

1. Hvem kan forsikres – når opphører forsikringen

Det kan kjøpes forsikring på personer i alderen 18 til og med 59 år. En forsikringsavtale kan bare inngås med personer som har vært sammenhengende bosatt i Norge de 5 siste år eller med norske, svenske eller danske statsborgere som er bosatt i Norge.

Forsikringen opphører den dag den forsikrede fyller 67 år.

2. Hva forsikringen omfatter

Forsikringen gir rett til erstatning ved følgende diagnoser:

- Hjerteinfarkt
- Hjerneslag
- Kreft
- Multippel sklerose
- Bypass-opererte tilfeller av koronarsklerose
- Hjerteklaffkirurgi
- Organtransplantasjon
- Lammelser som følge av ryggmargsskader/-lidelser
- Motornevrosykdom*
- Blindhet*
- Døvhets*
- Tap av taleevnen*
- Store brannskader*
- Tap av ben og armer*
- Alzheimers sykdom og beslektede demenssykdommer med progressivt forløp*

En nærmere definisjon av sykdommene/behandlingene er gitt i punkt 4.

Forsikringssummen utbetales som et engangsbeløp. Ved utbetaling av forsikringssummen opphører forsikringen.

Ved krav om utbetaling fra forsikringen kan det kreves undersøkelse av bestemt lege.

* Gjelder forsikringstilfeller inntruffet etter 01.06.2014.

3. Hvem forsikringssummen utbetales til

Dersom forsikringstaker har disponert over forsikringen ved begunstige/pantsettelse eller på annen måte, utbetales forsikringssummen i henhold til disposisjonen(e). Eventuell overskytende del av erstatningen utbetales til forsikringstakeren.

Dersom forsikringstaker ikke har disponert over forsikringen ved begunstige/pantsettelse eller på annen måte, utbetales forsikringssummen i sin helhet til forsikringstaker.

4. Definisjoner av sykdommer/behandlinger som er dekket

4.1. Hjerteinfarkt

Akutt hjerteinfarkt med nedsatt eller manglende blodtilførsel til hjertemuskelvevet og betydelig økning av hjertemarkørene, sammen med minst ett av følgende kriterier:

- Hjertesymptomer og funn forenlige med akutt hjerteinfarkt
- Nye EKG forandringer typisk for hjerteinfarkt.

Diagnosen skal være stilt av kardiolog eller indremedisiner.

4.2. Hjerneslag

En lesjon av hjernen forårsaket av utilstrekkelig blodforsyning eller blødning, som oppfyller følgende kriterier:

- Akutt innsettende nevrologiske utfall typisk for diagnosen hjerneslag
- Nye objektive nevrologiske utfall, konstatert ved klinisk undersøkelse, av mer enn 60 dagers varighet
- CT eller MR-scanning av hjernen bekrefter nye lesjoner svarende til diagnosen hjerneslag.

Diagnosen er stilt av spesialist i indremedisin eller nevrokirurgi

Forsikringen dekker ikke:

- Transitorisk ischemisk anfall (TIA)
- Traumatisk skade av hjernevev eller blodårer i hjernen
- Unormale scanningsfunn i hjernen, som ikke kan relateres til de konstaterte objektive nevrologiske utfall.

4.3. Kreft

Forsikringen dekker ondartede (maligne) svulster (tumorer), alvorlige leukemiformer, maligne lymfomer og Hodgkin's sykdom.

Diagnosen skal være basert på histologiske undersøkelser. Ved leukemi skal diagnosen være stilt av spesialist i hematologi eller onkologi.

Forsikringen dekker ikke:

- Alle svulster som ved histologisk undersøkelse beskrives som forstadier til kreft (premaligne) eller som bare viser tidlige maligne forandringer som ved cancer in situ.
- Alle former for hudkreft, inkludert føflekkreft med tykkelse på 0.5 mm eller mindre.
- Kronisk lymfatisk leukemi Binet stadiet A
- Kreft oppstått som følge av HIV-infeksjon.
- Prostatakreft med mindre den er utviklet til minst T2N0M0 i TNM eller har en Gleason score på 7 eller høyere.
- Papillær kreft i skjoldbruskkjertelen stadiet 1.

