

Forsikringsbetingelser for forsikringen ved visse kritiske sygdomme for børn

Gældende pr. 1. december 2025

Findes på PensionDanmarks hjemmeside: pension.dk

§ 1. Forsikringen ved visse kritiske sygdomme for forsikredes børn

- Stk. 1.** Forsikrede kan vælge at oprette en forsikring ved visse kritiske sygdomme for børn. Forsikringen omfatter et engangsbeløb.
- Stk. 2.** Nedenstående regler og de generelle regler i PensionDanmarks forsikringsbetingelser gælder for denne forsikring med virkning fra 1. december 2025.
- Stk. 3.** Forsikrede, som indbetaler overenskomstaftalte obligatoriske pensionsbidrag, jf. § 5, stk. 1, og som ikke er overgået til alderspensionering, jf. § 11, stk. 1, kan vælge at tilknytte en forsikring ved visse kritiske sygdomme for børn under 18 år.
- Stk. 4.** Ved børn forstås, forsikredes biologiske børn, adoptivbørn og stedbørn samt den forsikredes samlevers biologiske børn, adoptivbørn og stedbørn. Ved børn forstås desuden den forsikredes plejebørn, der permanent er anbragt hos den forsikrede eller den forsikredes samlever.
- Ved forsikredes stedbørn forstås den forsikredes nuværende eller tidligere ægtefælles biologiske børn og adoptivbørn.
- Ved samlever forstås en person, der har fælles folkeregisteradresse med den forsikrede på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden, og hvor der ikke foreligger hindringer ifølge lovgivningen for, at den forsikrede kunne have indgået ægteskab med vedkommende. Den forsikrede er alene berettiget for en samlevers børn på samme tid.
- Stk. 5.** Efter at forsikringen er oprettet, kan forsikrede opretholde forsikringen efter bidragsophør, eller hvis forsikrede bliver tilkendt løbende ydelser.
- Stk. 6.** Barnets diagnose skal være stillet i forsikringstiden, og inden barnet fylder 18 år.
- Stk. 7.** Diagnosetidspunktet er afgørende og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede eller barnet får kendskab til diagnosen. Alle betingelser skal være opfyldt på diagnosetidspunktet.
- Stk. 8.** Hvis der er ret til udbetaling af engangsbeløbet, udbetales det engangsbeløb, der er gældende på diagnosetidspunktet. Udbetalingen sker til forsikrede.

§ 2. Diagnoser og specifikationer

- Stk. 1.** *Kræft med undtagelse af mindre aggressive former*
- Kræft (cancer) med undtagelse af mindre aggressive former defineres som 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 lymfeknuder og andre organer (metastasering).
- Dækningen omfatter også lavgrads astrocytomer, selvom de beskrives som benigne.
- Dækningen omfatter ikke:
- Tumorer klassificeret som præmaligne, noninvasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valg af behandling).
 - Alle former for hudkræft (inklusive lymfomer i hud), bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom)
 - Prostata cancer med en Gleason score på 6 og derunder (klinisk spredning svarende til T2NoMo er dækket).
 - Blære papillomer
 - Kaposi sarkom
- Tumor skal være verificeret ved histologisk undersøgelse, udført af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).
- Kræft i blod og bloddannende organer med undtagelse af mindre aggressive former
- Kræft i blod og bloddannende organer med undtagelse af mindre aggressive former defineres som 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).
 - Hodgkin's lymfom i stadie II til IV og Non-Hodgkin's lymfom med undtagelse af mindre aggressive former, som er lokaliseret MALT lymfom, mucosin fungoides i plaquestadiet og lymfomer som lokaliseret CD30 positivt lymfom og kutant B-celle lymfom lokaliseret til huden.
 - Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS) og kronisk myelomonocystisk leukæmi (CMML).
 - Myelomatose/solitært myelom.

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

Dækningen omfatter ikke:

- a. Monoklonal gammopati (MGUS)
- b. Myeloproliferative neoplasmer (MPN), som fx primær myelofibrose, essentielt trombocytæmi eller polycytæmia vera

Stk. 2. 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 efter barnets fødsel og i forsikringstiden.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen.

Stk. 3. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger

En akut indsættende beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer på grund af forstyrrelser i hjernens blodcirkulation med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer (lammelser, føle-, syns- eller taleforstyrrelser) af mere end 24 timers varighed, som enten skyldes

- a. en spontan eller traumatisk opstået blødning i hjernen eller mellem hjernehalvdele, eller
- b. en forsnævring eller tillukning af en pulsåre (arterie) opstået i hjernen på grund af trombose eller emboli, hvor tilfældet har medført følger i form af neurologiske udfald (lammelser, nedsat kraft eller sensibilitet, tale- eller synsforstyrrelser, svarende til den ved hjernescanning (CT eller MR) påviste hjernebeskadigelse. Emotionelle symptomer og kognitive gener alene er ikke tilstrækkeligt for dækning.

