Børneforsikring

Vilkår 6750-3

Gælder fra november 2026

Indhold

Fortrydelsesret ... 3
- Du har ret til at fortryde din bestilling ... 3
- Sådan fortryder du ... 3
- Du skal give besked til ... 3

Andre oplysninger ... 3
- Personoplysninger mv. ... 3
- Provision ... 3
- NemKonto ... 3

Et par ord om børneforsikringen ... 4
Hvis du får mange skader på dine forsikringer ... 4
Et par ord om skadehjælp ... 4
Et par ord om Mine sider ... 4

Fællesvilkår ... 5
1. Hvem er forsikret? ... 5
2. Hvornår dækker forsikringen? ... 5
3. Hvor og hvor længe dækker forsikringen? ... 5
4. Forsikringens betaling ... 6
5. Gebyr ... 6
6. Indeksregulering ... 7
7. Varighed, opsigelse og ændring ... 7
8. Flytning og risikoændring ... 8
9. Hvis skaden sker ... 8
10. Generelle undtagelser ... 9
11. Klagemulighed ... 9
12. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring ... 10
13. Lovgivning, tilsyn og garantifond ... 10

Ulykke ... 11
14. Varigt men efter ulykke ... 11
15. Hvilke skader dækker forsikringen ikke? ... 11
16. Hvordan bliver skaderne erstattet? ... 13
Omsorg ved ulykke eller visse kritiske sygdomme ... 16
17. Omsorg ... 16
Tilvalgsdækninger – ulykke ... 17
18. Strakserstatning ulykke ... 17
19. Forhøjet erstatning ved varigt men ... 18
Tilvalgsdækninger – sygdom ... 19
20. Strakserstatning visse kritiske sygdomme ... 19
21. Varigt men efter visse kritiske sygdomme ... 21
22. Nedsat syn efter kritisk sygdom ... 24

Sundhed ... 25
23. Sundhedsforsikring ... 25
Ordforklaring ... 31

Fortrydelsesret

(Gælder alene for private forbrugerforsikringer)

Du har ret til at fortryde din bestilling

Du har 14 dages fortrydelsesret, som begynder, når du har modtaget policen:

- Hvis du fx får vilkårene mandag den 1., kan du fortryde aftalen til og med mandag den 15.
- Hvis fristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente med at fortryde til den følgende hverdag.

Sådan fortryder du

Hvis du fortryder, er det vigtigt, at du giver os besked, inden fristen udløber. Og giver du skriftlig besked — fx pr. brev eller e-mail — skal du have sendt beskeden, inden fristen udløber. Du kan eventuelt sende dit brev anbefalet og gemme postkvitteringen, hvis du vil have bevis for, at du har fortrudt i tide.

Du kan også fortryde online på vores hjemmeside via if.dk/fortryd. Når du bruger formularen, får du straks en kvittering tilsendt på e-mail. Kvitteringen indeholder både oplysninger om din fortrydelse samt dato og tidspunkt for, hvornår den er sendt.

Du skal give besked til

If Skadeforsikring, Borupvang 4, 2750 Ballerup, privat@if.dk eller via if.dk/fortryd.

Andre oplysninger

Personoplysninger mv.

Når du er kunde i If, behandler vi personoplysninger om dig. Det vil typisk være oplysninger om navn, adresse, CPR-/CVR-nummer, dine forsikringer og skader. Du kan læse mere om, hvordan vi behandler personoplysninger og om dine rettigheder i vores persondatapolitik, som du finder på if.dk/personoplysninger.
Hvis du ikke har adgang til internettet, kan du få tilsendt en papirkopi af persondatapolitikken ved at ringe eller skrive til os.

Provision

Vi kan oplyse, at nogle af Ifs medarbejdere får provision eller bonus, når de sælger en forsikring.

NemKonto

If benytter NemKonto-systemet til at udbetale penge til dig, hvis vi har registreret dit CPR-/SE-/CVR-nummer.

Hvis du ønsker udbetalinger indsat på en anden konto end din NemKonto, skal du kontakte os.

Et par ord om børneforsikringen

Din police indeholder oplysninger om, hvilke dækninger din børneforsikring består af.

Når der på din police eller i forsikringsvilkårene står "barnet", mener vi det forsikrede barn, og når der står "du" eller "dig", betyder det dig som forsikringstager.

Når der står "vi", "os" eller "If", betyder det:

If Skadeforsikring
Filial af If Skadeförsäkring AB (publ), Sverige
Borupvang 4, 2750 Ballerup
CVR-nr. 2420 3212
Svensk reg.nr. (Bolagsverket) 516401-8102

I vilkårene finder du ord, som er skrevet med kursiv og markeret med *. Det betyder, at ordet er nærmere forklaret i ordforklaringen, som du finder bagerst i vilkårene.

Det fremgår af din police og forsikringsvilkårene, hvilke summer der gælder for din forsikring.

Hvis du får mange skader på dine forsikringer

Formålet med en forsikring er at dække uforudsete skader. Forsikringens pris afhænger af udgifterne til skader, og derfor kan du, ved at forebygge skader, hjælpe med at fastholde prisen på forsikringen. Det betyder også, at hvis du har et atypisk skadeforløb på din forsikring, kan din forsikring blive ændret fx så din pris eller selvrisiko stiger. I så fald vil du få besked, inden det sker.
Vi vurderer løbende dit og din husstands samlede forsikringsforhold hos os. Et atypisk skadeforløb på én eller flere af dine/husstandens forsikringer, herunder tilvalgsdækninger, vil kunne påvirke dine andre forsikringer, fx i form af prisstigninger, tilføjelse af vilkår/klausuler, opsigelse af dækninger/forsikringer og i yderste konsekvens opsigelse af alle dine forsikringer.

Et par ord om skadehjælp

Du skal anmelde skader ved at logge på Mine sider på if.dk.

Et par ord om Mine sider

Når du er forsikret hos os, finder du alt om din forsikring under Mine sider på if.dk.

Det er her, du finder oplysninger om dine forsikringer og eventuelle skader, og det er her, vi i forskellige situationer vil lægge beskeder til dig om dine forsikringer.

I nogle tilfælde vil vi kontakte dig via fx e-mail, SMS eller e-Boks. Det er derfor vigtigt, at du logger på Mine sider og opdaterer dine kontaktoplysninger, hvis disse ændrer sig.

Vi arbejder løbende på at udvikle digitale løsninger, som giver dig overblik og mulighed for – enkelt og hurtigt – at foretage ændringer i dine forsikringer.

Fællesvilkår

1. Hvem er forsikret?

A. Forsikret er det barn, der er nævnt i policen. Ved et barn forstår vi en person, der endnu ikke er fyldt 18 år.

2. Hvornår dækker forsikringen?

A. **Forsikringens ikrafttrædelse**

1. Forsikringen træder i kraft på den dato, som fremgår af policen
2. For følgende tilvalgsdækninger gælder der særlige karenstider*:
   a. Strakserstatning visse kritiske sygdomme, se punkt 20.C.1
   b. Varigt mén efter visse kritiske sygdomme, se punkt 21.C.1
   c. Sundhedsforsikring, se punkt 23.A.3

B. **Forsikringens dækningsperiode**

1. Forsikringen dækker hele døgnet – også under arbejde
2. For dækningen strakserstatning, visse kritiske sygdomme og sundhedsforsikringen gælder, at krav om dækning eller refusion af udgifter for behandling skal være anmeldt til If senest seks måneder efter forsikringens ophør, uanset årsagen. Når fristen udløber, bortfalder retten til dækning eller refusion af barnets udgifter til behandling i forsikringstiden.
3. For sundhedsforsikringen gælder, at behandling af sygdomme eller ulykker, der er opstået i forsikringstiden, er dækket i op til tre måneder efter forsikringens ophør. Det er en betingelse, at behandlingen er anmeldt og godkendt i forsikringstiden.

3. Hvor og hvor længe dækker forsikringen?

A. **Danmark, Finland, Færøerne, Grønland, Island, Norge og Sverige**

Forsikringen dækker uden tidsbegrænsning.

B. **Resten af verden**

Forsikringen dækker under rejser og ophold i op til to år.

C. **Sundhedsforsikringen**

Det er et krav, at behandlingen sker i Danmark.

4. Forsikringens betaling

A. Pris og afgifter

Prisen bliver fastsat efter If's gældende tarif. Sammen med beløbet opkræver vi afgifter til det offentlige i henhold til gældende lovgivning.

