

## Dækning til børn ved visse kritiske sygdomme

### - Særbetingelser til "Almindelige forsikringsbetingelser ved visse kritiske sygdomme"

Særbetingelser gældende fra 1. september 2017

Nr. 01-09-2017

#### Indhold

<b>1. Om dækning til børn ved visse kritiske sygdomme .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Sådan virker dækningen.....</b>	<b>2</b>
2.1. Hvilke børn er omfattet af dækning til børn ved visse kritiske sygdomme? .....	2
2.2. Hvornår gælder dækningen?.....	2
2.3. Anmeldelse af kritisk sygdom.....	2
2.4. Betingelser for dækning .....	2
2.5. For individuelle forsikringsdækninger .....	2
2.6. Udbetaling.....	3
2.7. Speciallæger mv. ....	3
<b>3. Kritiske sygdomme omfattet af dækningen .....</b>	<b>3</b>
<b>4. Undtagelser .....</b>	<b>5</b>
4.1. Generelle begrænsninger.....	5
<b>5. Forældelse .....</b>	<b>5</b>
5.1. Ansvarstid ved ophør .....	5
<b>6. Ændring af særbetingelser .....</b>	<b>5</b>
<b>7. Lovgivning og klager.....</b>	<b>5</b>
7.1. Lovgivning .....	5
7.2. Klager vedrørende sagsbehandling .....	5
7.3. Ankenævn .....	5
7.4. Værneting.....	6

## 1. Om dækning til børn ved visse kritiske sygdomme

Forsikringen ved visse kritiske sygdomme er tegnet i Skandia Link Livsforsikring A/S, CVR: 20 95 22 37, herefter kaldet Skandia. Dækning til børn ved visse kritiske sygdomme er en integreret del af forsikringen ved visse kritiske sygdomme.

Nærværende særbetingelser regulerer dækning til børn ved visse kritiske sygdomme og udgør særbetingelser til de "Almindelige forsikringsbetingelser ved visse kritiske sygdomme", som gælder for forsikringen ved visse kritiske sygdomme i øvrigt.

Dækning til børn ved visse kritiske sygdomme giver ret til udbetaling af en forsikringssum ved visse kritiske sygdomme til børn, hvis de betingelser, der er gældende på diagnostetidspunktet, er opfyldt.

Når der i disse særbetingelser nævnes "kritisk sygdom", så sker det ud fra nedenstående diagnosegrupper og den specifikke definition, som fremgår af punkt 3 "Kritiske sygdomme omfattet af dækningen".

Dækningen til børn omfatter følgende kritiske sygdomme:

- 1 a Kræft
- 1 b Visse godartede svulster i hjerne eller rygmarv
- 2 a Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi)
- 2 b Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse (AV-malformation)
- 3 Operationskrævende hjertesygdom
- 4 Kronisk nyresvigt
- 5 Større organtransplantationer
- 6 Større forbrændinger, forfrysninger eller ætsninger
- 7 Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. borrelia og TBE)

## 2. Sådan virker dækningen

### 2.1. Hvilke børn er omfattet af dækning til børn ved visse kritiske sygdomme?

Dækning til børn ved visse kritiske sygdomme omfatter forsikredes børn i alderen 6 måneder og indtil det fyldte 18. år.

Som børn betragtes forsikredes:

- A. Biologiske børn og adoptivbørn
- B. Stedbørn, dvs. forsikredes ægtefælles/registrerede partners biologiske børn og adoptivbørn, hvis disse
  1. er registreret i folkeregistret med samme adresse som forsikrede.
- C. Samlevers biologiske børn og adoptivbørn, hvis disse
  1. er registreret i folkeregistret med samme adresse som forsikrede, og

2. forsikrede og forsikredes samlever uafbrudt i de to sidste år før diagnostetidspunktet har haft fælles bopæl og har levet i et ægteskabsliggende forhold, uden at der i dette tidsrum har foreligget ægteskabshindringer (eller hindringer for indgåelse af registreret partnerskab) efter lovgivningen.

