

Forsikringsbetingelser

BØRNESYGEFORSIKRING

VERSION 0123

UDGAVE 2

Indholdsfortegnelse

	Side
1. Generelle betingelser	2
2. Oplysningspligt.....	2
3. Pantsætning og anden overdragelse ...	2
4. Anmeldelse.....	2
5. Oplysninger	2
6. Skatte- og afgiftsforhold	3
7. Ophør af forsikring	3
8. Forsikring ved dødsfald.....	3
Forsikringen omfatter	3
Forsikringen omfatter ikke	4
Forsikringssum	4
9. Forsikring ved visse kritiske sygdomme til børn	4
Forsikringen omfatter	4
Forsikringen omfatter ikke	10
10. Forsikring ved varigt mén til børn efter sygdom	11
Forsikringen omfatter	11
Mén.....	12
Forsikringens størrelse	12
Forsikringen omfatter ikke	12
Uenighed om méngraden	13

1. Generelle betingelser

Disse betingelser træder i kraft den 1. januar 2023 og skal sammenholdes med din police og Fællesbetingelserne.

Børnesygeforsikring er oprettet i tilknytning til det forsikrede barns (Forsikrede) ulykkesforsikring, og består af:

- Dødsfaldssum
- Forsikring ved visse kritiske sygdomme til børn
- Forsikring ved varigt mén til børn efter sygdom

2. Oplysningspligt

Forsikrede bliver optaget i og er omfattet af Børnesygeforsikring på grundlag af oplysninger, som Thisted Forsikring modtager fra Forsikrede og/eller dennes værge. Oplysningerne vedrører bl.a. Forsikredes CPR-nr.

3. Pantsætning og anden overdragelse

Forsikringen kan ikke, udover hvad der fremgår i disse forsikringsbetingelser, overdrages, afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning eller retsforfølgning.

4. Anmeldelse

Værgen eller andre berettigede skal anmelde skaden til Thisted Forsikring hurtigst muligt.

Krav mod Thisted Forsikring forældes efter dansk rets regler om forældelse.

5. Oplysninger

Forsikredes værge eller andre berettigede skal give Thisted Forsikring adgang til oplysninger, som er nødvendige for, at Thisted Forsikring kan vurdere retten til udbetaling. Hvis oplysningerne er ufuldstændige, kan udbetaling ikke finde sted.

Det kan blandt andet være nødvendigt, at Forsikredes værge eller andre berettigede samtykker og medvirker til, at Thisted Forsikring indhenter, opbevarer, registrerer og videregiver oplysninger, erklæringer mv. Der kan f.eks. være tale om, at selskabet indhenter oplysninger hos læger, der behandler eller har behandlet Forsikrede.

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

6. Skatte- og afgiftsforhold

Thisted Forsikring fratrækker skatter og afgifter, herunder boafgift, inden udbetaling. Det sker i henhold til gældende lov.

7. Ophør af forsikring

Børnesygeforsikring ophører:

- ved forsikringens hovedforfald, efter at Forsikrede fylder 18 år,
- når forsikringen er opsagt.

Børnesygeforsikring ophører tillige, hvis præmien ikke betales rettidigt, jf. fællesbetingelserne.

Hvis den ulykkesforsikring, som Børnesygeforsikring er oprettet i tilknytning til ophører, så ophører Børnesygeforsikring samtidig hermed.

Hvis værgen afgår ved døden i forsikringstiden, kan forsikringen overtages af en eventuel ny værge, eller det forsikrede barn, hvis barnet er myndigt.

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

8. Forsikring ved dødsfald

Forsikringen omfatter

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

Dødsfaldssum udbetales ved Forsikredes død, så længe denne er omfattet af forsikringen.

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

Dødsfaldssum dækker hele døgnet og i hele verden.

Thisted Forsikring udbetaler forsikringssummen til værgen. Hvis Forsikrede er myndig ved forsikringsbegivenhedens indtræden, udbetaler Thisted Forsikring forsikringssummen til

Forsikredes »nærmeste pårørende« efter reglerne i forsikringsaftaleloven, medmindre andet er skriftligt meddelt Thisted Forsikring.