B. Udgifter ved opkrævningen

Du betaler alle udgifter i forbindelse med opkrævningen.

C. Betalingsadresse

Vi sender opkrævninger i e-Boks. Er du ikke tilmeldt e-Boks, sender vi opkrævningerne til den betalingsadresse, du har oplyst. Hvis du ændre betalingsadresse, får vi automatisk besked fra folkeregistret.

D. Rettidig betalingsdag

Beløbet bliver opkrævet med oplysning om sidste rettidige betalingsdag.

E For sen betaling

1. Bliver beløbet i den første opkrævning ikke betalt rettidigt, har If ret til at lade forsikringen ophøre uden yderligere varsel. Det vil altid fremgå af opkrævningen, hvis If gør brug af denne ret.
2. Bliver beløbet i de efterfølgende opkrævninger ikke betalt rettidigt, sender If et rykkerbrev. Hvis beløbet ikke bliver betalt inden for den frist, der står i rykkerbrevet, mister forsikringstageren retten til erstatning. Hvis beløbet i det andet rykkerbrev ikke bliver betalt rettidigt, sletter vi forsikringen.
3. For hvert rykkerbrev If sender, opkræver vi et gebyr. Gebyret fremgår af prislisten på if.dk. Beløbet kan også blive oplyst ved henvendelse til If. Vi har i øvrigt ret til at opkræve renter af det forfaldne beløb i henhold til renteloven og ret til at overdrage beløbet til retslig inkasso.

5. Gebyr

A. If har ret til at forhøje eksisterende gebyrer eller indføre nye gebyrer til hel eller delvis dækning af vores omkostninger eksempelvis forbundet med at:

- Sende opkrævninger
- Foretage ekspeditioner og andre ydelser i forbindelse med police- og skadebehandling
- Opsige forsikringen før udløb af en forsikringsperiode
- Foretage besigtigelser
- Kommunikere via en ikke-digital kanal

Vi forhøjer et eksisterende gebyr med en måneds varsel til den første i en måned. Vi indfører nye gebyrer med tre måneders varsel til den første i en måned. Vi varsler forhøjelser og nye gebyrer via vores hjemmeside. Gebyrerne fremgår af prislisten på if.dk.
Beløbene kan også blive oplyst ved henvendelse til If.

6. Indeksregulering

A. Hvilke beløb og hvornår?

Priser, forsikringssummer, selvrisikobeløb og andre beløb, der er nævnt i police eller vilkår bliver indeksreguleret, når der første gang i et kalenderår skal betales for forsikringen. Dette gælder ikke, hvis der umiddelbart efter beløbet står, at det ikke bliver indeksreguleret.

B. Hvilket indeks?

Indeksreguleringen følger udviklingen i lønindekset for den private sektor fra Danmarks Statistik. Ophører dette indeks, eller ændres grundlaget for beregningen, kan If bruge et andet indeks fra Danmarks Statistik.

7. Varighed, opsigelse og ændring

A. Hvor længe gælder forsikringen?

1. Forsikringen ophører den dag, barnet fylder 18 år. Ønskes dækning efter denne dato, skal If kontaktes.
2. Forsikringen gælder for et år ad gangen (forsikringstiden)
3. Forsikringen fortsætter, hvis ikke du eller If opsiger den skriftligt med mindst en måneds varsel til forsikringstidens udløb (årsdagen)
4. Du har dog en særlig mulighed for at opsige forsikringen med 30 dages varsel til den første i en måned mod at betale et gebyr. Gebyret fremgår af prislisten på if.dk. Beløbet kan også blive oplyst ved henvendelse til If.

B. Opsigelse eller ændring ved skade

1. Fra den dag, If har modtaget en skadeanmeldelse, og indtil en måned efter at vi har betalt erstatning eller afvist at dække skaden, kan både du og If opsige forsikringen skriftligt med 14 dages varsel
2. I stedet for at opsige forsikringen kan If — også med mindst 14 dages varsel — ændre forsikringens vilkår fx ved at begrænse dækningen eller forhøje prisen. Du kan vælge at lade forsikringen udgå fra det tidspunkt, hvor ændringen skal træde i kraft. Vi skal dog have skriftlig besked inden.

C. Ændring af vilkår og pris

1. If varsler væsentlige ændringer af vilkår og/eller pris, som er til ulempe for dig, senest 30 dage før forsikringsperiodens udløb.
2. Når du betaler forsikringen for en ny periode, accepterer du samtidig ændringerne, hvorefter forsikringen fortsætter med de ændrede vilkår og/eller ændret pris.
3. Hvis du ikke vil acceptere ændringerne, har du ret til at opsige forsikringen. Opsigelsen skal være skriftlig og skal sendes inden forsikringsperiodens udløb. Forsikringen kan ikke opsiges blot ved at undlade at betale.
4. Indeksregulering betragtes ikke som en ændring af forsikringens pris.

8. Flytning og risikoændring

A. Hvornår skal If have besked?

Af hensyn til prisen og de vilkår, der gælder for forsikringen, skal If have besked, hvis det forsikrede barn flytter.

B. Når If har fået besked

Vi skal have besked, inden risikoændringen finder sted. Når vi har fået besked om ændringen, tager vi stilling til, om og på hvilke vilkår forsikringen kan fortsætte.

C. Hvis If ikke får besked

Hvis vi ikke får besked om ændringen, er der risiko for, at retten til erstatning bortfalder helt eller delvist.

9. Hvis skaden sker

A. Du skal anmelde skaden hurtigst muligt til If

Sker der en skade, skal vi have besked hurtigst muligt. Dette gælder også, selvom du mener, skaden er af et beskedent omfang. Se hvordan under punktet ”Et par ord om skadehjælp”.

Når du anmelder en skade, gælder de almindelige bestemmelser om forældelse i lov om forsikringsaftaler.

B. Godkendelse af undersøgelse eller behandling

Det er en betingelse for dækning, at If godkender undersøgelse eller behandling i forsikringstiden, inden den påbegyndes.

C. Forældremyndighedsindehaverne skal medvirke til indhentning af oplysninger

Får vi brug for oplysninger, fx hos læger eller andre forsikringsselskaber, skal forældremyndig- hedsindehaverne give os samtykke til at få disse oplysninger. Hvis vi ikke får samtykke eller adgang til de nødvendige oplysninger, kan vi afvise at behandle skaden eller eventuelt vælge at betale erstatning efter et skøn.

D. If kan vælge læge og kræve, at lægebesøget sker i Danmark

Vi kan kræve, at barnet er under nødvendig lægebehandling, og at lægens anvisninger følges. Vi kan også kræve, at barnet skal undersøges af en læge i Danmark, som vi godkender og betaler. Uanset om barnet bor i Danmark eller i udlandet, betaler vi ikke transportomkostninger eller udgifter til ophold. Vi kan afvise et krav om erstatning, hvis du ikke ønsker at få barnet undersøgt hos en læge i Danmark.

10. Generelle undtagelser

Forsikringen dækker ikke skader, som direkte eller indirekte er en følge af:

A. **Krig mv.**

Krig, krigslignende handlinger, neutralitetskrænkelse, borgerkrig, oprør eller borgerlige uroligheder. Forsikringen dækker dog under sådanne forhold, når barnet er på rejse uden for Danmark i op til en måned fra konfliktens udbrud.

Det er en betingelse, at barnet ikke:

1. Rejser til et land, der befinder sig i en af de anførte situationer
2. Selv deltager i handlingerne

B. **Naturkatastrofer**

Jordskælv eller andre naturkatastrofer i Danmark, Grønland og på Færøerne.

C. **Atomenergi mv.**

Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.

11. Klagemulighed

Hvis du ikke er tilfreds med en afgørelse, som vi har truffet, skal du kontakte den afdeling, som har behandlet din sag.

A. **Kontakt If Kundeklager**

Hvis du efter din henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du henvende dig til 'If Kundeklager' inden 12 måneder fra sagens afslutning. 'If Kundeklager' behandler din klage uden omkostninger for dig. Fristen på 12 måneder gælder alene for behandling hos 'If Kundeklager' og har ikke betydning for din klageadgang til Ankenævnet for Forsikring, domstolene eller dine rettigheder efter forældelsesreglerne i hhv. forsikringsaftaleloven og forældelsesloven.

