

Forsikringsbetingelser for visse kritiske sygdomme oprettet i Velliv, Pension & Livsforsikring A/S
CVR-nr. 24260577, Lautrupvang 10, 2750 Ballerup, Danmark.

Disse forsikringsbetingelser gælder sammen med Almindelige forsikringsbetingelser - Generelle bestemmelser

Indhold:	§ 1. Forsikringens grundlag
	§ 2. Hvad er kritisk sygdom
	§ 3. Indskrænkning i forsikringen
	§ 4. Forsikringen
	§ 5. Udbetaling
	§ 6. Fritagelse for indbetaling
	§ 7. Rådighed
	§ 8. Ændring af præmie og forsikringsbetingelser
	§ 9. Særlige betingelser

§ 1. Forsikringens grundlag	Forsikringen er oprettet på grundlag af de skriftlige oplysninger, der er givet ved oprettelsen. Forsikrede er den, hvis liv og helbred forsikringen er oprettet på.
------------------------------------	--

§ 2. Hvad er kritisk sygdom?	Det er en betingelse for udbetaling, at der er tale om en dækningsberettiget diagnose. Det vil sige, at diagnosen skal stilles, og dækningsbetingelserne skal være opfyldt i forsikringstiden – se i øvrigt indskrænkning i forsikringen i § 3.
-------------------------------------	---

Punkt	Diagnose
A	Kræft

Dækningsbetingelser

Dækningen omfatter 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 lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering).

Dækningen omfatter ikke:

- tumorer kvalificeret som præmaligne (forstadier til kræft), non-invasive, carcinoma in situ så som celleforandringer i livmoderhalsen (CIN) eller forstadier til brystkræft (DCIS), dysplasi, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling)
- alle former for hudkræft (inklusive lymfomer og sarkomer i hud), samt modermærkekræft stadie 1A (malignt melanom)
- prostatacancer med Gleason score på 6 eller derunder og uden metastaser
- blærepapillomer
- svulster (inklusive Kaposi sarkom) opstået under forløb af HIV-infektion
- neuroendokrine (karcinoide) tumorer (NET) uden spredning eller metastaser.

Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller biopsi heraf foretaget af speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).

Kræft i blod, lymfe og knoglemarvens bloddannende celler

Dækningen omfatter en behandlingskrævende ondartet (malign) sygdom 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 og aktiv kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) i stadium C
- kronisk myeloid leukæmi (CML) i accelereret fase eller blastkrise
- Hodgkins lymfom stadie II til IV
- 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)
- højrisiko kronisk myelomonocytær leukæmi (CMML)
- myelomatose/solitær myelom (inkl. Morbus Waldenström).

Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (inkl. kemoterapi og anden målrettet (targeteret) kræftbehandling) eller stråleterapi samt transplantation med stamceller (autolog knoglemarvstransplantation) eller knoglemarv fra en donor (allogen knoglemarvstransplantation).

Den dækningsberettigede diagnose anses som stillet, når de histologiske eller cytologiske undersøgelser, samt eventuel molekylærbiologisk information baseret på blod og knoglemarv, er vurderet af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologi), og der i journalen fra en onkologisk eller hæmatologisk afdeling er anført, at der er behandlingsindikation for celledræbende behandling, stråling eller transplantation af stamceller eller knoglemarv fra donor.

Dækningen omfatter ikke:

- Monoklonal gammopati (MGUS)
- Myeloproliferative neoplasmer (MPN), som fx primær myelofibrose, essentiel trombocytose (ET) eller polycytæmia vera (PV).

B Blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt)

Dækningen omfatter et pludseligt (akut) opstået henfald (nekrose) af en del af hjertets muskelvæv, som følge af en ophørt eller utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet, der har medført skade på hjertemusklen og nedsat pumpefunktion (LVEF) til 50 % eller derunder.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når der i forbindelse med episoden har været en klar og entydig diagnostisk stigning og/eller

fald i kardiale biomarkører (fortrinsvis troponin I og T), hvor mindst én værdi er klart diagnostisk forhøjet (over 99%-percentilen), samtidig med at mindst to af følgende kriterier er opfyldt:

- tilstedeværelse af karakteristiske kliniske symptomer på akut iskæmi som brystubehag, dyspnø eller arytmie
- EKG-forandringer tydende på nyopstået iskæmi i form af nye ST-ændringer, inverterede T-takker eller nyt venstresidigt grenblok
- billeddiagnostisk evidens for nyttilkommet tab af funktionsdygtigt hjertemuskulvæv på MR-skanning eller ekkokardiografi med LVEF på 50 % eller derunder
- identifikation af en intrakoronar trombe ved koronarangiografi (KAG).

Dækningen omfatter ikke:

- AKS uden sikre diagnostiske tegn på myokardienekrose
- myokardieinfarkt (type 4 og 5) i forbindelse med PCI eller CABG.

Den dækningsberettigede diagnose skal være stillet på en hjerteafdeling eller af en kardiologisk speciallæge.

C Kirurgisk behandling som følge af svær åreforsnævring i hjertekar i form af bypass-operation (CABG) eller ballonudvidelse (PCI)

Dækningen omfatter en revaskulariserende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:

- en gennemført ballonudvidelse (PCI) på en eller flere af hjertets tre kranspulsårer, eller
- en gennemført eller planlagt åben hjertekirurgisk bypass-operation (CABG) på én eller flere af hjertets kranspulsårer. Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen eller den dato forsikrede er accepteret på venteliste for CABG.

Dækningen omfatter desuden svært aterosklerotiske tilfælde med indikation for ballonudvidelse (PCI) på grund af dokumenteret svær aterosklerose på en eller flere af hjertets tre kranspulsårer, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

D Kronisk hjertesvigt

Dækningen omfatter svær kronisk hjertesvigt med svære symptomer eller funktionel begrænsning ved almindelig gang eller i hvile, svarende til NYHA III-IV, på trods af sufficient medicinsk behandling i mere end 6 måneder, hvor tilstanden enten skyldes:

- venstresidigt hjertesvigt, hvor uddrivningsfraktionen i venstre ventrikel (LVEF) er nedsat til 35 % eller derunder, eller
- højresidigt hjertesvigt, hvor der er påvist pulmonal arteriel hypertension gruppe 1 (PAH1) ved en højresidigt hjertekateterisation.

Dækningen omfatter desuden tilfælde, hvor der på grund af kronisk venstresidigt hjertesvigt (dvs. med NYHA III-IV) er gennemført indoperation af:

- et avanceret pacemakersystem (cardioverter defibrillator (ICD-enhed) eller biventrikulær pacemaker (CRT-enhed)) eller
- en LVAD (HeartMate eller anden permanent mekanisk hjertestøtte).

Dækningen omfatter ikke indoperation af almindelig pacemaker.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på det tidspunkt, hvor ovenstående betingelser er opfyldt, og diagnosen er stillet af en kardiologisk speciallæge eller på en kardiologisk afdeling.

Ved indoperation af en avanceret pacemaker eller LVAD anses diagnosen for stillet på operationsdagen.

E Hjerteklapkirurgi

Dækningen omfatter en planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese eller gennemført klapplastik.

Dækningen omfatter desuden behandling for hjerteklapfejl ved en gennemført perkutan udskiftning eller reparation af aortaklap (TAVI) eller mitralklap (MitralClip eller lignende).

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen eller den dato, hvor forsikrede er accepteret på venteliste.

F Aorta sygdom (sygdom i hovedpulsåren)

Dækningen omfatter svær aortasygdom i den thorakale eller abdominale del af aorta i form af:

- en total tillukning af aorta (aortaokklusion),
- en bristning af aorta (aortaruptur),
- en bristning i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen (aortadissektion) med indikation for operation eller
- en større lokal udvidelse af aorta (aortaaneurisme) med indikation for operation (større end 5 cm i diameter).