»Nærmeste pårørende« er på forsikringer oprettet den 1. januar 2008 eller senere, i prioriterede rækkefølge:

- Ægtefælle eller registreret partner
- Samlever*
- Livsarvinger - børn, børnebørn mv.
- Arvinger ifølge testamente
- Øvrige arvinger.

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

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

Retten til udbetaling bortfalder, hvis der ikke findes en berettiget ifølge særlig begunstigellesbestemmelse, testamente eller legale arvinger.

Forsikringen omfatter ikke

Forsikringen dækker ikke ved død, som er en følge af:

- Selvmord eller følger efter selvmordsforsøg.
- Psykiske lidelser.
- Misbrug af alkohol eller narkotiske stoffer.
- krigstilstand, borgerlige uroligheder eller tilsvarende fareforøgelse. Ved død uden for dansk område gælder begrænsningen kun, hvis Forsikrede har deltaget aktivt i krigshandlinger m.v. På dansk område følges bekendtgørelse fra den minister, som er ansvarlig for livs
- Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.

Forsikringssum

Forsikringssummen opgøres på grundlag af dækningen ved dødsfaldet.

9. Forsikring ved visse kritiske sygdomme til børn

Forsikringen omfatter

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

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

Forsikringssummen udbetales til Forsikrede. Hvis Forsikrede er umyndig, udbetales i henhold til gældende lov.

Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for punkt R, når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt.

Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme dækker hele døgnet og i hele verden.

Følgende diagnoser er omfattet af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme til børn:

A. Kræft, leukæmi og lymfomer

En ondartet (malign) svulst (tumor), diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst med infiltration af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og andre organer (metastaser).

Desuden dækkes akut leukæmi, kronisk leukæmi i accelereret fase eller blastkrise, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi, non-Hodgkin's lymfomer stadie II-IV, Hodgkin's sygdom stadie II til IV samt Burkitts lymfom (alle stadier).

Herudover dækkes højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS), kronisk myelomonocytisk leukæmi (CMML) type 2 samt behandlingskrævende myelomatose/ solitært myelom.

Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (kemoterapi) og/eller allogen knoglemarvstransplantation.

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

- Ikke-infiltrerende forstadier til kræft (carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale) i for eksempel livmoderhals, bryst eller testes (uanset valgt behandling).
- Alle former for hudkræft, bortset fra modernærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom).
- Blærepapillomer.
- Hodgkin's lymfom stadie I.
- Prostatatumorer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2NoMo er dækket).
- Tumorer på baggrund af hvilken, der allerede er udbetalt erstatning efter punkt F, og som udvikler sig til en diagnose under punkt A.

B: Hjerterklapoperation på grund af hjerterklapfejl

Planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerterklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerterklapprotese samt homeograft eller klapplastik.

Ved planlagt operation skal Forsikrede være accepteret på venteliste.

C: Kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile og nedsat funktionsevne

Kronisk hjerteinsufficiens med en vedvarende nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 30 pct. eller derunder, som medfører funktionel begrænsning hvile (for eksempel ved dyspnø, træthed, palpitationer) og som forværres ved enhver form for aktivitet (jf. New York Heart Associations klassifikation (NYHA) gruppe III og IV).

Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling.

Påvirkningerne af funktionsniveau skal være til stede på trods af behandling i mere end 6 måneder, eller der skal være gennemført indoperation af cardioverter defibrillator (ICD-enhed).

D: Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger

En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen, med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, og som enten skyldes;

- a) en spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehalvdele, som følge af et bristet blodkar eller en misdannelse i hjernens kar, eller
- b) en forsnævring eller tillukning af en pulsåre opstået i hjernen pga. en emboli eller trombose.

Hjernebeskadigelsen skal have medført blivende neurologiske udfald svarende til hjernebeskadigelsen, og være påvist ved en hjernescanning (CT/MR).

Tilfælde hvor en blodprop i hjernen ikke er påvist ved CT/MR-scanning er omfattet af forsikringsdækningen, hvis samtlige klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende neurologiske udfald svarende til hjernebeskadigelsen (vurderet tidligst efter 3 måneder) i form af lammelser, føleforstyrrelser, synsforstyrrelser, taleforstyrrelser, gangbesvær, koordinations- eller bevidsthedsforstyrrelse.

