindst to af følgende undersøgelser:

- EMG, der viser defekt neuromuskulær transmission.
- Acetylcholinreceptorantistoffer i blodet.
- Klar behandlingsrespons på relevant medicinsk behandling.

8 e. Alzheimers sygdom diagnosticeret før alder 60 år

En degenerativ sygdom i hjernen kendetegnet ved fremadskridende hukommelsestab og mistet evne til tænkning, sprog og problemløsning.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling efter de internationalt anerkendte kriterier for sandsynlig Alzheimers sygdom.

(NINCDS-ADRDA) og MR-scanning skal støtte diagnosen med fund af progression af cerebral atrofi i mediale temporallapsstrukturer.

Det er en forudsætning for udbetaling, at diagnosen stilles, inden den forsikrede fylder 60 år.

Følgende er ikke dækket:

- Demens ledsaget af bevægelsesforstyrrelser, som fx ved Huntingtons Chorea og Parkinsons sygdom.
- Demens som følge af forkalkningssygdom i hjernekar (vaskulær demens), traume eller infektioner.

8 f. Muskelsvind (Myopati og neuropati) – med vedvarende symptomer

En muskellidelse kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og -kraft af enten Facio-scapulo-humeral typen, Limb-girdle typen eller Charcot-Marie-Tooths sygdom.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling.

9 a. HIV-infektion ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte

En infektion med HIV som følge af:

- En blodtransfusion eller anden lægelig behandling, modtaget efter forsikringstidens begyndelse, hvor forsikrede er berettiget til godtgørelse fra Sundhedsstyrelsen.

eller

- En arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes erhverv efter forsikringstidens begyndelse. Dækning forudsætter, at uheldet er anmeldt som arbejdsskade, og at der foreligger negativ HIV-test, udført indenfor den første uge efter smitteudsættelsen, efterfulgt af en positiv test indenfor de næste 12 måneder.

9 b. AIDS

Et erhvervet immundefektsyndrom som følge af infektion med HIV, erhvervet efter forsikringstidens begyndelse.

Dækning forudsætter, at det kan dokumenteres, at forsikrede er smittet i forsikringstiden, og at diagnosen er stillet på en infektionsmedicinsk afdeling efter Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.

10. Blindhed

Et permanent synstab på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er 1/60 (0,01666) eller derunder, eller der er kikkertsyn med synsfeltindskrænkning til under 10 procent.

Diagnosen skal være stillet af en øjenlæge.

11. Døvhed

Totalt permanent høretab på begge ører, med en høretærskel på 100 dB eller derover.

Diagnosen skal være stillet af en ørelæge.

12. Større forbrænding eller forfrysning

En brandskade (inkl. forfrysninger eller ætsninger) af tredje grad, der dækker mindst 20 procent af den forsikredes legemsoverflade.

Diagnosen skal fremgå af journaloplysninger fra den behandlende brandsårsafdeling.

13 a. Følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse (incl. Tick-Borne-Encephalitis, Japansk Encephalitis og Hjernebetændelse forårsaget af Malaria)

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

Forsikringen udbetales først, når de neurologiske følger vurderes stabil, dvs. tidligst efter seks mdr., og følgerne skal være bekræftet af en neurologisk speciallæge.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller medicinsk afdeling ud fra:

- Påvisning af mikrober i spinalvæsken.

eller

- En rygmarsvæskeundersøgelse med påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose) med forhøjet antal hvide blodlegemer og eventuelt suppleret med MR-/CT-scanning.

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

Japansk Encephalitis (JE) skal være bekræftet ved påvisning af Japansk encefalitvirus i blod og spinalvæske.

Hjernebetændelse forårsaget af Malaria skal være bekræftet ved påvisning af parasitter i blodet.

13 b. Borrelia infektion i nervesystem efter flåtbid

Langvarig eller kronisk neuroborreliose (mere end 6 måneders varighed) som følge af flåtbid, medførende vedvarende neurologiske følger svarende til en méngrad på 15 procent eller mere efter Arbejdsskadestyrelsens tabel.

Forsikringen udbetales først, når de neurologiske følger vurderes stabil, dvs. tidligst efter seks mdr., og følgerne skal være bekræftet af en neurologisk speciallæge.

Diagnosen skal være stillet ud fra spinalvæskeundersøgelser, borrelia-specifikke antistofundersøgelser, CT-/MR-scanning mv. og være vurderet og bekræftet af en neurologisk speciallæge.

4. Forsikringen dækker ikke

4.1. Generelle undtagelser

Har den forsikrede før forsikringen trådte i kraft, eller i løbet af en evt. karenperiode (se punkt 2.2 "Betingelser for dækning"),

- fået stillet en diagnose,
- modtaget behandling, eller
- været under udredning for en diagnose,

der ville være omfattet af eller beslægtet med sygdomme/lidelser omfattet af disse forsikringsbetingelser, bortfalder dækningen for den/de pågældende diagnosegruppe(r).

Hvis den forsikrede får stillet mere end én dækningsberettiget diagnose i forsikringstiden, er det en betingelse for udbetaling af den/de efterfølgende kritiske sygdom(me), at diagnosen for den/de efterfølgende kritiske sygdom(me) stilles mindst seks måneder efter seneste udbetalingsberettigede diagnose. Er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes seks måneders fristen først fra foretaget operation. Diagnoser/diagnosegrupper, jf. punkt 4.2 Indskrænkninger i forsikringsdækningen, der ikke er udbetalingsberettigede, fordi de stilles mindre end seks måneder

efter den seneste udbetalingsberettigede diagnose, vil ikke senere i forsikringstiden være dækningsberettigede.