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen, eller når diagnoserne aortaaneurisme (større end 5 cm), aortadissektion eller total aortaokklusion er dokumenteret ved kliniske fund, ultralyd, ekkokardiografi eller CT- / MR-scanning.

Dækningen omfatter ikke sygdom i aortas sidegrene.

G Blodprop i lunge – svær grad med behov for operation

Dækningen omfatter en gennemført revaskulariserende behandling på én eller flere centrale lungearterier på grund af lungeemboli, som har medført kronisk pulmonal hypertension, og som ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk.

		<p>Den dækningsberettigede diagnose skal være stillet på baggrund af typiske symptomer (WHO-funktionsklasse III-IV) med forandringer lokaliseret tilstrækkeligt centralt i pulmonalkredsløbet på CT-scanning med kontrast, lungeangiografi og eventuelt ekkokardiografi, med tegn på højresidig trykbelastning.</p> <p>Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen.</p>
H	Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv	<p>Dækningen omfatter en godartet eller mindre aggressiv (grad 1-2) svulst (tumor) opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet).</p> <p>Det er en forudsætning for dækningen, at tilstanden har medført betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 10 % mén (vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel).</p> <p>Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling har stillet den, og en neurologisk speciallæge har bekræftet de objektive neurologiske udfaldssymptomer og udelukket anden årsag til følgerne.</p> <p>Dækningen omfatter ikke:</p> <ul style="list-style-type: none">• tumorer i kranie-/hjernenenerver eller spinalnerver (herunder Schwannomer/neurinomer)• granulomer eller isolerede cyster uden malign patologi• hypofyseadenomer.
I	Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) – med blivende følger	<p>Dækningen omfatter en pludseligt (akut) opstået beskadigelse af hjernen eller hjernestammen på grund af forstyrrelser i hjernens blodcirkulation, med samtidigt opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer (lammelser, føle-, syns- eller taleforstyrrelser), som har været til stede i mere end 24 timer (og dermed opfylder kriterierne for apopleksi).</p> <p>Det er en forudsætning for dækning, at episoden er dokumenteret ved hjerneskaning (MR/CT) og enten skyldes:</p> <ul style="list-style-type: none">• en spontan eller traumatisk opstået blødning i hjernen eller mellem hjernehinderne, eller• en forsnævring eller tillukning af en pulsåre (arterie) opstået i hjernen på grund af en trombose eller emboli, hvor tilfældet har medført blivende følger i form af objektive neurologiske udfald svarende til den ved hjerneskaning (CT/MR) påviste hjernebeskadigelse. <p>Dækningen kan desuden omfatte en blodprop i hjernen med blivende følger, når der er tilstrækkelige klare kliniske tegn på en blodprop i hjernen til, at en neurologisk speciallæge har stillet diagnosen uden billedmæssig dokumentation (gælder uanset om MR- eller CT-skanning ikke er entydig eller ikke er foretaget).</p>

Ved blivende følger i form af neurologiske udfald forstås objektive fund svarende til hjernebeskadigelsen, som fortsat er til stede efter mindst 1 måned, fx i form af lammelser i ansigtet, arme eller ben, indskrænkninger i synsfeltet, halvsidige føleforstyrrelser eller taleforstyrrelser. Følger i form af kognitive gener eller træthed alene er ikke tilstrækkelige for dækning. Andre årsager til de neurologiske følger skal være udelukket.

Dækningen omfatter desuden spontane eller traumatiske blødninger mellem de inderste hjernebinder (subarachnoidalblødning).

Den dækningsberettigede diagnose kan tidligst stilles 1 måned efter hjernebeskadigelsen, og den skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller bekræftet af speciallæge i neurologi, og vurdering af eventuelle blivende objektive neurologiske udfald skal være udført af neurologisk eller neurokirurgisk speciallæge.

Dækningen omfatter ikke:

- transitorisk cerebral iskæmi (TCI) / transitorisk iskæmisk attack (TIA)
- tidligere hjerneinfarkter påvist ved hjernescanning (CT/MR)
- blodpropper eller blødninger uden for hjernen, fx i rygmarv, øjne, ører, hypofyse
- blødninger i den yderste hjernebinde (subduralt hæmatom).

J Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller karmisdannelse inde i kraniet (AV-malformation)

Dækningen omfatter et planlagt eller gennemført endovaskulært eller andet kirurgisk indgreb mod en defekt i hjernens kar, i form af:

- én eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer eller
- arteriovenøs karmisdannelse eller
- kavernøst angiom.

Den dækningsberettigede diagnose skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling, og defekten skal være påvist billeddiagnostisk (MR- eller CT-skanning).

Dækningen omfatter desuden:

- tilfælde med behov for et kirurgisk indgreb, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

K Multipel (dissemineret) sklerose (MS)

Dækningen omfatter en kronisk sygdom i centralnervesystemet, der har vist sig ved:

- to eller flere kliniske adskilte perioder med neurologiske udfald fra centralnervesystemet samt mindst to MR-påviste læsioner i centralnervesystemet, som er forenelige med MS efter McDonald-kriterierne, eller
- et klinisk attack med to eller flere MR-påviste læsioner forenelige med MS efter McDonald-kriterierne eller diagnosticeret disseminering i tid ved gentagelse af MR-scanning (monosymptomatisk MS), eller

- et langvarigt attack med progression (primær progressiv MS) med mindst to MR-påviste læsioner forenelige med primær progressiv MS efter McDonald-kriterierne.

Dækningen kan også omfatte:

- Neuromyelitis optica (NMO) med bilateral opticus neuritis eller myelopati og opticus neuritis med positiv test for antistof mod aquaporin-4 i blod samt MR-forandringer centralt i medulla over mere end tre segmenter
- Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Antibody Disease (MOGAD) i tilfælde med persisterende MOG-antistoffer i blod (MOG-IgG) samt forekomst af to eller flere inflammatoriske attacke i CNS, der har medført blivende demyeliniserende MR-forandringer i CNS (hjerne eller hjernestamme). Forandringer svarende til opticusneuritis (dvs. NMO eller NMOSD) er ikke tilstrækkelige.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når en neurologisk afdeling eller neurologisk speciallæge har stillet diagnosen efter ovenstående kriterier.

L Amyotrofisk lateral sklerose (ALS) eller anden lignende ikke arvelig motorisk nervecellesygdom (MND) med vedvarende og fremadskridende symptomer

Dækningen omfatter en kronisk sygdom, der skyldes fremadskridende nedbrydning af nervesystemets motoriske celler i rygmærven og hjernen, som medfører lammelser, muskelsvind og spasticitet.

Den dækningsberettigede diagnose skal være stillet af en neurologisk speciallæge som arbejder i et ALS-team efter El Escorial kriterierne for klassisk ALS, med forekomst af progredierende nedre motor neuron symptomer (LMN) og øvre motor neuron symptomer (UMN) i mindst tre regioner (bulbære, overekstremiteter, trunkus og underekstremiteter) og abnorme fund ved elektromyografi (EMG) i klinisk normal muskel.

Dækningen omfatter desuden andre former for ALS, hvor diagnosen er stillet af en neurologisk speciallæge, som arbejder i et ALS-team. Det drejer sig om:

- progressiv bulbær parese (PBP), hvor der primært er bulbære symptomer (fx tale og synkebesvær)
- progressiv muskelatrofi (PMA), hvor der primært er anden neuronudfald (muskelatrofi uden spasticitet og hyperrefleksi)
- primær lateral sklerose (PLS), hvor der primært er første neuronudfald (muskelspasticitet og hyperrefleksi, men kun begrænset atrofi).

Dækningen omfatter ikke arvelig MND, herunder SMA (spinal muskelatrofi).

M Parkinsons sygdom (Paralysis agitans)

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

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når en neurologisk afdeling eller en neurologisk speciallæge har stillet diagnosen ud fra tilstedeværelsen af hovedsymptomet bradykinesi/hypokinesi/akinesi (langsomhed) samt et af følgende symptomer:

- rigiditet (stivhed i muskulaturen) eller
- tremor (rysten).