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

Undtaget fra forsikringsdækningen er transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/transitorisk iskæmisk attack (TIA), tidligere hjerneinfarkter påvist tilfældigt ved hjernescanning (CT/MR) og blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen (f.eks. øjne, øre, hypofyse).

E: Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakranielt arteriovenøst karmisdannelse (AV-malformation) med behov for operation

Planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar, med en eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer eller arteriovenøse karmisdannelser (inklusive kavernøst angiom), som skal være påvist ved røntgen af hjernens pulsårer(angiografi) eller CT/MR-scanning.

Defekten skal være diagnosticeret på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller være bekræftet af neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket.

Forsikringsdækningen omfatter også tilfælde hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske grunde.

F: Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv med aggressivt forløb (behov for operation) og svære blivende følger

Godartede (benigne) svulster (tumorer) opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), som efterlader betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 15 pct., vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel.

Forsikringssummen udbetales først når følgetilstanden kan vurderes som rimelig stabil, det vil sige tidligst 3 måneder efter diagnosticering eller operation.

Undtaget fra forsikringsdækningen er cyster, granulomer, hypofyseadenomer og Acusticus neurinomer(Schwanomer).

Endvidere undtages svulster der er opstået i eller på en eller flere hjerne- eller kranienerver, herunder syns- eller hørenerven.

G: Multipel (dissemineret) sklerose (MS)

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

- to eller flere (gentagne) veldefinerede episoder af neurologiske udfaldssymptomer, fra forskellige dele af centralnervesystemet, som er efterfulgt af hel eller delvis remission, i kombination med mindst to karakteristiske læsioner i hjernens hvide substans (med påvist disseminering i tid og sted) på MR-scanning, eller
- et attack med klart fremadskridende forløb (Primær Progressiv MS) eller et svært attack, hvor de diagnostiske kriterier for MS eller McDonald er opfyldte.

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge.

Undtaget fra forsikringsdækningen er tilfælde med synsnerveudfald (opticusneurit) alene.

H: Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. Borrealia og TBE) medførende svære neurologiske følger

En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe mv., som har medført vedvarende objektive neurologiske følger, svarende til en ménggrad på 15 pct. eller mere efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings tabel (vurderet af en neurologisk speciallæge).

Diagnosen skal være stillet på neurologisk eller infektionsmedicinsk afdeling ud fra:

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

Ved en neuroborreliose som følge af flåtbid skal diagnosen være stillet ud fra undersøgelser for borreliaspecifikke antistoffer i serum og spinalvæske (IgG, IgM).

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

De neurologiske følger kan i alle tilfælde tidligst vurderes efter 3 måneder og skal være bekræftet af neurologisk speciallæge.

I: Creutzfeldt-Jacobs sygdom (CJD og vCJD)

En progressiv degenerativ sygdom i centralnervesystemet, forårsaget af prioner. Diagnosen skal være stillet på relevant sygehusafdeling og vurderes overvejende sandsynlig ud fra:

- Typiske kliniske symptomer, med fremadskridende demens, påvirket koordination, nedsat syn, påvirket taleevne, stivhed mv.
- Forandringer på EEG, MR/CT-scanning samt
- Laboratorieundersøgelser af spinalvæske (stærkt forhøjet total-tau protein uden ændringer af Alzheimer-markører og prionmarkører (herunder PrP mutationer, 14-3-3 proteinet, neuronspecifik enolase mv.))

J: Muskelsvind (myopati og neuropati) med vedvarende fremadskridende symptomer)

Arvelig muskeldystrofi kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og kraft (f.eks. Duchennes muskeldystrofi, Beckers muskeldystrofi, Limb Girdle muskeldystrofi (LGMD), Facio-scapulo-humeral muskeldystrofi (FSHD), Okulopharyngeal-muskeldystrofi (OPMD) eller Dystrofia myotonica).

Dækningen forudsætter, at det kan dokumenteres, at symptomerne er debuteret i forsikringstiden, og at diagnosen er stillet på en neurologisk afdeling ved klinisk undersøgelse, blodprøve (enzym CK eller gentest) samt muskelbiopsi.

K: Kronisk nyresvigt med behov for varig dialyse eller transplantation

Dobbelttidigt nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere, hvilket medfører behov for varig dialysebehandling eller nyretransplantation.

