

Forsikringsbetingelser for visse kritiske sygdomme – børn, 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 børns liv og helbred forsikringen er oprettet på. Har barnet opnået den alder, der er nævnt i Pensionsoversigten, er barnet ikke længere forsikret.

Ved forsikredes barn forstås forsikredes biologiske barn, adoptivbarn samt stedbarn. Stedbarnet skal have fælles folkeregisteradresse med forsikrede på diagnosetidspunktet. Et bortadopteret barn er ikke dækket.

Forsikredes samlevers biologiske barn, adoptivbarn og stedbarn er også forsikret, når barnet har fælles folkeregisteradresse med forsikrede på diagnosetidspunktet.

Ved samlever forstås en person, der har fælles folkeregisteradresse med forsikrede på diagnosetidspunktet og lever i et ægteskabslignende forhold med forsikrede. Opfylder mere end en person samleverdefinitionen, anses ingen for at være samlever.

**§ 2. Hvad er kritisk sygdom?**

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

Punkt	Diagnose
1.	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 (metastasing).

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)
- blærepapillomer
- svulster (inklusive Kaposi's 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
- kronisk myeloid leukæmi
- myelomatose
- non-Hodgkin's lymfom
- hodgkin's lymfom i stadie II-IV
- højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS)
- højrisiko kronisk myelomonocytær leukæmi (CMML)
- kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)/småcellet lymfocytært lymfom (SLL)
- essentiel trombocytose
- polycytæmia vera
- myelofibrose.

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). Behandling med acetylsalicylsyre, binyrebarkhormon og åreladning anses ikke for celledræbende behandling.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på datoen, hvor det fremgår i journalen fra en børneonkologisk eller

- hæmatologisk afdeling, at der er indikation for behandling af sygdommen.
- Dækningen omfatter ikke:
- forstadier til kræft i blod, lymfe eller de bloddannende organer
  - lymfomer alene lokaliseret til huden.
- 2. Operationskrævende hjertesygdom (ved operation eller intervention gennem blodbanen)**
- Gennemført behandling for hjertesygdom ved operation eller intervention gennem blodbanen, herunder indoperation af ICD-enhed eller CRT-enhed.
- Hjertesygdommen skal være diagnosticeret på en kardiologisk eller thoraxkirurgisk afdeling.
- Operation eller intervention gennem blodbanen skal være gennemført efter barnets fødsel og i forsikringstiden.
- Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdatoen.
- 3. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv**
- 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).
- 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).
- 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.
- Dækningen omfatter ikke:
- tumorer i kranie-/hjernenerver eller spinalnerver (herunder Schwannomer/neurinomer)
  - granulomer eller isolerede cyster uden malign patologi
  - hypofyseadenomer.
- 4. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) - med blivende følger**
- 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).

Det er en forudsætning for dækning, at episoden er dokumenteret ved hjerneskanning (MR/CT) og enten skyldes:

- en spontant eller traumatisk opstået blødning i hjernen eller mellem hjernehindrene, eller
- en forsnævring eller tillukning af en pulsårer (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 hjernescanning (CT/MR) påviste hjernebeskadigelse.

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).

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 hjernehindere (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 hjernehinde (subduralt hæmatom).

**5. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller**

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,

**karmisdannelse inde i kraniet (AV-malformation)**

- 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.

**6. 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,
- 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.

**7. Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. Borrelia og Tick-Borne Encephalitis) –**

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

**medførende svære  
neurologiske følger**

taleforstyrrelser, svarende til en méngrad på 15 % eller mere vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings 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 følgertilstanden 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.