Dækningen omfatter desuden atypisk Parkinson i form af progressiv supranucleær parese (PSP), multisystem atrofi (MSA) og corticobasal degeneration (CBD), hvis diagnosen er stillet på en neurologisk afdeling med særligt kendskab til bevægeforstyrrelser.

Dækningen omfatter ikke:

- sekundær Parkinson.
- Parkinsonsymptomer i forbindelse med Lewy Body demens

**N Hjerne- eller
hjernehindebetændelse
(inkl. Borrelia og Tick-
Borne Encephalitis) –
medførende svære
neurologiske følger**

Dækningen omfatter en infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe eller andre mikrober, som har medført blivende objektive neurologiske udfaldssymptomer i form af lammelser, føle-, syns- eller taleforstyrrelser, svarende til en méngrad på 15 % eller mere vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings vejledende méntabel.

Diagnosen hjerne- eller hjernehindebetændelse skal være verificeret ved:

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

Diagnosen neuroborreliose skal være verificeret ved:

- påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose) i cerebrospinalvæsken med forhøjet antal hvide blodlegemer, og
- positiv intrathekal antistofsyntese for IgM eller IgG i cerebrospinalvæske.

Diagnosen Tick-Borne Encephalitis (TBE) skal være verificeret ved:

- påvisning af TBE specifikke IgM og IgG antistoffer i blod eller cerebrospinalvæske.

Desuden kan hjerneabscesser være dækket, hvis diagnosen er stillet ud fra MR- eller CT-scanning, og der er påvist mikrober i aspirat fra abscesserne.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt, og følgetilstanden vurderes rimeligt stabil af en neurologisk speciallæge. Det betyder, at de blivende neurologiske følger og nedsættelsen af førligheden i nogle tilfælde først kan vurderes 3

måneder efter den spinalvæskeundersøgelse, som påviste hjerne- eller hjernehindebetændelsen.

Den dækningsberettigede diagnose skal være stillet på en neurologisk eller medicinsk afdeling.

O Muskelsvind

Dækningen omfatter visse genetisk verificerede og anerkendte arvelige muskelsvindssygdomme, kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og muskelkraft, hvor symptomerne først er anerkendt efter alder 18 år, og diagnosen derfor ikke har været overvejet forud for dette.

Dækningen omfatter følgende progressive muskelsygdomme:

- Beckers muskeldystrofi (BMD)
- Charcot-Marie-Tooth (CMT)
- Duchennes muskeldystrofi (DMD)
- Dystrofia myotonica (DM)
- Emery-Dreifuss muskeldystrofi (EMDM)
- Friedreichs ataksi (FA)
- Facio-skapulo-humeral muskeldystrofi (FSHD)
- Limb-girdle muskeldystrofi (LGMD)
- sjældnere arvelige muskelsvindssygdomme, som kan sidestilles med de forannævnte.

Dækningen forudsætter, at diagnosen er stillet på en neurologisk afdeling eller af en neurologisk speciallæge, og at det kan dokumenteres, at symptomerne er debuteret i forsikringstiden.

P Generaliseret myasthenia gravis

Dækningen omfatter en autoimmun neuromuskulær sygdom kendetegnet ved varierende grader af kraftnedsættelse og hurtig udtrætning af tværstribede muskler, hvor der er sværere symptomer fra arme, ben eller ansigt, eller respirationspåvirkning, der påvirker funktionsevnen.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når en neurologisk afdeling eller en neurologisk speciallæge har stillet diagnosen, og den er bekræftet ved mindst to af følgende punkter:

- påvisning af antistoffer mod acetylcholinreceptor, MUSK eller LPR i blodet
- EMG der viser defekt neuromuskulær transmission
- tydeligt behandlingsrespons på relevant medicinsk behandling.

Dækningen omfatter ikke okulær myasteni, hvor kun øjenmuskler er påvirkede.

Q Creutzfeldt-Jakobs sygdom (CJD)

Dækningen omfatter en progressiv degenerativ sygdom i centralnervesystemet forenelig med subakut spongiform encefalopati (CJD) eller variant CJD.