Ved planlagt transplantation skal Forsikrede være accepteret på venteliste.

L: Større organtransplantation

Planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, bugspytkirtel, hjerte-lunge eller hjertelunge- lever transplantat, på grund af organsvigt hos Forsikrede.

Ved planlagt transplantation skal Forsikrede være accepteret på venteliste.

Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation) for andre tilstande end anført under dækning for punkt A.

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

M: AIDS

Erhvervet immundefektsyndrom som følge af infektion med human immundefekt virus (HIV), erhvervet efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt.

Det skal kunne dokumenteres, at Forsikrede er blevet smittet med HIV i forsikringstiden. Diagnosen skal være stillet på en infektionsmedicinsk afdeling og opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.

N: HIV-infektion ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte

1. Infektion med HIV som følge af blodtransfusion eller anden lægelig behandling, modtaget efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt.

Det kræves, at Forsikrede er berettiget til godtgørelse for transfusionsoverført HIV-infektion af Sundhedsstyrelsen.

2. Infektion med HIV efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt, som følge af en arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af Forsikredes professionelle erhverv.

Det kræves som dokumentation for smitteoverførelsen, at uheldet er anmeldt som arbejdsskade, og at der foreligger en negativ HIV-test udført indenfor den første uge efter smitteudsættelsen, efterfulgt af en positiv test indenfor de næste 12 måneder.

O: Større forbrænding (ambustio)

Brandsår (inklusive forfrysninger eller ætsninger) af tredje grad, der dækker mindst 20 pct. af den Forsikredes legemsoverflade.

Diagnosen skal fremgå af journaludskrift eller epikrise fra en brandsårsafdeling.

P: Praktisk blindhed

Permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er 1/60 (0,01666) eller derunder, eller såfremt der er synsfeltindskrænkning til under 10 pct. (kikkertsyn).

Diagnosen stilles hos øjenlæge med angivelse af årsag.

Q: Total døvhed

Totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører, med en høretærskel på 100dB eller derover på alle frekvenser.

Diagnosen stilles hos ørelæge med angivelse af årsag.

R: Terminal sygdom - alle diagnoser, der ikke er omfattet af punkterne A-Q, hvor levetiden er højst 12 måneder

Ved terminal sygdom forstås en fremskreden eller hurtigt udviklende uhelbredelig sygdom, hvor forventet restlevetid trods lægelig behandling maksimalt er 12 måneder. De 12 måneder regnes fra diagnosedatoen.

Det er en betingelse, at der foreligger lægefaglig dokumentation for, at ovenstående betingelser er opfyldt. Dokumentation skal være fra en relevant, dansk specialafdeling eller fra en relevant speciallæge, der har opnået speciallægeanerkendelse fra de danske sundhedsmyndigheder, og som ikke alene er speciallæge i almen medicin.

Der kan alene ske udbetaling, når alle lægelige anvisninger i relation til den dækningsberettigede sygdom er blevet fulgt.

Forsikringen dækker ikke tilfælde, der direkte eller indirekte skyldes:

- en sygdom, som Forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende),
- en sygdom, der har medført eller medfører udbetaling efter en af diagnoserne under punkterne A-Q eller sygdomme, der skyldes den lægelige behandling heraf,
- et ulykkestilfælde, hvorved forstås legemsbeskadigelse, som rammer den Forsikrede ufrivilligt gennem pludselig udefrakommende hændelse,
- infektioner eller epidemier.

Forsikringen omfatter ikke

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:

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

6. hvis Forsikrede får stillet en ny diagnose mindre end 6 måneder efter, at Forsikrede har fået stillet en diagnose som har givet ret til udbetaling efter punkterne A-R,
7. ved kritisk sygdom, der er en følge af misbrug af medicin eller indtagelse af medicin, der ikke er lægeordineret, eller som er en følge af misbrug af alkohol, euforiserende stoffer og lignende giftstoffer,
8. ved kritisk sygdom, der er en følge af krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør, terrorhandlinger eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område,
9. hvis Forsikrede ikke har anmeldt kritisk sygdom inden sin død,
10. ved kritisk sygdom omfattet af diagnoserne i punkterne B, C, D, E, F, K, L, P og Q, hvor diagnosen er stillet før Forsikrede er fyldt 1 år.