Du kan henvende dig til 'If Kundeklager' via vores hjemmeside if.dk eller du kan klage via post:

If Skadeforsikring
Att.: If Kundeklager
Borupvang 4
2750 Ballerup

B. **Ankenævnet for Forsikring**

Hvis du efter din henvendelse til os fortsat ikke er tilfreds, kan du klage online til Ankenævnet for Forsikring.

En klage til Ankenævnet for Forsikring skal indsendes på et elektronisk skema, som du finder på ankeforsikring.dk.

Det koster et gebyr. Gebyret tilbagebetales, hvis du får helt eller delvis medhold i klagen, eller nævnet afviser at behandle klagen.

12. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

A. Fastsættelse af ménprocenten

Både du og If kan forlange, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter ménprocenten.
Den af parterne, der ønsker, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring skal fastsætte ménprocenten, skal selv betale alle de nødvendige omkostninger. Har If fastsat en ménprocent, som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring ændrer til fordel for barnet, betaler vi altid omkostningerne.

Du kan finde méntabellen på aes.dk.

B. Forudbestemt méngrad eller særskilt tabel efter kræftsygdomme

Du kan ikke benytte Arbejdsmarkedets Erhvervssikring i de situationer, hvor der er en forudbestemt méngrad, eller hvor erstatningen bestemmes efter en særskilt tabel for kræftsygdomme.

13. Lovgivning, tilsyn og garantifond

A. Lovgivning

Lov om forsikringsaftaler og lov om finansiel virksomhed danner blandt andet grundlag for forsikringsaftalen.

B. Tilsyn og garantifond

If er underlagt tilsyn af Finanstilsynet og tilsluttet Garantifonden for skades forsikringsselskaber.

Ulykke

14. Varigt mén efter ulykke

A. Hvilke skader er dækket

1. Forsikringen dækker direkte følger af et ulykkestilfælde. Ved et ulykkestilfælde forstår vi: *en pludselig hændelse, der forårsager personskade*.
2. Der skal være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden for at opnå dækning. I vurderingen lægger vi bl.a. vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskaden.

B. Andre følger, som forsikringen dækker

1. Drukning, kulilteforgiftning, legemsbeskadigelse som følge af forfrysning, hedeslag eller solstik.
2. Direkte følger af ulykkestilfælde, der skyldes besvimelse og ildebefindende – dvs. kortvarige bevidsthedstab, hvor årsagen ikke er sygdom, sygdomsanlæg eller en lidelse.
3. Direkte følger af ulykkestilfælde, der skyldes, at barnet falder i søvn eller går i søvne – dog ikke, hvis årsagen er sygdom, sygdomsanlæg eller en lidelse.
4. Direkte følger af skadelige påvirkninger af højst fem dages varighed, når skaden består i sår, blærer eller seneskedebetændelse eller er forårsaget af stærkt lokalt irriterende eller lokalt ætsende kemiske stoffer.
5. Direkte følger af børnelammelse (poliomyelitis anterior acuta), som første gang er symptomgivende, tidligst 30 dage efter at forsikringen er trådt i kraft. Forsikringen dækker ikke senfølger efter polio, dvs. post polio-syndrom.
6. Varigt mén i form af psykiske følger efter hændelser, hvor barnet selv har været direkte udsat for fare for personskade.
7. Direkte følger af ulykkestilfælde, der skyldes udøvelse af sport, også sportsgrene, der almindeligvis betragtes som farlig sport.

15. Hvilke skader dækker forsikringen ikke?

A. Sygdom

1. Forsikringen dækker ikke personskade, der direkte eller indirekte er forårsaget af sygdom, sygdomsanlæg eller en lidelse. Se dog punkt 14.B.5.
2. Følger af ulykkestilfælde, der skyldes enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse. Dette gælder også, selvom den forudbestående sygdom, sygdomsanlægget eller lidelsen ikke har været symptomgivende før ulykkestilfældet.

B. Forværring af følger

Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, uanset om der har været symptomer eller ej før ulykkestilfældet.

C. Nedslidning og overbelastning

1. Skader på kroppen, der skyldes nedslidning eller overbelastning, der ikke er pludselig

2. Varige mén som følge af en overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykken

D. Smitte

Følger af sygdomme fra enhver form for mikroorganismer (vira, bakterier, parasitter, svampe). Se dog punkt 14.B.5.

E. Forgiftning

Forgiftninger fra mad, drikke, nydelsesmidler og medicin.

F. Fødsler

Skader sket på et nyfødt barn i forbindelse med fødsler.

G. Følger efter lægebehandling, donation eller transplantation

Følger efter tandlæge-, læge- og andre behandlinger. Følger efter donation af og modtagelse af blod eller organer er heller ikke dækket. Forsikringen dækker dog, hvis selve behandlingen er nødvendig for barnet efter et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

H. Med vilje

Følger af ulykkestilfælde, der er fremkaldt af barnet med vilje, herunder selvmordsforsøg. Dette gælder uanset barnets sindstilstand eller tilregnelighed på ulykkestidspunktet.

I. Grov uagtsomhed mm.

Følger af ulykkestilfælde, der skyldes:

1. Barnets grove uagtsomhed
2. Barnets deltagelse i slagsmål eller håndgemæng
3. Strafbare handlinger
4. Selvforskyldt beruselse, selvforskyldt påvirkning af narkotika eller andre lignende giftstoffer eller selvforskyldt påvirkning af andre rusmidler

J. Professionel sport

Ulykkestilfælde, som sker under træning, deltagelse eller udførelse af professionel sport, og hvor:

1. Barnet er omfattet af en arbejdsskadeforsikring, eller
2. Barnets deltagelse udløser løn, sponsorater, befordring, udstyr, kørselsgodtgørelse eller anden form for indkomst eller vederlag til et samlet bruttobeløb, der overstiger 58.380 kr kr. (2024) årligt

K. Udgifter til advokat og rådgivning

Forsikringen dækker ikke udgifter til advokat og anden form for rådgivning.

16. Hvordan bliver skaderne erstattet?

A. Erstatningen afhænger af forsikringens sum og bliver fastsat på grundlag af summen på ulykkestidspunktet.

B. **Erstatning for varigt mén efter ulykke**

1. Får barnet et varigt mén, er erstatningen lige så mange procent af forsikringssummen, som ménprocenten bliver fastsat til
2. Ménprocenten bliver fastsat efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel. Vi bruger altid den méntabel, der gælder på afgørelsestidspunktet. Bliver erstatningssagen senere genoptaget, bruger vi den samme méntabel, som blev brugt ved den første afgørelse. Ménprocenten bliver fastsat uden hensyn til eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, barnets specielle erhverv, individuelle forhold og sociale situation.
3. Hvis der sker skade på et af de såkaldte parrede organer (øjne, ører, lunger, nyrer), og der i forvejen er skade på det andet organ, bliver ménprocenten fastsat som forskellen mellem den oprindelige ménprocent og den samlede ménprocent for tab af begge organer
4. Vi betaler ikke erstatning for invaliditet, der bestod før ulykkestilfældet. Denne invaliditet kan derfor ikke bevirke, at ménprocenten bliver fastsat højere, end hvis en sådan invaliditet ikke havde været til stede.
5. Vi betaler ikke erstatning for en bestående lidelse, herunder en degenerativ forandring (nedslidning/nedbrydning). Dette gælder også, selvom lidelsen ikke har været symptomgivende før skaden.
6. Har barnet fået erstatning for en tidligere skade, betaler vi i forbindelse med et nyt ulykkestilfælde ikke erstatning for de samme følger igen – uanset om de stadig er til stede eller ej
7. Vi betaler erstatning, hvis skaden har medført, at barnet har fået et varigt mén på mindst 5%.
8. Højeste ménprocent er normalt 100. I ganske særlige tilfælde kan der efter reglerne i méntabellen blive fastsat en højere ménprocent på 120.
9. Er barnet umyndigt på tidspunktet for udbetaling af erstatningen, bliver erstatningen udbetalt efter bestemmelserne i værgemålsloven. Hvis barnet er blevet myndigt, udbetales erstatningen til barnet.

C. **Dobbelterstatning ved ménprocenter på 30 og derover**

Vi fordobler erstatningen efter ulykkestilfælde ved ménprocenter på 30 og derover. Der er ikke mulighed for dobbelterstatning ved udbetaling af varigt mén efter visse kritiske sygdomme.