For børn omfattet af pkt. B og C bortfalder retten til udbetaling, hvis forsikrede og barnets forælder (forsikredes ægtefælle) bliver separeret eller skilt, eller hvis forsikrede og barnets forælder (forsikredes samlever) ikke længere har fælles bopæl.

### 2.2. Hvornår gælder dækningen?

Forsikringstiden starter tidligst den dato, hvor det er aftalt, at forsikringsaftalen træder i kraft, og slutter, når forsikringsaftalen ophører, uanset årsagen til ophøret.

Forsikringsdækning for det enkelte barn starter tidligst, når barnet er 6 måneder, og ophører senest den dag, hvor barnet fylder 18 år.

### 2.3. Anmeldelse af kritisk sygdom

Når et barn omfattet af disse særbetingelser får stillet en diagnose, som forventes at være omfattet af dækning til børn ved visse kritiske sygdomme, kontaktes Skandia for at få tilsendt en ansøgning om udbetaling ved kritisk sygdom til børn og en samtykkeerklæring. Ansøgningen findes også på skandia.dk.

### 2.4. Betingelser for dækning

Der er ret til udbetaling ved visse kritiske sygdomme til børn, når et barn omfattet af disse særbetingelser 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 diagnostetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede eller barnet får kendskab til diagnosen.

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

Retten til udbetaling ved visse kritiske sygdomme bortfalder ved barnets død, med undtagelse af de tilfælde, hvor forsikrede skriftligt og forud for dødsfaldet har ansøgt om udbetaling over for Skandia, og barnet på det tidspunkt opfylder de øvrige betingelser for udbetaling ved visse kritiske sygdomme.

### 2.5. For individuelle forsikringsdækninger

Det er en betingelse for dækning til børn ved visse kritiske sygdomme, at sygdommen tidligst er diagnosticeret, når dækningen har været uafbrudt i kraft i 3 måneder (karenperiode). Dog skal dækningen have været uafbrudt i kraft i 6 måneder (karenperiode), når der er tale om en diagnose, som er dækket under punkt 1a (Kræft).

Øvrige begrænsninger i retten til dækning er beskrevet i punkt 4 "Undtagelser".

## 2.6. Udbetaling

Udbetaling ved dækning til børn ved visse kritiske sygdomme omfatter den forsikringssum ved visse kritiske sygdomme til børn, som var gældende den dag, sygdommen blev diagnosticeret. Forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme til børn udgør 50.000 kr.

Udbetalingen sker til forsikrede.

Når der én gang er sket udbetaling af en forsikringssum ved visse kritiske sygdomme til børn, bortfalder dækningen for den diagnosegruppe, som har medført udbetalingen, for det pågældende barn. Tilsvarende gælder for evt. andre diagnoser stillet i karensperioden.

For diagnosen 1 a (Kræft) gælder dog, at forsikrede har ret til udbetaling, hvis et barn omfattet af disse særbetingelser får stillet en ny og ubeslægtet kræftdiagnose i forsikringstiden, såfremt det er 10 år siden, den første kræftdiagnose i forsikringstiden blev stillet.

## 2.7. Speciallæger mv.

Det er et krav, at de under afsnit "Dækningsberettigede kritiske sygdomme" 1a – 7 anførte diagnoser, undersøgelser mv. er foretaget af speciallæger og sygehusafdelinger, som er anerkendt af og har autorisation fra Sundhedsmyndighederne i det land i Skandinavien (Danmark, Sverige eller Norge), i hvilket den pågældende praktiserer.

## 3. Kritiske sygdomme omfattet af dækningen

Forsikringen omfatter følgende diagnosegrupper:

### 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 (metastasering).

#### 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 modermærkekræft stadie 1b-4 (malignt melanom).
- Blærepapillomer.
- Svulster opstået under forløbet af HIV-infektion, herunder Kaposi's sarkom.