Den dækningsberettigede diagnose skal være stillet på relevant sygehusafdeling og være vurderet overvejende sandsynlig ud fra typiske

kliniske symptomer, med fremadskridende demens, påvirket koordination, nedsat syn, påvirket taleevne, stivhed mv.

Derudover skal diagnosen være underbygget og sandsynliggjort af:

- relevante forandringer på MR-scanning og EEG og
- markant forhøjet tau/fosfo-tau-ratio (over 30) og 14-3-3 protein.

R AIDS

Dækningen omfatter en sygdom i immunsystemet forårsaget af infektion med human immundefekt virus (HIV), der har givet en så alvorligt påvirket immunfunktion, at det har medført opportunistiske infektioner eller visse cancertyper.

Diagnosen skal opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS og være stillet af en infektionsmedicinsk speciallæge.

Dækningen forudsætter ligeledes, at det kan dokumenteres, at forsikrede er smittet i forsikringstiden.

S HIV-infektion som følge af blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte

Dækningen omfatter en infektion med HIV som følge af:

- en blodtransfusion eller anden lægelig behandling modtaget efter forsikringstidens begyndelse, forudsat, at forsikrede er berettiget til godtgørelse fra Sundhedsstyrelsen, eller
- en arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes erhverv, foregået efter forsikringstidens begyndelse. Uheldet skal være anmeldt som arbejdsskade, med negativ HIV-test udført indenfor den første uge efter smitte, efterfulgt af en positiv test indenfor de næste 12 måneder.

T Større organtransplantationer

Planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, hjerte-lunge, hjerte-lunge-lever, bugspytkirtel, knoglemarv.

Dækningen omfatter transplantation med stamceller/knoglemarv fra andet individ (allogen knoglemarvstransplantation), for andre tilstande end de, som er dækket under kræft i blod mv. Se § 2 punkt A.

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

Ved planlagt operation er det et krav, at forsikrede er accepteret på venteliste.

U Nyresvigt

Dækningen omfatter kronisk nyresvigt i en sværhedsgrad, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere, hvilket har resulteret i enten dialysebehandling eller nyretransplantation.

		<p>Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når varig dialyse er igangsat, på transplantationsdagen eller fra den dato forsikrede er accepteret på aktiv venteliste til transplantation.</p>
V	Blindhed	<p>Dækningen omfatter et permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor:</p> <ul style="list-style-type: none">• synsstyrken er mindre end 1/60 (0,0166) på bedste øje eller• synsfeltet højst er 10 grader på det bedste øje eller• synsstyrken er 6/18 eller derunder på bedste øje og at synsfeltet samtidig er på 20 grader eller mindre. <p>Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt, og undersøgelserne er foretaget af en speciallæge i øjensygdomme.</p>
X	Døvhed	<p>Dækningen omfatter et totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører, hvor høretærsklen er mindst 90-100 dB eller derover på alle frekvenser.</p> <p>Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når undersøgelserne er foretaget af en speciallæge i øresygdomme.</p> <p>Dækningen omfatter desuden dødeblevne behandlet med cochlear implantat eller hjernestammeimplantat, forudsat ovenstående betingelser for et totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører var opfyldt inden implantatbehandlingen.</p>
Y	Tredje eller fjerde grads forbrænding, ætsning eller forfrysning	<p>Dækningen omfatter større forbrændinger af tredje eller fjerde grad, opstået efter ild, varme, ætsning, stråling eller forfrysning, der dækker mindst 20 % af forsikredes legemsoverflade.</p> <p>Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt, og oplysningerne fremgår af journaloplysninger fra behandlende brandsårsafdeling.</p>
Z	Uhelbredelig sygdom med forventet kort restlevetid	<p>Dækningen omfatter en klar og endelig diagnosticering af en alvorlig livstruende sygdom i den terminale fase, hvor den aktive sygdomsbehandling er indstillet, og den forventede restlevetid forventes at være maksimalt 12 måneder, trods lægelig behandling.</p> <p>Der skal foreligge lægefaglig dokumentation fra relevant dansk specialafdeling eller speciallæge om, at den kurative behandling er ophørt og at det forventes, at forsikrede er uafvendeligt døende (terminal) indenfor 12 måneder, efter både behandlende lægers og selskabets lægekonsulenters skøn.</p> <p>Dækningen omfatter ikke:</p> <ul style="list-style-type: none">• sygdomme diagnosticeret inden forsikringstidens begyndelse