**8. 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 1.

- Dækningen omfatter ikke transplantation af andre organer, dele af organer, væv eller celler.
- Ved planlagt operation er det et krav, at barnet er accepteret på venteliste.
- 9. 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.
- Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når varig dialyse er igangsat, på transplantationsdagen eller fra den dato barnet er accepteret på aktiv venteliste til transplantation.
- 10. Anden, tredje eller fjerde grads forbrænding, ætsning eller forfrysning**
- Dækningen omfatter større forbrændinger af anden, tredje eller fjerde grad, opstået efter ild, varme, ætsning, stråling eller forfrysning, der dækker mindst 10 % af barnets legemsoverflade.
- Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt, og oplysningerne fremgår af journaloplysninger fra behandlende brandsårsafdeling.
- 11. Histiocytoser og fibromatoser**
- Histiocytoser og fibromatoser som behandles med kemo- eller immunterapi og/eller strålebehandling.
- Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når en børneonkologisk speciallæge har stillet en af de dækkede diagnoser, og behandling med kemo- eller immunterapi og/eller strålebehandling er igangsat.
- 12. Cerebral parese**
- Permanente motoriske handikaps pga. cerebrale cirkulationsforstyrrelser, som har medført hjerneskade (cerebral parese), med karakteristiske symptomer i form af spasticitet, bevægelsesforstyrrelser, muskelslaphed, ataksi og rigiditet.
- Dækningen omfatter cerebral parese med motorisk funktionsniveau i grad III-V efter Gross Motor Function Classification System (GMFCS).
- Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når en speciallæge i pædiatri har stillet diagnosen cerebral parese med et motorisk funktionsniveau i grad III-V efter GMFCS.
- 13. Visse svære epilepsisyndromer**
- Svære behandlingskrævende epilepsisyndromer af en af typerne:
- Lennox-Gastaut syndrom (LGS)
  - West syndrom (infantile spasmer)

- Ohtahara syndrom
- Dravet syndrom
- ondartet myoklon atonisk epilepsi.

Ovenstående skal være dokumenteret ved EEG uden for epilepsianfald, eventuelt suppleret med EEG under epilepsianfald. Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når en speciallæge i pædiatri eller en neuropædiater har stillet en af de dækkede diagnoser.

**14. Muskelsvind**

Dækningen omfatter visse genetisk verificerede og anerkendte arvelige muskelsvindsygdomme, kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og muskelkraft.

Dækningen omfatter følgende progressive muskelsygdomme:

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

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

**15. Diabetes DM type 1 og 2**

Dækningen omfatter en tilstand med vedvarende forhøjet blodsukker, som skyldes behandlingskrævende mangel på (diabetes type 1) eller nedsat virkning (diabetes type 2) af det blodsukkersænkende hormon insulin.

Den dækningsberettigede diagnose skal være stillet af en speciallæge i endokrinologi eller pædiatri ud fra symptomer som vægttab, polyuri og forhøjet blodsukker.

**16. 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 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.

**17. Blindhed**

Dækningen omfatter et permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor:

- synsstyrken er mindre end 1/60 (0,0166) på bedste øje, eller
- synsfeltet højest 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.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt, og diagnosen er stillet af en speciallæge i øjensygdomme.

**18. Døvhed**

Dækningen omfatter et totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører, hvor høretærsklen er mindst 90-100 dB eller derover på alle frekvenser.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet, når ovenstående kan dokumenteres af en speciallæge i øresygdomme.

Dækningen omfatter desuden døveblevne behandlet med cochlear implantat eller hjernestammeimplantat, forudsat ovenstående betingelser for et totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører var opfyldt inden implantatbehandlingen.

**19. HIV-infektion eller AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome)**

Dækningen omfatter infektion med HIV med påvisning af antistof mod HIV-virus ved hjælp af ELISA samt en bekræftende undersøgelse med Western blot teknik. Dækningen omfatter desuden diagnosticeret AIDS (HIV klinisk stadium C), forudsat diagnosen AIDS opfylder Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS, og at diagnosen er stillet af en infektionsmedicinsk speciallæge.

**20. Uhelbredelig sygdom med forventet kort restlevetid**

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.

Der skal foreligge lægefaglig dokumentation fra relevant dansk specialafdeling eller speciallæge om, at den kurative behandling er ophørt og at det forventes, at barnet er uafvendeligt døende (terminal) indenfor 12 måneder, efter både behandlende lægers og selskabets lægekonsulenters skøn.

Dækningen omfatter ikke:

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

---

**§3. Indskrænkning i forsikringen**

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

Diagnosen skal være stillet efter barnets fødsel. For tidlig fødsel er ikke omfattet af § 2 punkt 20 (uhelbredelig sygdom med forventet kort restlevetid).

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 eller barnet får kendskab til diagnosen.

I det første år fra forsikringens oprettelse eller forhøjelse dækker forsikringen ikke kritiske sygdomme, der har direkte eller indirekte sammenhæng med sygdomme, som barnet har modtaget behandling for, eller sygdomme som barnet har haft symptomer på eller været under udredning for, inden forsikringen eller forhøjelsen trådte i kraft. For forhøjelser regnes begrænsningen på et år fra forhøjelsestidspunktet, og den gælder alene for forhøjelsen.