4.4. Multippel sklerose (MS)

Sikker diagnose av multippel sklerose. Lesjoner i hjerne- eller ryggmarg fastsatt ved MR-scanning fra forskjellige deler av sentralnervesystemet og på forskjellige tidspunkter, enten i form av nye nevrologiske utfall eller nye lesjoner i hjerne- eller ryggmarg fastsatt ved MR-scanning. Sykdommen skal ha medført objektive nevrologiske utfall av mer enn 6 måneders varighet, og det må være gjennomført undersøkelser som utelukker at symptomene skyldes andre sykdommer. Diagnosen og de objektive nevrologiske utfall skal være bekreftet av spesialist i nevrologi eller nevrokirurgi.

4.5. Bypass-opererte tilfeller av koronarsklerose

Utført åpen hjertekirurgisk behandling av kranspulsåreforkalkning (revaskulering) som omfatter en eller flere kranspulsårer med anleggelse av vene- og/eller arteriegrafts, utført hos personer med forkalkning i kranspulsårer.

Forsikringen dekker ikke:

- Utført blokkering eller stentbehandling av kranspulsårene (PTCA)

4.6. Hjerteklaffkirurgi

Utført åpen hjertekirurgisk behandling av medfødte eller ervervede hjerteklaffsykdommer med innsettelse av kunstige mekaniske eller biologiske hjerteklaffproteser.

4.7. Organtransplantasjon

Utført transplantasjon eller oppført på venteliste for transplantasjon i Norge av hjerte, lever, lunge, nyre eller benmarg fra donor.

4.8. Lammelser som følge av ryggmargsskader/-lidelser

Ryggmargsskader/-lidelser som fører til varige lammelser av begge ben og/eller begge armer, eller minst en arm og et ben, med vedvarende og fullstendig avbrudd av ryggmargens ledningsevne. Det kreves sikker diagnose stilt av spesialist i nevrologi eller nevrokirurgi. Krav om erstatning kan tidligst fremmes etter at lammelsen(e) har vedvart i 3 måneder etter at den (de) ble diagnostisert.

4.9. Motornevrologisk sykdom

Motornevrologisk sykdom av en ukjent årsak. Omfatter følgende diagnoser:

- Spinal muskelatrofi (SMA)
- Progressiv muskelatrofi (PMA)
- Progressiv bulbær parese (PBP)
- Amyotrofisk lateralsklerose (ALS)
- Primær lateral sklerose (PLS)
- Pseudobulbar palsy.

Diagnosen skal være stilt av en spesialist i nevrologi.

4.10. Blindhet

Totalt og permanent synstap på begge øyne som følge av sykdom eller ulykke. Totalt synstap tilsvarer synsstyrke på

1/60 eller dårligere på beste øye med beste korreksjon. Blindheten må bekreftes av spesialist i øyesykdommer.

4.11. Døvhhet

Totalt og permanent tap av hørsel på begge ører, som skyldes akutt sykdom eller ulykke. Det skal foreligge resultat av audiometri, som viser en høreterskel på 95 desibel eller høyere i hele frekvensspekteret.

Diagnosen skal være stilt av en spesialist i øre-, nese- og halssykdommer.

4.12. Tap av taleevnen

Totalt og permanent tap av taleevnen (afasi) i et sammenhengende tidsrom av minst 12 måneder. Diagnosen skal være stilt av spesialist i nevrologi.

Unntatt er psykogent tap av taleevnen.

4.13. Store brannskader

Tredjegradsforbrenning (termisk eller kjemisk) på mer enn 20 % av kroppsoverflaten målt ved «rule of nine» eller tilsvarende metode. Diagnosen skal være stilt av spesialist i plastisk kirurgi.

4.14. Tap av ben og armer

Totalt tap av del av minst to lemmer over ankelledd eller håndledd og der rekonstruktiv kirurgi ikke er mulig. Diagnosen skal være stilt av spesialist i kirurgi eller ortopedi.

4.15. Alzheimers sykdom

Alzheimers sykdom med fremadskridende hukommelsestap og tap av evne til tenkning, språk og problemløsning. Diagnosen skal være fastsatt ved MR-scanning av hjernen. Diagnosen må være stilt av en spesialist i nevrologi eller geriatri. Forsikringen dekker ikke demens ledsaget av bevegelsesforstyrrelser, som ved eksempelvis Huntingtons Chorea eller Parkinsons sykdom. Demens som følge av forkalknings- sykdom i hjernekar (vaskulær demens), traume eller infeksjoner dekkes heller ikke.