Dækningen kan desuden omfatte:

En blodprop i hjernen, når der er tilstrækkeligt klare kliniske tegn på en blodprop i hjernen til, at en neurologisk speciallæge har stillet diagnosen uden billedmæssig dokumentation (inklusive tilfælde hvor CT/MR scanning ikke er entydig eller ikke er foretaget), hvis der er konstateret blivende neurologiske følger svarende til hjernebeskadigelsen 3 måneder efter tilfældet, fx i form af lammelser i ansigtet eller i arme og ben, indskrænkning af synsfeltet, halvsidige føleforstyrrelser eller taleforstyrrelser. Emotionelle følger og kognitive gener alene er ikke tilstrækkeligt for dækning.

Hovedpine og træthed betragtes ikke som objektive neurologiske udfaldssymptomer eller neurologiske følger.

Dækningen omfatter ikke:

- Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/Transitorisk iskæmisk attack (TIA)
- Tidligere hjerneinfarkter påvist ved hjernescanning (CT/MR)
- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, fx i øjne, øre og hypofyse

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.

Det er en betingelse for at opnå denne dækning efter denne bestemmelse, at den beskrevne hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) er diagnosticeret i forsikringstiden, og at de beskrevne neurologiske følger er bekræftet af en neurologisk speciallæge i forsikringstiden.

Stk. 4. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller karmisdannelse inde i kraniet (AV-malformation) samt kavernøst angiom med behov for operation

Diagnosen defineres som en planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar i form af

1. én eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer, eller
2. arteriovenøse karmisdannelser (inkl. kavernøst angiom).

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.

Operationen skal være gennemført efter barnets fødsel og i forsikringstiden.

Dækningen omfatter desuden tilfælde med operationsindikation, hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager. Ved planlagt operation skal forsikredes barn være accepteret på venteliste.

Stk. 5.	<i>Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv med behov for operation</i> Godartede svulster, opstået i hjerne eller rygmarv defineres som godartede (benigne) svulster opstået i hjerne, hjernestamme rygmarv eller disse organers hinder, som enten - fjernes ved operation, eller - hvor der er operationsindikation, men operation ikke kan gennemføres af tekniske årsager. Dækningen omfatter ikke: - Cyster eller granulomer - Schwannomer/neurinomer, herunder acusticus neurinomer - Hypofyseadenomer - Svulster i kranie/hjernenerver, fx synsnerven, hørenerven Det er en betingelse for at op nå dækning efter denne bestemmelse, at den beskrevne svulst er diagnosticeret og opereret efter barnets fødsel og i forsikringstiden.
Stk. 6.	<i>Dissemineret sklerose (DS)</i> Dissemineret sklerose defineres som en kronisk sygdom i centralnervesystemet, der opfylder gældende internationale kriterier, herunder at anden sygdom er udelukket på passende vis. Gældende kriterier er fx - to eller flere kliniske adskilte perioder med neurologiske udfald fra centralnervesystemet samt mindst to MR-påviste læsioner i centralnervesystemet forenelige med DS efter McDonald-kriterierne, eller - et klinisk attack, hvor der er to eller flere MR-påviste læsioner forenelige med DS eller diagnosticeret disseminering i tid ved gentagelse af MR-scanning (monosymptomatisk DS), eller - et langvarigt attack med progression, hvor McDonald-kriterierne for progredierende DS er opfyldte. Dækningen omfatter også neuromyelitis optica (NMO) med bilateral opticus neuritis, eller myelopati og opticus neuritis samt MR-forandringer centralt i medulla over mere end 3 segmenter. Diagnosen skal være stillet af en speciallæge i neurologi. Dækningen omfatter ikke tilfælde alene med synsnerveudfald (opticus neurit), transversal myelitis eller CIS.
Stk. 7.	<i>Kronisk nyresvigt</i> Kronisk nyresvigt defineres som dobbeltsidigt nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere, hvilket medfører behov for varig dialysebehandling.
Stk. 8.	<i>Større organtransplantationer</i> Større organtransplantationer defineres som den situation, hvor forsikredes barn pga. organsvigt modtager organtransplantat. Nedenstående transplantater er omfattet af forsikringen: - Hjerte - Lunge - Lever - Hjerte-lunge - Hjerte-lunge-lever - Nyre - Bugspytkirtel - Knoglemarv Ved planlagt organtransplantation skal forsikredes barn være accepteret på venteliste. Diagnosen omfatter ikke transplantation af andre organer, dele af organer, væv eller celler.
Stk. 9.	<i>Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. Borrelia og TBE) medførende svære neurologiske følger</i> Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. Borrelia og TBE) medførende svære neurologiske følger defineres som en infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira eller svampe mv., som har medført vedvarende objektive neurologiske følger i form af høretab, synstab, lammelser eller hydrocephalus. Diagnosen skal være stillet på en 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 CT/MR-scanning. Ved en neuroborreliose som følge af flåtbid skal diagnosen være stillet ud fra spinalvæskeundersøgelser med borreliaspecifikke antistoffer i serum og spinalvæske (IgG, IgM). Ved Tick-Borne-Encephalitis 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 en neurologisk eller pædiatrisk speciallæge.