D. **Rådighedsbeløb**

Hvis ménprocenten efter et ulykkestilfælde er 30 eller derover, betaler vi – ud over selve ménerstatningen – et ekstra beløb, som fremgår af policen. Beløbet er til fri rådighed for den/ de personer, der har forældremyndigheden på udbetalingstidspunktet. Har andre end de, der har forældremyndigheden, købt forsikringen, betaler vi rådighedsbeløbet efter bestemmelserne i værgemålsloven. Er barnet myndigt på tidspunktet for udbetalingen, betaler vi beløbet til barnet.

Ved udbetaling af varigt mén efter visse kritiske sygdomme er der ikke mulighed for udbetaling af rådighedsbeløbet, selvom ménprocenten er 30 eller derover.

E. **Tand- og tyggeskade**

1. Forsikringen dækker tandskade, der sker ved et ulykkestilfælde.

2. Forsikringen dækker tandskade, der sker ved tygning.
3. Forsikringen dækker skade på tandproteser, mens protesen sidder i munden.
4. Vi betaler rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling som følge af et ulykkestilfælde. Ved rimelige og nødvendige udgifter forstår vi udgifter til genopretning af samme tandstatus som før skaden.
5. Bliver udgiften til tandbehandling erstattet fra anden side, fx af arbejdsskadesikringen, sygesikringen eller en sygeforsikring, dækker denne forsikring ikke eller kun forholdsmæssigt.
6. Vi skal godkende behandlingen og prisen, før behandlingen begynder.
7. Erstatningen kan blive sat ned eller bortfalde, hvis tandens eller tændernes tilstand inden ulykkestilfældet var forringet. Forringelserne kan være opstået som følge af fyldninger, caries, genopbygning, rodbehandling, slid, paradentose, fæstetab eller andre sygdomme i tænderne og i de omgivende knogler.
8. Hvis en beskadiget tand er et led i en bro, eller nabotænder mangler eller er forringet jf. punkt 16.E.7, kan erstatningen ikke overstige, hvad der svarer til en nødvendig behandling af en sund tand.
9. Vi betaler ikke for almindelig vedligeholdelse eller reparation af tænder, som er repareret tidligere i forbindelse med et ulykkestilfælde, og hvor denne udgift er betalt af forsikringen.
10. Forsikringen dækker ikke udgifter til den endelige tandbehandling, der ikke er afsluttet, senest når barnet fylder 30 år.
11. Forsikringen dækker ikke følgeudgifter efter en tandskade, såsom udgifter til bideskinner, tandbøjle mv.

F. Briller

1. Erstatning ved skade på briller og kontaktlinser
   - Forsikringen dækker skade på briller og kontaktlinser med styrke efter et ulykkestilfælde jf. punkt 14.A.1
   - Det er en betingelse, at brillerne sidder på næsen og kontaktlinserne sidder i øjnene på tidspunktet for ulykkestilfældet for at opnå erstatning
   - Bliver udgiften til briller eller kontaktlinser erstattet fra anden side, fx af arbejdsskadesikringen, sygesikringen eller en sygeforsikring, dækker denne forsikring ikke eller kun forholdsmæssigt.
   - Vi betaler enten for en reparation eller for et par tilsvarende briller med samme stel og styrke som de beskadigede. Kontaktlinser bliver erstattet med tilsvarende nye.
   - Erstatningen er højst 5.971 kr. (2024) pr. skade.
2. Nedsat syn efter ulykke
   - Forsikringen dækker udgifter til det første par briller, hvis et ulykkestilfælde medfører forringet syn.
   - Barnet må ikke forud for skaden have haft behov for briller
   - Synet skal være forringet med mindst +/- 0,5 som følge af ulykken
   - Vi skal bruge dokumentation for synsnedsættelsen fra øjenlæge eller hospital
   - Bliver udgiften til briller erstattet fra anden side, fx af arbejdsskadesikringen, sygesikringen eller en sygeforsikring, dækker denne forsikring ikke eller kun forholdsmæssigt.

- Erstatningen er højst 5.971 kr. (2024)
- Ved eventuelle senfølger, som forværrer synet, dækker forsikringen ikke udgifter til nye briller.

G. Begravelseshjælp

1. Forsikringen dækker begravelseshjælp ved dødsfald som følge af ulykke eller sygdom. Dødsfaldet skal være sket, inden barnet fylder 18 år.
2. Dør barnet, betaler vi det beløb til dig, der fremgår af policen under begravelseshjælp.

H. Genoptræning

1. Vi betaler for rimelig og nødvendig behandling af direkte følger efter et ulykkestilfælde. Behandlingerne skal være helbredende og ske hos en af følgende:
   - Kiropraktor, som har overenskomst med den offentlige sygesikring
   - Lægehenvist fysioterapeut, som har overenskomst med den offentlige sygesikring.
   - Akupunktør, hvis behandleren har bestået en eksamen som akupunktør. Behandleren skal være Registreret Alternativ Behandler (RAB) eller registreret under en anden sundhedsautoriseret og anerkendt brancheforening, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen.
   - Autoriseret osteopat
2. Udgifter til andre former for behandlinger er ikke dækket af forsikringen.
3. Vi betaler udgifterne, indtil ménprocenten er fastsat, dog højst i 12 måneder fra skadedatoen. De samlede udgifter til behandlinger kan højst udgøre 2 % af den forsikringssum, som var gældende på skadedatoen.
4. Udgifter til nødvendig transport i Danmark er dækket fra ulykkesstedet til behandling og hjem på skadedagen.
5. Vi betaler ikke for udgifter til behandling for overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykken.
6. Bliver udgifterne til behandling erstattet fra anden side, fx en arbejdsskadeforsikring, sygesikringen eller en sygeforsikring, dækker denne forsikring ikke eller kun forholdsmæssigt.
7. Vi betaler ikke for behandlinger, som det offentlige sygehusvæsen kan udføre
8. Vi betaler ikke udgifter til bandager, forbindinger, hjælpemidler, medicin og lignende.

I. Akut psykologisk krisehjælp

Vi betaler udgifter til akut psykologisk krisehjælp, hvis barnet har været udsat for livsfare eller været direkte impliceret i et ulykkestilfælde af traumatisk karakter – fx røveri, vold, overfald samt brandskader, drukneulykker og trafikuheld, som har kostet menneskeliv, eller hvor der har været overhængende fare for menneskeliv.

Forsikringen dækker op til 10 timers konsultation hos en psykolog for barnet, som er forsikret. Da der er tale om akut krisehjælp, dækker forsikringen kun, hvis behovet er anmeldt til os senest tre måneder efter ulykken.

Bliver udgiften erstattet fra anden side, fx af arbejdsskadesikringen, sygesikringen eller en sygeforsikring, dækker ulykkesforsikringen ikke eller kun forholdsmæssigt.

Omsorg ved ulykke eller visse kritiske sygdomme

Dækningen gælder, hvis barnet får en skade, der er omfattet af dækningen varigt mén efter ulykke, strakserstatning visse kritiske sygdomme eller varigt mén efter visse kritiske sygdomme.

17. Omsorg

Dækningen kan benyttes i de tilfælde, hvor barnet har:

- En stor, alvorlig dækningsberettigende skade eller
- Et svært, længerevarende forløb efter en dækningsberettigende kritisk sygdom Vi vurderer, om vi kan tilbyde dækningen på baggrund af barnets aktuelle situation. I vurderingen lægger vi vægt på, om der er grundlag for, at vi ved rådgivning kan hjælpe dig og barnet videre og så vidt muligt tilbage til jeres normale hverdag.

I samarbejde med vores netværk af socialrådgivere kan vi bl.a. hjælpe med at skabe overblik i en svær situation med følgende vejledning:

1. Hvem i det offentlige system du kan kontakte
2. Hvilke andre forsikringer der kan komme i spil
3. Hvilke muligheder du har for at få kompenseret tabt arbejdsfortjeneste, hvis du er indlagt med barnet
4. Hvilke hjælpemidler barnet kan være berettiget til
5. Hvilke patientforeninger du kan kontakte
   Vi tilbyder dækningen, så længe vi vurderer, at vi kan gøre en forskel. Dækningen ophører, når situationen bliver stabil, dog senest når barnet fylder 18 år.

Tilvalgsdækninger – ulykke

Tilvalgsdækninger følger de fælles vilkår, der gælder for børneforsikringen, jf. punkt 1-15.

18. Strakserstatning ulykke

Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af policen.