5. Begrensninger

Selskapet er ikke erstatningspliktig dersom:

- 5.1. Sykdommen/skaden skyldes forhold som kommer inn under punktene 13 og 14 i de Generelle forsikringsvilkårene.
- 5.2. Sykdom, tilstand eller lidelser som er blitt påvist eller har vist tegn og/eller symptomer innen 3 måneder etter at forsikringen trådte i kraft, jf. FAL § 13-5.
- 5.3. Forsikrede dør innen 30 dager etter at diagnosen er endelig stilt, operasjonen er gjennomført eller forsikrede er oppført på venteliste.

5.4. Lammelse oppstått som følge av hjerneslag eller andre forhold, ikke vedvarer lengre enn i 3 måneder etter at lammelsen ble diagnostisert.

6. Meldefrist

For at retten til erstatning skal inntre, må den som er berettiget til erstatning gi melding om kravet til selskapet innen 1 år etter at hun eller han fikk kjennskap til de forhold som danner grunnlag for kravet, jf. FAL § 18-5.

1. Innledende bestemmelser

For forsikringsavtalen gjelder:

- Forsikringsbeviset
- Disse forsikringsvilkår
- Forsikringsavtaleloven av 16. juni 1989 nr. 69 (FAL)
- Forsikringsvirksomhetsloven av 10. juni 2005 nr. 44
- Andre bestemmelser gitt i, eller med hjemmel i lov

Teksten i forsikringsbeviset gjelder foran forsikringsvilkårene. Forsikringsbeviset og forsikringsvilkårene gjelder foran lovbestemmelser som kan fravikes. Forsikringsvilkårene består av Generelle vilkår og Særskilte vilkår for hver enkelt forsikring.

Norsk lovgivning gjelder så fremt ikke annet er avtalt.

2. Definisjoner

Selskapet: Danica Pensjonsforsikring AS

Forsikring: En av følgende forsikringsdekninger:

- Dødsfall
- Uførhet Total
- Uførerente
- Kritisk Sykdom
- Barn Total

Forsikringsbevis: Dokument som beskriver hva forsikringen dekker, forsikringssum og de viktigste begrensninger, hvem som er forsikringstaker, forsikret og eventuelt begunstiget.

Forsikringstaker: Den som inngår en avtale om forsikring med selskapet. Forsikringstaker har eiendomsretten til forsikringen og kan disponere over den.

Forsikrede: Den person hvis liv eller helse er forsikret.

Forsikringstilfelle: Et forsikringstilfelle inntreffer når de faktiske forutsetningene som utløser rettigheter etter forsikringen foreligger.

Forsikringssum: Det eller de beløp som ifølge forsikringsbeviset kan utbetales ved inntruffet forsikringstilfelle.

Forsikringstiden: Perioden fra forsikringen trer i kraft til og med 31. desember samme år. Deretter er forsikringstiden definert som perioden fra og med 1. januar til og med 31. desember hvert år.

Begunstiget: Personer og/eller institusjoner som forsikringstakeren har bestemt skal ha utbetalt hele eller deler av forsikringssummen ved et forsikringstilfelle.

Panthaver: Den som har sikkerhet i forsikringen for en fordring. Panthaver har rett til å få utbetalt forsikringssummen når den forfaller, i henhold til den prioritert panthaver har fått i forsikringen.

3. Når trer forsikringen i kraft

Med mindre annet er avtalt, trer forsikringen i kraft på det tidspunkt skriftlig aksept og helseerklæring i underskrevet stand er mottatt av selskapet eller selskapets lovlige representant. Forutsetningen er at det på dette tidspunkt ikke foreligger forhold som gjør at selskapet vil avslå den enkelte forsikring.

Det kan avtales at forsikringen først skal tre i kraft på et senere tidspunkt, dog maksimalt 60 dager etter at helseerklæringen er underskrevet og mottatt av selskapet eller selskapets lovlige representant. Forsikringen vil da tre i kraft på avtalt dato.

Forsikringstilfeller må inntreffe mens forsikringen er i kraft, ellers er selskapet uten ansvar.

Forsikringen er i kraft så lenge den blir betalt i rett tid, dog høyst frem til opphørsalder.