Det er en betingelse for at opnå dækning efter denne bestemmelse, at den beskrevne infektion er diagnosticeret i forsikringstiden, og at også de beskrevne neurologiske følger er bekræftet i forsikringstiden.

-
- Stk. 10.** *Muskelsvind (myopati og neuropati) med vedvarende fremadskridende symptomer*
Muskelsvind (myopati og neuropati) med vedvarende fremadskridende symptomer defineres som en veldiagnosticeret anerkendt muskeldystrofi/nervebetændelse med progressivt tab af muskelmasse og kraft (fx Duchennes muskeldystrofi, Beckers muskeldystrofi, Limb Girdle muskeldystrofi (LGMD), facio-scapulo-humeral muskeldystrofi (FSHD), Okulopharyngeal-muskeldystrofi (OPMD), Charot-Marie-Tooth (CMT) og Dystrofia myotonica).

Dækningen forudsætter, at diagnosen er stillet på en neurologisk afdeling ved klinisk undersøgelse, passende blodprøve (fx CK eller gentest) og/eller anden relevant undersøgelse (fx muskelbiopsi eller nerveledningsundersøgelse).

-
- Stk. 11.** Større forbrændinger (ambustio), forfrysning eller ætsning, der dækker mindst 10 pct. af legemesoverfladen
Ved større forbrændinger (ambustio), forfrysning eller ætsning der dækker mindst 10 pct. af barnets legemesoverflade defineres som en brandskade (inkl. forfrysninger eller ætsninger) af anden eller tredje grad, der dækker mindst 10 pct. af barnets legemesoverflade.

Diagnosen skal fremgå af journaludskrift for behandlende brandsårsafdeling.

-
- Stk. 12.** *Terminal sygdom*
Terminal sygdom defineres som en klar og endelig diagnosticering af en sygdom, der opfylder følgende kriterie:
- Sygdommen har ingen kendt kurativ behandling, eller tilstanden er i et sådant stadie, at der ikke er flere behandlingsmuligheder, og
 - tilstanden vil forventes at føre til død indenfor 12 måneder efter et skøn fra både behandlende læge og PensionDanmarks rådgivende lægekonsulent.

-
- Stk. 13.** *Diabetes, type 1*
Diabetes, type 1 defineres som insulinkrævende diabetes mellitus type 1 (IDDM).

Diagnosen anses for stillet, når en speciallæge i pædiatri eller en speciallæge i endokrinologi har stillet diagnosen insulinkrævende diabetes mellitus type 1.

§ 3. Begrænsninger i dækningen fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme til forsikredes børn

-
- Stk. 1.** Der kan kun udbetales ét engangsbeløb inden for diagnosen.

Hvis barnet inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 5 år uden barnet har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne.

Der kan ske udbetaling for op til to kræftdiagnoser, der diagnosticeres i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne. Det er dog en betingelse for udbetaling for den anden kræftdiagnose, at der er gået mindst 5 år, siden den første kræftdiagnose i forsikringstiden blev stillet. Det er yderligere en betingelse for anden udbetaling, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) af kræftdiagnosen eller diagnosticeret en anden kræftsygdom i 5-års perioden.

-
- Stk. 2.** Hvis barnet tidligere har fået stillet en diagnose, kan forsikrede ikke få udbetalt endnu et engangsbeløb indenfor diagnosen. Det gælder, selvom barnet i mellemtiden har været erklæret rask.

Bestemmelsen omfatter alle tidligere diagnoser, hvor barnet har fået udbetalt engangsbeløb ved en kritisk sygdom, men også i de tilfælde, hvor der ikke er udbetalt engangsbeløb for den tidligere diagnose, fordi barnet ikke var omfattet af forsikringen på diagnosetidspunktet.

-
- Stk. 3.** Hvis barnet har fået udbetalt engangsbeløb for én af ovennævnte diagnoser og senere får en anden diagnose, skal der være mindst seks måneder mellem diagnosetidspunkterne for den diagnose, der senest er udbetalt engangsbeløb for, og den nyeste diagnose, for at der på ny kan udbetales engangsbeløb.

-
- Stk. 4.** Forsikringen ophører
- når barnet fylder 18 år.
 - når forsikredes forsikringer bortfalder.
 - når forsikredes medlemskab af PensionDanmark ophører.
-