Diagnosen anses for stillet, når histologisk eller cytologisk undersøgelse er vurderet af speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).

### Desuden omfattes 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 behandlingskrævende\*:

- 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 CD30 positivt lymfom og kutant B-celle lymfom lokaliseret til huden.
- Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS) og kronisk myelomonocystisk leukæmi (CMML).
- Behandlingskrævende myelomatose/solitært myelom.

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

#### Følgende blodsygdomme er ikke dækket:

- Kronisk lymfatisk leukæmi stadie I og II
- Hodgkin's lymfom stadie I
- Monoklonal gammopati (MGUS) eller myeloproliferative neoplasmer (MPN) som primær myelofibrose, essentiel trombocypeni og polycytæmia vera.

For de omfattede, behandlingskrævende kræftsygdomme i blod, lymfe og knoglemarvens bloddannende celler anses diagnosen for stillet den dag, hvor en børneonkologisk eller hæmatologisk afdeling i journalen har angivet, at der er en behandlingsindikation for sygdommen.

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

En svulst (tumor) opstået i og udgået fra hjerne, hjernehinde, rygmarv eller disse organers hinde (centralnervesystemet), der medfører betydelige neurologiske udfaldssymptomer (lammelser, føle-, syns- og taleforstyrrelser) og nedsat førlighed svarende til mindst 15 procent mén, vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervsundersøgelser.

Forsikringen udbetales først, når følgetilstanden vurderes rimelig stabil, dvs. tidligst 6 mdr. efter diagnosticering eller operation.

Diagnosen skal være stillet på en neurokirurgisk afdeling eller af en neurokirurgisk speciallæge. Operation skal være gennemført i forsikringstiden.

Følgende er ikke dækket:

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

## **2 a. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) – med blivende følger**

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 eller mellem hjernebinderne som følge af en bristet pulsåre (arterie) eller en misdannelse i hjernens kar,

eller

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

Det er i begge tilfælde en forudsætning, at tilfældet har medført blivende følger, som har været til stede uafbrudt (vurderet efter 3 måneder) i form af neurologiske udfaldssymptomer (lammelser, føle-, syns- og taleforstyrrelser), svarende til den ved hjernescanning (CT/MR) påviste hjernebeskadigelse.

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

Hvis en blodprop i hjernen ikke kan bekræftes ved en hjernescanning (CT eller MR), er barnet omfattet, hvis samtlige kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende objektive neurologiske udfaldssymptomer (vurderet tidligst efter 6 måneder) svarende til hjernebeskadigelsen i form af lammelser, føle-, syns- eller taleforstyrrelser.

Følger i form af kognitiv generel træthed er alene ikke tilstrækkelig for dækning.

**Følgende er ikke dækket:**

- Transitorisk Cerebral Iskæmi (TCI)/Transitorisk Iskæmisk Attak (TIA).
- Tidligere hjerneinfarkter påvist ved hjernescanning (CT/MR).
- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. uden for hjernen (fx øjne, øre og hypofyse).

## **2 b. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakranielt arteriovenøst 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, og diagnosen anses for stillet på operationsdagen. Ved planlagt operation anses diagnosen for stillet, når skal barnet accepteres på venteliste.

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

## **3. Operationskrævende hjertesygdom**

Gennemført behandling for hjertesygdom ved operation eller intervention gennem blodbanen.

Hjertesygdommen skal være diagnosticeret på en kardiologisk eller thoraxkirurgisk afdeling.

Operation eller intervention gennem blodbanen skal være gennemført i forsikringstiden.

Diagnosen anses for stillet på operationsdagen eller dagen for interventionen gennem blodbanen. Ved planlagt operation er det datoen for accept på venteliste, der regnes som diagnosedato.

## **4. 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 nyre-transplantation.

Diagnosen skal være stillet af en nefrologisk speciallæge.