4. Opplysningsplikt ved kjøp av forsikring

Forsikringstaker og forsikrede skal gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål. De skal i tillegg, på eget tiltak, gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av den helserisiko forsikrede representerer.

Selskapet kan innhente opplysninger hos lege, sykehus, NAV og andre. Dersom selskapet ber om det, plikter den forsikrede å la seg undersøke av lege, eventuelt lege utnevnt av selskapet.

Er opplysningsplikten forsømt og forsikrede eller forsikringstaker kan bebreides for dette, kan selskapets ansvar falle bort helt eller delvis, og forsikringen kan sies opp med 14 dagers varsel.

Er opplysningsplikten svikaktig forsømt, faller ansvaret bort i sin helhet og forsikringen kan sies opp med øyeblikkelig virkning. Selskapet kan også si opp andre forsikringsavtaler med forsikringstakeren.

Ved svik vil selskapet ikke refundere innbetalt premie. Det vises for øvrig til FAL §§ 13-2 til 13-4.

5. Opplysningsplikt ved krav om erstatning

Ved inntruffet forsikringstilfelle skal den eller de som mener seg berettiget til erstatning, uten ugrunnet opphold, melde fra om dette. Den eller de som vil fremme krav mot selskapet skal gi selskapet de opplysninger som selskapet ber om for å kunne ta stilling til kravet og utbetale erstatningen. Selskapet kan innhente opplysninger hos lege, sykehus, NAV og andre. Dersom selskapet ber om det, plikter den forsikrede å la seg undersøke av lege, eventuelt lege oppnevnt av selskapet. Dersom forsikrede oppholder seg utenfor Norge på erstatningstidspunktet, kan selskapet

kreve at forsikrede undersøkes av lege i Norge. Legens honorar betales av selskapet, eventuelle øvrige utgifter (reise mv.) betales av forsikrede selv.

Den som ved erstatningsoppgjøret gir uriktige eller ufullstendige opplysninger som vedkommende vet, eller må forstå, kan føre til at det blir utbetalt erstatning vedkommende ikke har krav på, mister enhver rett til utbetaling fra selskapet etter denne og andre forsikringer i anledning samme hendelse.

I tilfeller som nevnt over kan selskapet si opp enhver forsikring som er inngått mellom selskapet og vedkommende med en ukes varsel, jf. FAL § 18-1.

Hvis forholdet bare er lite klanderverdig, bare angår en liten del av kravet, eller hvis det ellers foreligger særlige grunner, kan vedkommende likevel få delvis erstatning.

6. Endringer i priser og forsikringsvilkår

Selskapets priser og forsikringsvilkår er garantert i forsikringstiden. Dog vil prisendringer på grunn av forsikredes økning i alder foretas i forbindelse med forsikredes fødselsdag. Selskapet har også anledning til å foreta endringer i forsikringsvilkårene av praktisk og redaksjonell art i forsikringstiden.

Selskapet har rett til å foreta endringer av sine priser og forsikringsvilkår med virkning fra og med 1. januar.

7. Fornyelse

Den enkelte forsikring fornyes automatisk 1. januar hvert år, dog høyst frem til forsikringens opphørsalder. Det kreves ikke nye helseopplysninger ved en slik fornyelse.

8. Betaling av forsikringen

Betaling skal skje i henhold til avtalt betalingsplan. Ved forsinket betaling kan selskapet ilegge et purregebyr. Ved manglende betaling vil forsikringen(e) opphøre, jf. FAL § 14-2.

Det er betalingsfritak ved uførhet for forsikringen Uførerente. For forsikringen Uførhet Total er det ikke betalingsfritak.

9. Gjenopptakelse

Dersom en forsikring har vært i kraft i mer enn ett år og den opphører som følge av manglende betaling, kan den settes i kraft igjen uten nye helseopplysninger hvis forsikringen blir betalt innen 6 måneder etter den betalingsfrist som fremgår av siste betalingsvarsel. Forsikringen vil da være i kraft igjen dagen etter at selskapet har mottatt betalingen, jf. FAL § 14-3.

10. Rett til endring

Forsikringstakeren har rett til å foreta endringer av forsikringen. Melding om endring må være skriftlig og undertegnet av forsikringstaker. Selskapet kan be om nye helseopplysninger dersom selskapets risiko øker.