Er det i henhold til en obligatorisk firmapensionsaftale et krav at have sine børn forsikret, gælder denne indskrænkning i forsikringen ikke for den del af forsikringen, der ikke kan fravælges.

Der kan for samme barn kun ske én udbetaling for hver enkelt af de i § 2 under punkt 1-20 nævnte dækningsberettigede diagnoser.

Forsikringen giver ret til udbetaling for samme barn som følge af en anden af de i § 2 under punkt 1-20 nævnte dækningsberettigede diagnoser, når der er forløbet mindst 6 måneder mellem det tidspunkt, hvor den senest

dækningsberettigende 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.

Er der sket udbetaling enten efter § 2 punkt 2 (Operationskrævende hjertesygdom) eller § 2 punkt 8 (Større organtransplantationer – for så vidt angår hjertetransplantation), kan der dog ikke længere ske udbetaling fra hverken punkt 2 eller punkt 8 – for så vidt angår hjertetransplantation.

Der kan dog ske udbetaling for op til to kræftdiagnoser for samme barn, som er diagnosticeret og opfylder dækningsbetingelserne i § 2 punkt 1 i forsikringstiden. For anden udbetaling gælder dog, at barnet 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 barnet ikke har modtaget behandling for eller har oplevet tilbagefald (recidiv) fra en dækningsberettiget kræftdiagnose. Barnet må gerne have gået til kontrol.

Er der sket udbetaling efter § 2 punkt 3 (Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv), dækker forsikringen ikke, hvis barnet efterfølgende udvikler kræft i hjerne eller rygmarv eller disse organers hinder.

Er der sket udbetaling efter § 2 punkt 1 (Kræft i blod mv.) dækker forsikringen ikke, hvis barnet efterfølgende får foretaget en knoglemarvstransplantation i henhold til § 2 punkt 8 (Større organtransplantationer).

Har barnet inden forsikringstidens begyndelse fået diagnosticeret eller modtaget behandling for en af de i § 2 under punkt 1-20 nævnte kritiske sygdomme, omfatter forsikringen ikke den/de pågældende kritiske sygdomme, som måtte blive diagnosticeret og opfylde dækningsbetingelserne i § 2 i forsikringstiden. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede eller barnet får kendskab til diagnosen.

Er der inden forsikringstiden stillet en dækningsberettiget diagnose efter § 2 punkt 2 (Operationskrævende hjertesygdom) eller § 2 punkt 8 (Større organtransplantationer - for så vidt angår hjertetransplantation), kan der ikke ske udbetalingen fra hverken punkt 2 eller punkt 8 – for så vidt angår hjertetransplantation, selvom diagnosen måtte blive stillet og opfylde dækningsbetingelserne i § 2 i forsikringstiden.

Hvis barnet inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret en dækningsberettiget kræftdiagnose, jf. § 2 punkt 1 (Kræft), og der er gået mindst 5 år, siden behandlingen for den seneste kræftsygdom blev afsluttet, vil der være ret til udbetaling, hvis barnet efterfølgende diagnosticeres med en kræftsygdom, jf. § 2 punkt 1 (Kræft) i forsikringstiden. Det er en forudsætning, at barnet har været kræftfri i nævnte periode.

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

For § 2 punkt 20 (Uhelbredelig sygdom med forventet kort restlevetid) gælder, at forsikringen ikke dækker tilfælde, der direkte eller indirekte skyldes:

- infektioner eller epidemier
- enhver sygdom, som barnet inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for
- en sygdom, der har medført eller medfører udbetaling for barnet efter et af punkterne § 2 punkt 1-20 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**

Får barnet stillet en dækningsberettiget diagnose, inden barnet opnår den alder, der er nævnt i Pensionsoversigten, udbetales forsikringssummen til forsikrede, se Pensionsoversigten.

Ved udbetaling må den forsikrede og/eller barnet (hvis barnet er fyldt 18 år) 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 barnet afgået ved døden, skal den dækningsberettigede diagnose jf. § 2 være stillet, mens forsikrede henholdsvis barnet levede.

**Vigtigt omkring anmeldelse, når dækningen ophører**

Krav på udbetaling af forsikringssummen fra forsikring ved visse kritiske sygdomme – børn 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 – børn, hvis der ydes fritagelse for indbetaling for den øvrige del af forsikredes pensionsordning i Velliv.

---

**§ 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.