Forsikringen omfatter ikke kritiske sygdomme, som har direkte eller indirekte sammenhæng med en tidligere sygdom, som er diagnosticeret eller behandlet før forsikringstiden eller indenfor de beskrevne karensperioder.

I denne sammenhæng anses en række sygdomme som værende én og samme kritiske sygdom – se hvilke sygdomme i punkt 4.2 ”Indskrænkninger i forsikringsdækningen”.

For diagnosegrupperne 1 a (kræft) og 1 b (kræft i blod og bloddannende organer) gælder dog, at hvis den forsikrede inden forsikringen trådte i kraft har fået stillet en diagnose, der ville være omfattet af én af de to nævnte diagnosegrupper, giver forsikringen ret til udbetaling ved en ny ubeslægtet kræftdiagnose, hvis

- der er gået mindst 7 år, siden behandlingen for den først sygdom blev afsluttet – kontrolbesøg gælder ikke som behandling, og
- der ikke er konstateret tilbagefald i de 7 år, der er gået, siden behandlingen sluttede.

Retten til udbetaling ved visse kritiske sygdomme bortfalder ved forsikredes død med undtagelse af de tilfælde, hvor forsikrede skriftligt har bedt om udbetaling overfor Skandia, og på det tidspunkt opfylder de øvrige betingelser for udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme udbetales.

4.2. Indskrænkninger i forsikringsdækningen

Følgende sygdomme anses i disse forsikringsbetingelser som værende én og samme kritiske sygdom, og medfører indbyrdes bortfald af den/de tilknyttede diagnosegruppe(r):

- Diagnosegruppe 1a (Kræft) og 1b (Kræft i blod og bloddannende organer), uanset om der måtte være tale om en anden dækningsberettiget kræftdiagnose.
- Diagnosegrupperne 2a (Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (Apopleksi)), 3a (Større blodprop i hjertet), 3b (Hjertekaroperation pga. kranspulsåreforkalkning (By-pass/PCI)) og 4a (Hjerte-klapoperation pga. hjerteklapfejl).
- Diagnosegrupperne 2a (Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (Apopleksi)) og 2b (Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse (AV-malformation)).
- Diagnosegrupperne 3a (Større blodprop i hjertet), 3b (Hjertekaroperation pga. kranspulsåreforkalkning (By-pass/PCI)) og 4b (Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som følge af hjertestop).
- Diagnosegrupperne 4a (Hjerte-klapoperation pga. hjerteklapfejl) og 7 (Sygdom i hovedpulsåren (Aorta)).

- Diagnosegrupperne 4b (Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som følge af hjertestop og 6 (Større organtransplantation).
- Diagnosegrupperne 8d (Myasthenia Gravis) og 8f (Muskelsvind).
- Diagnosegrupperne 9a (HIV-infektion ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte) og 9b (AIDS).

Endvidere bortfalder dækningen for diagnosegruppe 13a (Følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse), hvis diagnosen/tilstanden er forårsaget af neuroborreliose, og forsikrede én gang har modtaget udbetaling for diagnosegruppe 13b (Borreliainfektion i nervesystem efter flåttbid).

4.3. Ændring af forsikringsbetingelser

Skandia kan ændre ”Almindelige forsikringsbetingelser ved visse kritiske sygdomme” med en måneds skriftligt varsel.

5. Forældelse

Et krav om udbetaling ved visse kritiske sygdomme skal fremsættes inden tre år efter det tidspunkt, hvor en dækningsberettiget sygdom er blevet diagnosticeret. Hvis kravet rejses tre år eller mere efter diagnostetidspunktet, bortfalder retten til udbetaling i forbindelse med den konkrete dækningsberettigede sygdom.

5.1. Ansvarstid ved ophør

Ved ophør af dækning ved en af de beskrevne kritiske sygdomme ovenfor, skal en ansøgning om udbetaling ske senest seks måneder efter, dækningen er ophørt. I modsat fald bortfalder retten til udbetaling.

6. Lovgivning og klager

6.1. Lovgivning

Forsikringen følger dansk rets almindelige regler, herunder bestemmelserne i den til enhver tid gældende skattelovgivning, forsikringsaftalelov og lov om finansiel virksomhed samt regler udstedt i medfør heraf, medmindre andet er bestemt i aftalegrundlaget eller øvrige vilkår og bestemmelser, der knytter sig til aftalen.

6.2. Klager vedrørende sagsbehandling

Forsikringstageren eller den forsikrede har mulighed for at klage, hvis de er uenige i Skandias afgørelse af en sag. Klager skal sendes så hurtigt som muligt – og senest seks måneder efter at sagen er afgjort – til:

Skandia
Kay Fiskers Plads 9
2300 København S
Att.: Den klageansvarlige

Se mere om klagemuligheder på skandia.dk

6.3. Ankenævn

Hvis Skandia og forsikringstageren eller den forsikrede ikke kan blive enige, er det muligt at klage til:

Ankenævnet for Forsikring

Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
Telefon 33 15 89 00

Der skal betales et gebyr for at klage til Ankenævnet. Skandia refunderer gebyret, hvis forsikringstageren eller den forsikrede får medhold i klagen.

6.4. Værneting

Tvister om forsikringsaftalen skal afgøres efter dansk ret. Tvister, som ikke kan afgøres ved voldgift, skal afgøres ved de danske domstole. Værneting er København.