10. Forsikring ved varigt mén til børn efter sygdom

Forsikringen omfatter

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

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

Følgende betragtes ikke som sygdom i henhold til denne forsikring:

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

Sygdom betragtes som indtruffet på det tidspunkt, hvor forværringen af helbredstilstanden første gang påvises af en læge. Dette er ikke altid sammenfaldende med tidspunktet for diagnosticeringen af sygdommen.

Når en sygdom er direkte årsag til, at Forsikredes medicinske invaliditet (dvs. mén) fastsættes til mindst 5 % udbetales der erstatning. Der skal være tale om varigt mén.

Følgende sygdomme er først omfattet ved en méngrad på mindst 25 %:

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

Senere diagnoser eller ændrede diagnosebetegnelser med de ovenfor angivne ICD-koder er også omfattet af undtagelserne.

Forsikring ved varigt mén til børn efter sygdom dækker hele døgnet og i hele verden.

Mén

Ret til udbetaling fastsættes, så snart sygdommens endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter at sygdomstilfældet er anmeldt til Thisted Forsikring.

Thisted Forsikring fastsætter méngraden efter samme méntabel, som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring benytter på skadetidspunktet og med de begrænsninger, der er anført i disse forsikringsbetingelser.

Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel, fastsætter Thisted Forsikring Forsikredes méngrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen, på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

I alle tilfælde fastsætter Thisted Forsikring méngraden på et rent medicinsk grundlag uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, Forsikredes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

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

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

Forsikringens størrelse

Ved en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed udbetaler Thisted Forsikring på baggrund af den sum, som var gældende ved forsikringsbegivenhedens indtræden.

Forsikringssummen udbetales til Forsikrede. Hvis Forsikrede er umyndig udbetales i henhold til gældende lov.

Når en forsikringsbegivenhed giver ret til udbetaling i henhold til forsikring ved varigt mén til børn efter sygdom, kan der ikke senere ske udbetaling på grundlag af samme sygdomstilfælde, selvom méngraden øges.

Forsikringen omfatter ikke

Dækningen omfatter ikke:

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

- e. Mén efter sygdom, der er fremkaldt af den Forsikrede ved deltagelse i slagsmål, selvforskyldt beruselse, misbrug af alkohol, narkotika og/eller giftstoffer samt kriminelle handlinger.

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

- a. Psykiske sygdomme ICD F00-F69 (f.eks. psykose, neurose, anoreksi, bulimi, skizofreni og depression).
- b. Neuropsykiatriske forstyrrelser ICD F70-F99 (f.eks. ADHD, autisme, udviklingshæmning).

Senere diagnoser eller ændrede diagnosebetegnelser med de ovenfor angivne ICD-koder er også omfattet af undtagelserne.

Forsikringen dækker ikke ved mén efter sygdom, som er en følge af:

- Krigstilstand, borgerlige uroligheder eller tilsvarende fareforøgelse. Uden for dansk område gælder begrænsningen kun, hvis Forsikrede har deltaget aktivt i krigshandlinger mv. På dansk område følges bekendtgørelse fra den minister, som er ansvarlig for livs- og pensionsforsikring, herunder bekendtgørelse om start- og sluttidspunkt for tilstanden.
- Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.

Et mén, der bestod før sygdommen, giver ikke ret til udbetaling. Tilsvarende ydes der ikke erstatning for følger af sygdom, der forværres på grund af anden eksisterende sygdom eller sygelige forandringer eller handicap, der allerede bestod, da sygdommen indtraf.

Et bestående mén kan ikke medføre, at erstatningen fastsættes højere, end hvis et sådant mén ikke havde været til stede. Ved skade på parvise organer medfører dette, at méngraden, uanset forudbestående mén, fastsættes, som om der alene foreligger mén på det senest beskadigede organ.

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

Uenighed om méngraden

Såvel Forsikrede og dennes værge som Thisted Forsikring kan indbringe enhver uenighed om fastsættelse af méngraden for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Er sagen indbragt af Forsikrede og dennes værge, og ændrer Arbejdsmarkedets Erhvervssikring méngraden til fordel for Forsikrede, refunderer Thisted Forsikring Forsikrede de omkostninger, som er direkte forbundet med Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings behandling af sagen.