Diagnosen anses for stillet, når varig dialyse er igangsat eller på operationsdagen. Ved planlagt transplantation anses diagnosen for stillet, når barnet accepteres på aktiv venteliste.

## **5. Større organtransplantation**

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

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

Diagnosen skal være stillet af en speciallæge inden for området.

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

Følgende er ikke dækket:

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

## **6. Større forbrændinger, forfrysninger eller ætsninger**

En brandskade (inkl. forfrysninger eller ætsninger) af 2. – 3. grad, der dækker mindst 10 procent af barnets legemsoverflade.

Diagnosen skal fremgå af journaloplysninger fra behandlende brandsårsafdeling.

## 7. Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. borrelia og TBE)

En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe eller andre mikrober, som har medført vedvarende objektive neurologiske udfaldssymptomer (lammelser, føle-, syns- og taleforstyrrelser), svarende til en méngrad på 15 procent eller mere efter Arbejdsmarkedets Erhvervs sikrings méntabel (vurderet af en neurologisk speciallæge).

Ved hjerne- eller hjernehindebetændelse skal der være kliniske holdepunkter for diagnosen, samt mindst ét af følgende kriterier skal være opfyldt:

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

Ved en neuroborreliose skal diagnosen være verificeret ved påvisning af borreliaspecifikke antistoffer (IgM/IgG) i spinalvæske sammenlignet med blod (spinal/serum indeks eller intratekal antistofsyntese).

Ved Tick-Borne-Encephalitis (TBE) skal diagnosen være verificeret ved påvisning af TBE-specifikt antistof (IgM/IgG) i blod eller spinalvæske.

I samtlige tilfælde kan de neurologiske udfaldssymptomer (lammelser, føle-, syns- og taleforstyrrelser) tidligst vurderes efter 3 måneder, og følgerne skal være bekræftet af neurologisk speciallæge.

## 4. Undtagelser

### 4.1. Generelle begrænsninger

Hvis et barn omfattet af dækning til børn ved visse kritiske sygdomme før forsikringen trådte i kraft eller i løbet af en evt. karenperiode har

- 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 særbetingelser, bortfalder dækningen for den/de pågældende diagnose(r).

Hvis et barn omfattet af disse særbetingelser 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 6 måneder efter seneste udbetalingsberettigede diagnose. Er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes 6 måneders fristen først fra foretaget operation.

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

For diagnosen 1 a (Kræft) gælder dog, at hvis barnet, inden forsikringen trådte i kraft, har fået stillet en diagnose, der ville være omfattet af den nævnte diagnose, er der ret til udbetaling ved en ny ubeslægtet kræftdiagnose, hvis der er gået mindst 10 år, siden den første kræftdiagnose blev stillet.

## 5. Forældelse

Et krav om udbetaling ved visse kritiske sygdomme skal fremsættes inden 3 år efter det tidspunkt, hvor en dækningsberettiget sygdom er blevet diagnosticeret. Hvis kravet rejses 3 år eller mere efter diagnosetidspunktet, 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 6 måneder efter, at dækningen er ophørt. I modsat fald bortfalder retten til udbetaling.

## 6. Ændring af særbetingelser

Skandia kan ændre nærværende særbetingelser med en måneds skriftligt varsel.

## 7. Lovgivning og klager

### 7.1. 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.

### 7.2. Klager vedrørende sagsbehandling

Forsikrede har mulighed for at klage, hvis forsikrede er uenig i Skandias afgørelse af en sag. Klager skal sendes så hurtigt som muligt – og senest 6 måneder efter, at sagen er afgjort – til:

Skandia  
Østbanegade 135  
2100 København Ø  
Att.: Den klageansvarlige

Se mere om klagemuligheder på [skandia.dk](http://skandia.dk)

### 7.3. Ankenævn

Hvis Skandia og 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. Gebyret bliver tilbagebetalt, hvis forsikrede får medhold i klagen.

#### **7.4. 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.