A. Brud og overrivning efter et dækningsberettigende ulykkestilfælde

1. Forsikringen dækker ulykkestilfælde, hvor der opstår:

    a. Et knoglebrud
    b. Totalt overrevet akillessene
    c. Totalt overrevet sideledbånd i knæ
    d. Totalt overrevet korsbånd

    Ved knoglebrud mener vi brud på kranie, næse, kraveben, skulder, over- og underarm, albue, håndled, mellemhånd, ryg, bækken, hofte, lår, underben, knæ, ankel og mellemfod. Brud skal være konstateret og synligt ved røntgenundersøgelse. Skade på akillessene skal være dokumenteret i skadestue- eller lægejournal. Skade på sideledbånd skal være konstateret ved skanning. Korsbåndsskade skal være konstateret ved en skanning eller kikkertoperation.

2. Forsikringen dækker ikke:

    a. Andre typer af ledbåndsskader, brud på fingre, tæer, ribben, haleben eller andre knogler, som ikke er nævnt ovenfor.
    b. Træthedsbrud/stress-fraktur.

3. Erstatning:

    a. Vi betaler et engangsbeløb for ét brud eller én overrivning. Ved to eller flere samtidige brud /overrivninger ved samme ulykkestilfælde betaler vi et højere engangsbeløb. Beløbene fremgår af policen.
    b. Strakserstatningen betaler vi, uanset om der er varige følger, og der senere fastsættes en ménprocent.
    c. Erstatningen bliver udbetalt til forsikringstageren.

B. Hospitalskompensation

1. Forsikringen dækker hospitalskompensation, hvis barnet bliver indlagt i mindst tre sammenhængende dage på grund af et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Se definitionen på et ulykkestilfælde i punkt 14.A.1.

    a. Der ydes kompensation fra og med 3. indlæggelsesdag.
    b. Hvis barnet bliver indlagt igen på grund af samme ulykkestilfælde, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første indlæggelse.

2. Erstatning:

    a. Der ydes en kompensation på 351 kr. (2024) pr. dag i den periode, barnet er indlagt.
    b. Der gælder en erstatning på højst 35.026 kr. (2024) pr. år regnet fra skadedatoen, dog højst 105.077 kr. (2024) i hele forsikringsperioden.
    c. Du skal dokumentere indlæggelsen ved at sende os de relevante journaler.
    d. Kompensationen bliver udbetalt til forsikringstageren.

19. Forhøjet erstatning ved varigt mén

Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af policen.

A. Forsikringen dækker

I forbindelse med et ulykkestilfælde giver forsikringen ret til forhøjet erstatning ved:

1. Tab af syn på et øje
2. Tab af et øje
3. Tab af hørelsen på et øre
4. Tab af en eller flere fingre (amputation)

Vi tager normalt udgangspunkt i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel, når vi fastsætter det varige mén. Med forhøjet erstatning ved varigt mén følger vi i stedet denne invaliditetsskala:

Tab af	Normal dækning	Med forhøjet erstatning ved varigt mén
Synet på et øje	20 %	50 %
Øje	25 %	55 %
Hørelse på øre	10 %	40 %
Tommel- og mellemhåndsben	25-30 %	60 %
Tommelfinger	20-25 %	50 %
Tommelfingerens yderstykke	12 %	25 %
Pegefinger	10 %	25 %
Pegefingerens yder- og midterstykke	10 %	20 %
Pegefingerens yderstykke	5 %	10 %
Langefinger	10 %	20 %
Langefingerens yder- og midterstykke	8 %	20 %
Ringfinger	8 %	20 %
Ringfingerens yder- og midterstykke	5 %	10 %
Lillefinger	8 %	20 %
Lillefingerens yder- og midterstykke	5 %	10 %

B. Forsikringen dækker ikke

Skader på legemsdele, der ikke er nævnt i invaliditetsskalaen.

Sker der en ulykke, som rammer fingre, betaler vi kun erstatning efter skalaen i de tilfælde, hvor der er tale om en fuldstændig amputation. Har barnet fx mistet et halvt led, fastsætter vi i stedet det varige mén efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel.

C. Erstatning

1. Der bliver ikke betalt erstatning efter både Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel og invaliditetsskalaen
2. Er det et varigt mén efter skalaen på 30 % eller derover, betaler vi hverken dobbelterstatning eller rådighedsbeløb, og er der tab af flere legemsdele, betaler vi ikke mere end 100 % i varigt mén
3. Er barnet umyndigt på tidspunktet for udbetaling af erstatningen, bliver erstatningen udbetalt efter bestemmelserne i værgemålsloven. Hvis barnet er blevet myndigt, udbetales erstatningen til barnet.

Tilvalgsdækninger – sygdom

20. Strakserstatning visse kritiske sygdomme

Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af policen.

A. Hvornår dækker strakserstatning visse kritiske sygdomme?

1. Strakserstatning visse kritiske sygdomme dækker de sygdomme og diagnoser, der er nævnt i sygdomslisten nedenfor. De konkrete diagnoser (diagnosekoder) finder du i den tilhørende ordforklaring. Diagnoser, der ikke er nævnt i listen over sygdomme eller ikke opfylder kravene, berettiger ikke til udbetaling.
2. Den kritiske sygdom skal være diagnosticeret i forsikringstiden, før den er omfattet af forsikringsdækningen.

B. Sygdomsliste – strakserstatning visse kritiske sygdomme

1. Kræft*
2. Sygdomme i hjertemusklen (kardiomyopatier)*
3. Hjertesygdomme (infektiøse/immunologiske)*
4. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger
5. Dissemineret sclerose (DS)/multipel sclerose (MS)*
6. Muskelsvind A*
7. Muskelsvind B*
8. Muskelsvind C*
9. HIV, AIDS
10. Kronisk nyresvigt med behov for varig dialyse eller transplantation
11. Planlagt eller gennemført større organtransplantation af hjerte-, lunge-, lever- eller bugspytkirtel
12. Praktisk blindhed*
13. Total døvhed*
14. Polyartikulær juvenil idiopatisk arthrit (leddegigt)
15. Calvé-Legg-Perthes*
16. Meningitis
17. Colitis ulcerosa* og Crohns sygdom*
18. Svær epilepsi*

C. Undtagelser i dækningen

1. Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser første symptom* eller diagnosticeres, før eller inden for de første tre måneder efter forsikringen er trådt i kraft (karenstid*)
2. Forsikringen dækker ikke, hvis barnet før forsikringstiden har fået stillet en diagnose på en omfattet sygdomstype og senere får stillet en diagnose inden for samme sygdomstype. Det betyder, at hvis barnet eksempelvis har fået stillet en kræftdiagnose (fx leukæmi) før forsikringstiden, er barnet ikke dækket for nogen form for kræftdiagnose (fx kræft i hjernen) i forsikringstiden – se dog punkt 3 nedenfor.

3. Hvis barnet har fået diagnosticeret kræft inden forsikringstidens begyndelse og er blevet raskmeldt, vil der dog være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden fem år efter raskmeldingen. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst fem år.
4. Der kan ikke ske udbetaling mere end én gang pr. diagnose. Det betyder, at hvis der er sket udbetaling for diagnosen kræft, vil der ikke senere ske udbetaling for kræft igen, uanset hvilken kræftdiagnose der er tale om.
5. Hvis en kritisk sygdom eller behandling af en kritisk sygdom udvikler sig til/medfører en anden kritisk sygdom, yder vi ikke erstatning for den anden kritiske sygdom, da det er en følge af den oprindelige sygdom
6. Hvis der opstår en kritisk sygdom som følge af et ulykkestilfælde, ydes der ikke erstatning under dækningen strakserstatning visse kritiske sygdomme
7. Hvis barnet dør, bortfalder retten til erstatning for den kritiske sygdom, medmindre du skriftligt inden 30 dage efter barnets død har anmeldt og sendt dokumentation for en dækningsberettigende kritisk sygdom til If

D. Dokumentation

1. Inden udbetaling kan finde sted, skal du sende os relevant dokumentation for den stillede diagnose
2. Du og barnet er forpligtede til at give de oplysninger, som If anser for nødvendige til vurdering af udbetalingen, herunder give tilladelse til, at If indhenter lægelige oplysninger. I modsat fald kan vi ikke tage stilling til dækning.

E. Erstatning

Erstatningen udbetales som et engangsbeløb, når den kritiske sygdom er diagnosticeret. Forsikringssummen for strakserstatning visse kritiske sygdomme fremgår af policen.