11. Oppsigelse

Den enkelte forsikring kan til enhver tid sies opp av forsikringstakeren. En oppsigelse må være skriftlig og bekreftet av eventuelle endelig begunstigede.

Ved oppsigelse tilbakebetales den gjenstående del av innbetalt beløp for hver enkelt forsikring, så fremt denne overstiger kr 400. Ved svik refunderes ikke innbetalt premie.

12. Overskudd

Forsikringene som er omhandlet i disse forsikringsvilkårene tilskrives ikke andeler av selskapets eventuelle overskudd.

13. Generelle begrensninger i selskapets ansvar

Forsikringen gjelder ikke forsikringstilfeller som inntreffer som følge av at:

- 13.1. Forsikrede oppholder seg lengre enn 1 måned i et område utenfor Norge hvor det bryter ut krig eller alvorlige uroligheter, regnet fra den dato krigen eller urolighetene brøt ut.
- 13.2. Forsikrede reiser inn i områder utenfor Norge hvor det er krig eller alvorlige uroligheter.
- 13.3. Forsikrede deltar i krig eller alvorlige uroligheter utenfor Norge.
- 13.4. Forsikrede begår straffbare handlinger.

Begrensningene i punktene 13.1-13.3 gjelder ikke for personer som deltar i fredsbevarende styrker eller humanitære organisasjoner på oppdrag i området, forutsatt at det er mer enn 12 måneder siden forsikringen(e) sist trådte i kraft.

Hvis Norge kommer i krig kan myndighetene bestemme reduksjon i forsikringsytelsene eller andre nødvendige endringer i livsforsikringsavtalene jf. Forsikringsloven § 9-26. Forsikringene gjelder i Norge, Sverige og Danmark. Ved opphold i andre land gjelder forsikringene i 12 måneder etter utreise fra ovennevnte land. For utenlandsstudenter og personer som i arbeidssammenheng er stasjonert i land utenfor Norge, Sverige og Danmark, samt for barn av forannevnte, gjelder forsikringene under opphold i slike land i inntil 36 måneder. Opphold utenfor Norge, Sverige og Danmark anses ikke avbrutt ved kortvarige besøk i Norge, Sverige og Danmark for ferier, forretninger eller lignende.

Forsikringen dekker ikke hjemreise eller transport til sykehus eller hjemsted.

14. Forsettlig eller grovt uaktsom fremkalling av forsikringstilfelle

Har den forsikrede forsettlig eller grovt uaktsomt fremkalt et forsikringstilfelle kan retten til erstatning falle helt bort eller bli redusert. Selskapet er likevel ansvarlig dersom forsikrede på grunn av sin sinnstilstand eller alder ikke kunne forstå rekkevidden av sin handling, jf. FAL §§ 13-8 og 13-9.

15. Renter ved forsinket erstatningsutbetaling

Selskapet betaler renter av erstatningen dersom det er gått mer enn 2 måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble gitt til selskapet. Det kan ikke kreves renter for tiden som går tapt som følge av at den/de berettigede ikke gir selskapet fullstendige opplysninger som er nødvendige for å avgjøre erstatningskravet. Det samme gjelder dersom den/de berettigede avviser fullt eller delvis oppgjør, jf. FAL § 18-4.

For renten gjelder lov av 17. desember 1976 nr. 100 om renter ved forsinket betaling.

16. Foreldelse

Krav på erstatning foreldes etter 10 år for forsikringene:

- Dødsfall
- Uførhet Total
- Uførerente

Krav på erstatning foreldes etter 3 år for forsikringene:

- Kritisk Sykdom
- Barn Total

Fristen begynner å løpe fra utløpet av det kalenderår den berettigede fikk nødvendig kunnskap om det forhold som begrunner kravet. For øvrig gjelder FAL § 18-6 om foreldelse.

17. Tvister

Dersom det oppstår tvist mellom forsikringstaker og selskapet, kan tvisten bringes inn for Finansklagenemnda. Nemndas avgjørelse er ikke endelig, og tvisten kan bringes inn for domstolene. Nærmere opplysninger om dette fås ved henvendelse til selskapet eller Finansklagenemnda, Postboks 53 Skøyen, 0212 Oslo, tlf 23 13 19 60.

Mulige tvister mellom partene som følge av forsikringsforholdet skal anlegges ved Sør-Trøndelag tingrett/Trondheim forliksråd.