- sygdomme der er omfattet af de øvrige dækninger for visse kritiske sygdomme
- følger efter ulykkestilfælde, infektioner eller epidemier.

Æ Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) på grund af livstruende hjerterytmeforstyrrelser

Dækningen omfatter en planlagt eller gennemført implantation af et avanceret pacemakersystem, som implanterbar cardioverter defibrillator (ICD), på grund af dokumenteret forudgående livstruende hjerterytmeforstyrrelse eller hjertestop (institio cordis).

Dækningen omfatter ikke indoperation af almindelig pacemaker.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen eller den dato, hvor forsikrede er accepteret på venteliste.

§3. Indskrænkning i forsikringen

Der gælder følgende begrænsninger i den dækning, der er beskrevet i § 2:

Det er en betingelse for dækning, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, og at der er tale om en dækningsberettiget diagnose jf. § 2. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Diagnosen skal være stillet og dækningsbetingelserne i § 2 skal være opfyldt efter udløbet af en eventuel karensperiode.

Der er en karensperiode på 1 måned fra forsikringens oprettelse eller forhøjelse. For forhøjelser regnes karensen fra ikrafttrædelse af forhøjelsen, og den gælder alene for forhøjelsen. Er det i henhold til en obligatorisk firmapensionsaftale et krav at være omfattet af forsikringen, gælder karensen ikke for den del af forsikringen, der ikke kan fravælges.

Der kan kun ske én udbetaling for hver enkelt af de i § 2 under punkt A-Æ nævnte dækningsberettigede diagnoser – eller for hver diagnosegruppe, hvis den dækningsberettigede diagnose indgår i en diagnosegruppe, jf. nedenfor.

Forsikrede har ret til udbetaling som følge af en anden af de i § 2 under punkt A-Æ nævnte dækningsberettigede diagnoser, der ikke indgår i samme diagnosegruppe, når der er forløbet mindst 6 måneder mellem det tidspunkt, hvor den seneste dækningsberettigede diagnose blev stillet og tidspunktet, hvor den nye dækningsberettigede diagnose stilles.

Er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes fristen på 6 måneder dog først fra foretaget operation.

Der kan dog ske udbetaling for op til to kræftdiagnoser, som er diagnosticeret og opfylder dækningsbetingelserne i § 2 punkt A, i

forsikringstiden. For anden udbetaling gælder dog, at forsikrede skal have været kræftfri i en periode på mindst 5 år umiddelbart forud for den nye dækningsberettigede diagnose.

Med kræftfri menes i denne sammenhæng, at forsikrede ikke har modtaget behandling for eller har oplevet tilbagefald (recidiv) fra en dækningsberettiget kræftdiagnose. Forsikrede må gerne have gået til kontrol.

Er der sket udbetaling efter § 2 punkt H (Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv), dækker forsikringen ikke, hvis der efterfølgende udvikles kræft i hjerne eller rygmarv eller disse organers hinder.

Har forsikrede modtaget udbetaling efter § 2 punkt A (Kræft i blod mv.) dækker forsikringen ikke, hvis forsikrede efterfølgende får foretaget en knoglemarvstransplantation i henhold til § 2 punkt T (Større organtransplantationer).