1. Udbetaling af forsikringssummen sker til den/de personer, der har forældremyndigheden på udbetalingstidspunktet. Har andre end de, der har forældremyndigheden, købt forsikringen, udbetaler vi beløbet efter bestemmelserne i værgemålsloven. Er barnet blevet myndigt på tidspunktet for udbetalingen, betaler vi beløbet til barnet.
2. Udbetaling omfatter den forsikringssum, der var gældende den dag, hvor sygdommen blev diagnosticeret, og udbetalingskravene var opfyldt
3. Strakserstatning visse kritiske sygdomme kan udbetales flere gange til barnet, hvis følgende to betingelser er opfyldt:
    a. Der er gået mindst seks måneder mellem diagnosetidspunkterne (er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes fristen på de seks måneder, fra den dato hvor operationen er foretaget)
    b. Den efterfølgende diagnose ikke falder ind under den eller de diagnosetyper, der tidligere er sket udbetaling for

F. Hospitalskompensation

1. Forsikringen dækker hospitalskompensation, hvis barnet bliver indlagt i mindst tre sammenhængende dage på grund af en kritisk sygdom, som er nævnt i sygdomslisten punkt 20.B.
    a. Der ydes kompensation fra og med 3. indlæggelsesdag
    b. Hvis barnet bliver indlagt igen på grund af samme kritiske sygdom, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første indlæggelse

2. Erstatning:

   a. Kompensationen ydes fra den dag, diagnosen stilles
   b. Der ydes en kompensation på 351 kr. (2024) pr. dag i den periode, barnet er indlagt
   c. Der gælder en erstatning på højst 35.026 kr. (2024) pr. år regnet fra den dato, diagnosen stilles, dog højst 105.077 kr. (2024) i hele forsikringsperioden
   d. Du skal dokumentere indlæggelsen ved at sende os de relevante journaler
   e. Kompensationen bliver udbetalt til forsikringstageren

21. Varigt mén efter visse kritiske sygdomme

Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af policen.

A. Hvornår dækker varigt mén efter visse kritiske sygdomme?

1. Forsikringen dækker varigt mén efter de sygdomme og diagnoser, der er nævnt i sygdomslisten nedenfor. De konkrete diagnoser (diagnosekoder) finder du i den tilhørende ordforklaring. Diagnoser, der ikke er nævnt i listen over sygdomme eller ikke opfylder kravene, berettiger ikke til udbetaling.
2. Den kritiske sygdom skal være diagnosticeret i forsikringstiden, før den er omfattet af forsikringsdækningen.

B. Sygdomsliste – varigt mén efter visse kritiske sygdomme

I skemaets første kolonne fremgår de sygdomstyper, som giver mulighed for erstatning ved varigt mén. I anden kolonne kan du se, om erstatningen fastsættes med baggrund i. Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel (AES méntabel), eller om der gælder en forudbestemt ménprocent.

Sygdomstype	Varigt mén
1. Kræft* med senfølger svarende til grad 1 opgjort efter CTCAE version 4.0*	10 %
2. Kræft* med senfølger svarende til grad 2 opgjort efter CTCAE version 4.0*	20 %
3. Kræft* med senfølger svarende til grad 3 opgjort efter CTCAE version 4.0*	50 %
4. Kræft* med senfølger svarende til grad 4 opgjort efter CTCAE version 4.0*	100 %
5. Sygdomme i hjertemusklen (kardiomyopatier)*	80 %
6. Hjertesygdomme (Infektiøse/immunologiske)*	60 %
7. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger	Vurderes efter AES' méntabel
8. Dissemineret sclerose (DS)/multipel sclerose (MS)*	50 %
9. Muskelsvind A*	20 %
10. Muskelsvind B*	50 %
11. Muskelsvind C*	100 %
12. Kronisk nyresvigt med behov for varig dialyse eller transplantation	65 %
13. Planlagt eller gennemført større organtransplantation af hjerte-, lunge-, lever- eller bugspytkirtel	65 %
14. Praktisk blindhed*	100 %
15. Total døvhed*	75 %
16. Polyartikulær juvenil idiopatisk arthrit (leddegigt)	Vurderes efter AES' méntabel
17. Calvé-Legg-Perthes*	10 % pr. hofte
18. Meningitis	Vurderes efter AES' méntabel
19. Colitis ulcerosa* og Crohns sygdom*	15 %
20. Svær epilepsi*	50 %

C. Undtagelser i dækningen

1. Forsikringen dækker ikke varigt mén efter kritisk sygdom, der viser første symptom* eller diagnosticeres, før eller inden for de første tre måneder efter forsikringen er trådt i kraft (karenstid*)
2. Forsikringen dækker ikke varigt mén, hvis barnet før forsikringstiden har fået stillet en diagnose på en omfattet sygdomstype og senere får varigt mén som følge af en diagnose inden for samme sygdomstype. Det betyder, at hvis barnet eksempelvis har fået stillet en kræftdiagnose (fx leukæmi) før forsikringstiden, er barnet ikke dækket i tilfælde af varigt mén på grund af en ny kræftdiagnose (fx kræft i hjernen) i forsikringstiden – se dog stk. 3 nedenfor.
3. Hvis barnet har fået diagnosticeret kræft inden forsikringstidens begyndelse og er blevet raskmeldt, vil der være ret til udbetaling ved varigt mén, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden tidligst fem år efter raskmeldingen. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst fem år.
4. Hvis der opstår en kritisk sygdom som følge af et dækningsberettigende ulykkestilfælde, ydes der ikke erstatning under dækningen varigt mén efter visse kritiske sygdomme. Et eventuelt varigt mén behandles under dækningen varigt mén efter ulykke.
5. Der kan ikke ske udbetaling mere end én gang pr. diagnose. Det betyder, at hvis der fx er sket udbetaling for diagnosen kræft, vil der ikke senere kunne ske udbetaling for kræft igen, uanset hvilken kræftdiagnose der er tale om.
6. Dør barnet, bortfalder retten til erstatning for varigt mén efter den kritiske sygdom, medmindre du skriftligt inden 30 dage efter barnets død har anmeldt og sendt dokumentation for en dækningsberettigende kritisk sygdom til If. Det er en betingelse, at diagnosen er stillet inden dødsfaldet.

D. Dokumentation

1. Inden udbetaling kan finde sted, skal du sende os relevant dokumentation for den stillede diagnose
2. Du og barnet er forpligtede til at give de oplysninger, som If anser for nødvendige til vurdering af udbetalingen, herunder give tilladelse til at If indhenter lægelige oplysninger. I modsat fald kan vi ikke tage stilling til dækning.

E. Erstatning

1. Erstatningen afhænger af forsikringens sum og bliver fastsat på grundlag af forsikringssummens størrelse på diagnosetidspunktet
2. Du kan se i sygdomslistens højre kolonne under varigt mén (se punkt 21.B), om der gælder en forudbestemt ménprocent for diagnosen, eller om erstatningen fastsættes på baggrund af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel
3. Hvis der gælder en forudbestemt ménprocent, betaler vi så mange procent af forsikringssummen, som ménprocenten er fastsat til.
   - Udbetalingen sker som et engangsbeløb og udbetales, når sygdommen er diagnosticeret
   - Den forudbestemte ménprocent udgør den højeste udbetaling for varigt mén inklusive eventuelle senfølger. Er det fx en følge af den kritiske sygdom, at barnet rammes af en anden kritisk sygdomsdiagnose, udløser den nye diagnose derfor ikke en selvstændig erstatning.

- Ved dækningsberettigende kræft afhænger størrelsen af den forudbestemte ménprocent af den grad (1-4), som de blivende følger af sygdom og behandling vurderes til efter CTCAE version 4.0*. Vurderingen skal udføres af en børneonkolog, som ved udfyldelse af en erklæring beskriver inddelingen (grad 1-4) af barnets mén. Er barnet ramt af flere følger, bliver ménet fastsat med den procent, der gælder for den højeste grad.

4. Hvis erstatningen fastsættes på baggrund af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel, er erstatningen lige så mange procent af forsikringssummen, som ménprocenten bliver fastsat til.

   - Vi bruger altid den méntabel, der gælder på afgørelsestidspunktet
   - Vi betaler erstatning, hvis skaden har medført, at barnet har fået et varigt mén på mindst 5 %
   - Højeste ménprocent er normalt 100. I ganske særlige tilfælde kan der efter reglerne i méntabellen blive fastsat en højere ménprocent på 120.
   - Ménet fastsættes, når tilstanden er stabil, dog senest tre år efter diagnosen er stillet. Herefter kan sagen ikke genoptages. Forsikringen dækker ikke følger og forværringer, der opstår mere end tre år efter, diagnosen er stillet.
   - Ménprocenten beregnes som det mén, sygdommen har medført inklusive eventuelle senfølger. Er det eksempelvis en følge af den kritiske sygdom, at barnet rammes af en anden kritisk sygdomsdiagnose, udløser den nye diagnose ikke en selvstændig erstatning. Den nye sygdomsdiagnose indgår i ménberegningen for den første sygdomsdiagnose.
   - Bliver erstatningssagen genoptaget inden for de tre år, bruger vi den samme méntabel, som blev brugt ved den første afgørelse. Ménprocenten bliver fastsat uden hensyn til eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, barnets specielle erhverv, individuelle forhold og sociale situation.
   - Hvis der sker skade på et af de såkaldte parrede organer (øjne, ører, lunger, nyrer), og der i forvejen er skade på det andet organ, bliver ménprocenten fastsat som forskellen mellem den oprindelige ménprocent og den samlede ménprocent for tab af begge organer
   - Vi betaler ikke erstatning for invaliditet, der bestod før diagnosticeringen af den kritiske sygdom. Denne invaliditet kan derfor ikke bevirke, at ménprocenten bliver fastsat højere, end hvis en sådan invaliditet ikke havde været til stede.
   - Vi betaler ikke erstatning for en bestående lidelse, herunder en degenerativ forandring (nedslidning/nedbrydning). Dette gælder også, selvom lidelsen ikke har været symptomgivende før skaden.

5. Er barnet umyndigt på tidspunktet for udbetaling af erstatningen, bliver erstatningen udbetalt efter bestemmelserne i værgemålsloven. Hvis barnet er blevet myndigt, udbetales erstatningen til barnet.

22. Nedsat syn efter kritisk sygdom

Dækningen gælder, hvis barnet får en sygdom, der er omfattet af dækningen strakserstatning visse kritiske sygdomme eller varigt mén efter visse kritiske sygdomme.

1. Forsikringen dækker udgifter til det første par briller, hvis en dækningsberettigende kritisk sygdom medfører forringet syn. Ved kritisk sygdom forstår vi de sygdomme eller tilstande, der er beskrevet i sygdomslisten jf. punkt 20.B.
2. Barnet må ikke forud for skaden have haft behov for briller
3. Synet skal være forringet med mindst +/- 0,5 som følge af den kritiske sygdom
    - Vi skal bruge dokumentation for synsnedsættelsen fra øjenlæge eller hospital
4. Bliver udgiften til briller erstattet fra anden side, fx af arbejdsskadesikringen, sygesikringen eller en sygeforsikring, dækker denne forsikring ikke eller kun forholdsmæssigt
5. Erstatningen er højst 5.971 kr. (2024)
6. Ved eventuelle senfølger, som forværrer synet, dækker forsikringen ikke udgifter til nye briller

Sundhed

23. Sundhedsforsikring

A. Hvilke skader dækker sundhedsforsikringen?

1. Forsikringen dækker udgifter til barnets behandling af sygdomme og andre skader i forsikringstiden. Forsikringstiden starter, når forsikringen træder i kraft, og slutter, når forsikringen ophører, uanset årsagen.
2. Sygdomme og andre skader er ikke dækningsberettigende, hvis:
   - De er opstået, før forsikringen er trådt i kraft
   - Første symptom* har vist sig, før forsikringen er trådt i kraft
   - De er opstået, efter forsikringen er ophørt
3. Forsikringen dækker også behandling af sygdomme og andre skader, der er opstået før forsikringstiden, forudsat at de er færdigbehandlet før forsikringstiden, og at barnet har været raskmeldt og symptom- og behandlingsfrit for sygdommen i mindst to år, fra forsikringen er trådt i kraft. Forsikringen dækker aldrig behandling af kroniske sygdomme, der er opstået, før forsikringen er trådt i kraft.
4. Den 2-årige karensperiode forkortes, hvis barnet bliver dækket af sundhedsforsikringen umiddelbart i forlængelse af at have været omfattet af en anden sundhedssikring med en tilsvarende dækning, hvor barnet har optjent karens. Den periode, hvor barnet har været omfattet af den tilsvarende forsikring, trækkes fra den 2-årige karensperiode. Har barnet været omfattet af en tilsvarende sundhedsforsikring i to år eller mere umiddelbart op til ikrafttrædelsesdatoen for denne forsikring, bortfalder den 2-årige karensperiode, og barnet er dækket fra ikrafttrædelsesdatoen.
5. Al undersøgelse eller behandling efter denne forsikring er betinget af en lægehenvisning, se dog punkt 23.D.1.u. Ved behandling af alkoholmisbrug er det dog nødvendigt med en skriftlig lægeerklæring om, at barnet har behov for behandlingen. Ved behandlinger, som ikke kræver lægehenvisning, kan If kræve en skriftlig erklæring fra egen læge eller behandleren om, at barnet har behov for behandlingen. I øvrigt gælder for enhver undersøgelse, herunder efterkontrol eller behandling, at den skal godkendes af If, se punkt 9.B.
6. Vi forbeholder os ret til at udpege alle relevante behandlere i forbindelse med behandling, fx fysioterapeut, speciallæge mv.
7. Det er derudover en forudsætning for dækning, at:
   a. Der er tale om sygelige tilstande eller lidelser, der via behandlingen kan forventes kureret eller væsentligt og varigt forbedret efter en almen dansk lægelig vurdering, eller
   b. Der er tale om en kronisk sygdom, lidelse eller tilstand, som er opstået efter forsikringens ikrafttræden, hvor behandlingen blot skal være lindrende, se punkt 23.B.4.o

8. Behandleren skal være autoriseret efter dansk ret, eller hvis behandleren er etableret i udlandet, skal denne have tilsvarende kvalifikationer. Behandlingen skal være lægeordineret og lægeligt godkendt af If for at være dækket. Om alternative behandlingsformer se punkt 23.D.1.p.
9. Alle udgifter skal efter Ifs skøn være rimelige og nødvendige i forhold til det forventede resultat
10. Forsikringen dækker ikke udgifter til behandling af sygdomme og andre skader efter forsikringens ophør, se dog punkt 2.B.3

B. Hvilke behandlinger dækker forsikringen?

1. Forsikringen dækker de udgifter, der er nævnt i punkt 23.B.2-23.B.4. Forsikringen dækker i forbindelse med undersøgelse og behandling, herunder operation, og hermed direkte forbundne udgifter på offentlige sygehuse, hvor det offentlige opkræver egenbetaling, og på private hospitaler eller klinikker. Det er en forudsætning, at behandlingen er lægeligt godkendt.
2. I forbindelse med lægeordineret hospitals- eller klinikophold dækker forsikringen udgifter til forundersøgelse og efterkontrol.
3. Ved indlæggelse er udgifter til barnets normale kost, forplejning og pleje fra hospitalet eller klinikken dækket af forsikringen. Ophold og forplejning for en ledsager er også dækket af forsikringen.
4. Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til:
    a. Lægeordineret undersøgelse og behandling under indlæggelse eller i forbindelse med dækningsberettigede ambulante operationer samt diagnostisk udredning, indtil diagnose og behandlingsmuligheder er afklaret, herunder røntgenfotografering og laboratorieundersøgelser samt kontrol af udført behandling
    b. Lægeordineret kirurgisk behandling
    c. Lægeordineret medicin under indlæggelse på grund af en dækningsberettigende behandling, som er betalt af If, samt lægeordineret medicin i op til seks måneder i forbindelse med en dækningsberettigende indlæggelse eller operation, der er betalt af If. De seks måneder regnes fra 1. behandlingsdag.
    d. Lægeordineret rekreationsophold i op til 30 dage inden for tre måneder efter et kirurgisk indgreb efter nærmere aftale med If, dog højst 65.087 kr. (2024) i hele forsikringstiden
    e. Lægeordineret genoptræning i op til seks måneder, når genoptræning er nødvendig for den iværksatte behandling, forudsat at der følges en genoptræningsplan, og at genoptræningen udføres af fagligt uddannet personale, fx fysioterapeut, ergoterapeut eller talepædagog. Genoptræningen skal finde sted i direkte forlængelse af en dækningsberettigende indlæggelse eller operation.
    f. Anden lægeordineret behandling end medicinsk og kirurgisk behandling under indlæggelse, fx fysiurgisk behandling
    g. Kosmetisk behandling, når der er tale om rekonstruktion af bryst efter fjernelse af tumor eller behandling af direkte følger af et ulykkestilfælde
    h. Midlertidige hjælpemidler, herunder kirurgiske hjælpemidler i forbindelse med lægeordineret operation i op til seks måneder efter afsluttet behandling. Hjælpemidlerne skal være lægeordinerede og nødvendige for den iværksatte behandling, og formålet skal være at skabe yderligere forbedring af den påbegyndte behandling eller at hindre forringelse af det resultat, der er opnået af behandlingen. Ved kirurgiske hjælpemidler forstår vi fx gangstativ eller krykker.
    i. Lægeordineret konsultation hos speciallæger, se dog punkt 23.D.1.a