Har forsikrede inden forsikringstidens begyndelse fået diagnosticeret eller modtaget behandling for en af de i § 2 under punkt A-Æ nævnte kritiske sygdomme, omfatter forsikringen ikke den/de pågældende kritiske sygdomme eller andre kritiske sygdomme, der indgår i samme diagnosegruppe, og som måtte blive diagnosticeret og opfylde dækningsbetingelserne i § 2 i forsikringstiden. Det er diagnostidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

Velliv anser nedennævnte dækningsberettigede diagnoser for at være omfattet af samme diagnosegruppe. Punktangivelserne i parentes henviser til samme punkt i § 2:

Gruppe 1 - hjertesygdomme:

- blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) (punkt B)
- kirurgisk behandling som følge af svær åreforsnævring i hjertekar i form af bypass operation (CABG) eller PCI-behandling (punkt C)
- kronisk hjertesvigt (punkt D)
- hjerteklapkirurgi (punkt E)
- indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) på grund af livstruende rytmeforstyrrelser (punkt Æ)
- større organtransplantationer (punkt T) for så vidt angår hjertetransplantation.

Gruppe 2 – immunforsvarssygdomme:

- HIV-infektion som følge af blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte (punkt S)
- AIDS (punkt R).

Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret en dækningsberettiget kræftdiagnose, jf. § 2 punkt A (Kræft), og der er gået mindst 5 år, siden behandlingen for den seneste kræftsygdom blev afsluttet, vil der være ret til udbetaling, hvis der efterfølgende diagnosticeres en kræftsygdom jf. § 2 punkt A (Kræft) i forsikringstiden. Det er en forudsætning, at forsikrede har været kræftfri i nævnte periode.

Med kræftfri menes i denne sammenhæng, at forsikrede ikke har modtaget behandling for eller har oplevet tilbagefald (recidiv) fra en dækningsberettiget kræftdiagnose. Forsikrede må gerne have gået til kontrol.

For § 2 punkt Z (Uhelbredelig sygdom med forventet kort restlevetid) gælder, at forsikringen ikke dækker tilfælde, der direkte eller indirekte skyldes:

- infektioner eller epidemier
- enhver sygdom, som forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen) eller modtaget behandling for
- en sygdom, der har medført eller medfører udbetaling efter et af punkterne § 2, punkt A-Æ, eller sygdomme der skyldes den lægelige behandling heraf.

§4. Forsikringen

Udbetalingen omfatter den forsikringssum, der er gældende den dag, hvor diagnosen stilles.
Med hensyn til indskrænkninger i forsikringen henvises til § 3.

§ 5. Udbetaling

Forsikringssummen tilfalder den forsikrede.

Ved udbetaling må den forsikrede levere den nødvendige dokumentation. Velliv forbeholder sig ret til at udpege den læge/speciallæge i Danmark eller udlandet, der skal stille/bekræfte en dækningsberettiget diagnose.

Ved enhver udbetaling er Velliv berettiget til at få aldersbevis forelagt.

Er forsikrede afgang ved døden, skal den dækningsberettigede diagnose jf. § 2 være stillet, mens forsikrede levede.

Vigtigt omkring anmeldelse, når dækningen ophører

Krav på udbetaling af forsikringssummen fra forsikring ved visse kritiske sygdomme skal anmeldes inden 6 måneder efter forsikringens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.

§ 6. Fritagelse for indbetaling

Der ydes fritagelse for indbetaling for forsikring for visse kritiske sygdomme, hvis der ydes fritagelse for indbetaling for den øvrige del af forsikredes pensionsordning i Velliv.

Almindelige forsikringsbetingelser

Forsikringsbetingelser af 1. januar 2025

visse kritiske sygdomme
(KS0020)

§ 7. Rådighed

Rettigheder efter forsikringsaftalen kan ikke afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning eller retsforfølgning.

§ 8. Ændring af præmie og forsikringsbetingelser

Ændringsbestemmelsen fremgår af de Almindelige forsikringsbetingelser - Generelle bestemmelser.

§ 9. Særlige betingelser

Forsikringen kan være oprettet således, at en eller flere af foranstående bestemmelser ikke gælder, eller der kan være knyttet særlige betingelser til forsikringen. Dette kan være reguleret i firmapensionsaftalen eller på anden måde skriftligt aftalt.