j. Lægeordineret konsultation hos psykolog eller psykiater ved psykisk sygdom eller lidelse, dog højst 12 behandlinger à 60 minutters varighed pr. kalenderår. Hver påbegyndt 60 minutters behandling betragtes som en behandling. For konsultation hos psykolog gælder, at behandlingen højst må koste 1.347 kr. (2024) pr. gang.
k. Konsultation hos psykolog ved akut psykisk krise inden for 24 timer efter anmeldelse til If. Der gives højst 10 timers behandling pr. forløb ved akut psykisk krise. If anviser psykolog.
l. Lægeordinerede kiropraktor- eller fysioterapeutbehandlinger, dog højst 10 behandlinger og en røntgenundersøgelse pr. kalenderår, se dog punkt 23.A.7.a. Det er et krav, at behandleren har overenskomst med den offentlige sygesikring.
m. Lægeordineret alkoholafvænning, hvis dette sker efter en lægeligt anerkendt behandlingsmetode. Dækning efter dette punkt, inklusive behandling efter punkt 23.B.4.n og 23.B.4.p, kan højst udgøre to behandlingsforløb i hele forsikringstiden, og der skal gå mindst 12 måneder mellem hvert forløb. Den højeste udbetaling pr. behandlingsforløb er 90.897 kr. (2024). Når der har været påbegyndt to behandlingsforløb, kan der ikke ske udbetaling for flere behandlinger. Der gælder en karenstid* på seks måneder, fra forsikringen træder i kraft, til at barnet kan få dækket alkoholafvænning. De seks måneders karens går forud for andre karensaftaler og eventuelle anciennitetsbestemmelser, se punkt 23.A.3 og 23.A.4.
n. Lægeordineret behandling for ludomani eller spiseforstyrrelse (anoreksi, bulimi og overspisning), hvis behandlingen sker efter en lægeligt anerkendt behandlingsmetode. Dækning efter dette punkt, inklusive behandling efter punkt 23.B.4.m og punkt 23.B.4.p, kan højst udgøre to behandlingsforløb i hele forsikringstiden, og der skal gå mindst 12 måneder mellem hvert forløb. Den højeste udbetaling pr. behandlingsforløb er 90.897 kr. (2024). Når der har været påbegyndt to behandlingsforløb, kan der ikke ske udbetaling for flere behandlinger
o. Lægeordineret behandling af en kronisk sygdom, lidelse eller tilstand, i op til tre måneder efter den er opstået, når den er opstået efter forsikringens ikrafttrædelse. Behandlingen skal alene være lindrende for at være dækket af forsikringen, men er kun dækket, hvis behandlingen er omfattet af forsikringen. Følgesygdomme efter en kronisk sygdom er dækket i det omfang, de opfylder betingelserne i punkt 23.A.7.a.
p. Behandling for medicinmisbrug eller misbrug af andre rusmidler, hvis behandlingen sker efter en lægeligt anerkendt behandlingsmetode. Dækning efter dette punkt, inklusive behandling efter punkt 23.B.4.m og 23.B.4.n, kan højst udgøre to behandlingsforløb i hele forsikringstiden, og der skal gå mindst 12 måneder mellem hvert forløb. Den højeste udbetaling pr. behandlingsforløb er 90.897 kr. (2024). Når der har været påbegyndt to behandlingsforløb, kan der ikke ske udbetaling for flere behandlinger.

q. Diætistkonsultationer ved BMI (Body Mass Index) på mindst 17 efter vejning hos læge, dog højst 10 konsultationer pr. behandlingsforløb og højst fem behandlingsforløb i hele forsikringstiden. Der skal gå mindst 12 måneder mellem hvert behandlingsforløb, før det er dækket af forsikringen.
r. En uvildig ny vurdering (second opinion) af diagnose ved livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller skade, eller hvis barnet står foran valget om at udsætte sig for en særlig risikofyldt behandling. If afgør, om barnet kan få dækket udgifterne til en ny vurdering.
s. Lægeordineret midlertidig hjemmehjælp eller hjemmesygepleje til sygepleje, børnepasning, rengøring eller indkøb i højst 15 timer i direkte tidsmæssig tilknytning til en dækningsberettigende indlæggelse eller operation
t. Zoneterapi, dog højst 10 lægeordinerede behandlinger pr. kalenderår. Zoneterapeuten skal være Registreret Alternativ Behandler (RAB).
u. Akupunktur, dog højst 10 lægeordinerede behandlinger pr. kalenderår. Akupunktøren skal være læge eller Registreret Alternativ Behandler (RAB).
v. Osteopati, hvor der foreligger en anbefaling fra læge eller sundhedsplejerske, dog højst 10 behandlinger pr. kalenderår. Osteopaten skal være autoriseret (MRODK godkendt)

C. Behandlingssteder og transport

1. Forsikringen dækker indlæggelse på nordiske betalingshospitaler samt behandling hos nordiske speciallæger. Du eller barnet skal selv kontakte det ønskede behandlingssted, se dog punkt 23.C.3 og 23.C.4.

2. Behandling uden for Norden* dækkes ikke, hvis den er dækket af den offentlige danske sygesikring. If kan ikke garantere, dels at der er plads, dels at den fornødne ekspertise er til stede på et privathospital i Norden*. Derfor kan der efter forudgående aftale med If ske indlæggelse på et betalingshospital i resten af Europa, hvis behandlingen ikke kan finde sted i Norden* eller ikke kan finde sted inden for rimelig tid. Aftaler du eller barnet med If at få behandling mv. uden for Norden*, må den samlede udgift til behandling mv. skønsmæssigt ikke overstige den samlede udgift til lignende behandling mv. foretaget på betalingshospital eller klinik i Danmark med mere end 30 %. If foretager dette skøn.

3. Ved anmeldelse af akut psykisk krise til døgnbemandet alarmcentral på telefonnummer 44 74 71 13 garanteres barnet kontakt med en psykolog inden for en time efter anmeldelsen. Første konsultation finder sted inden for 24 timer herefter.

4. For andre behandlinger gælder, at If kan anvise et egnet behandlingssted i Danmark. Det tilstræbes, at undersøgelse eller behandling begynder, inden 10 arbejdsdage fra skaden er anerkendt som dækningsberettigende, når det er lægeligt hensigtsmæssigt. If anviser gerne behandlere til psykiske sygdomme samt behandling hos kiropraktor, fysioterapeut, akupunktør og zoneterapeut.

5. If kan kræve, at der foretages en ny vurdering hos en læge, der er udpeget af If, med henblik på at fastslå, om behandlingen er rimelig og relevant eller eventuelt kan gennemføres billigere eller bedre hos en bestemt klinik eller betalingshospital. Vurderer If, at behandlingen ikke er rimelig eller relevant, eller at behandlingen kan gennemføres billigere eller bedre andre steder, kan If vælge at afvise dækningen eller dække en udgift, der svarer til dette alternativ.

6. Transportudgifter er ikke dækket af forsikringen.

D. Undtagelser i dækningen

1. Forsikringen dækker ikke:

   a. Konsultation eller behandling hos alment praktiserende læge, vagtlæge, skadestue eller speciallæger i almen medicin eller udenlandske læger, der kan sidestilles hermed, når udgiften til konsultationen i Danmark normalt vil være dækket af den offentlige sygesikrings sikringsgruppe 1
   b. Konsultation eller behandling hos privat praktiserende læge, vagtlæge eller skadestue
   c. Akutbehandling. Ved akutbehandling forstår vi behandling, der kræver hurtig assistance (fx vagtlæge, skadestue eller lignende), og som af det offentlige defineres som akut og øjeblikkeligt behandlingskrævende (fx iskæmisk hjertesygdom). Akut krisehjælp omfattes dog, se punk 23.B.4.k.
   d. Behandling af enhver tilstand, som skyldes, at barnet er HIV-positivt eller lider af tilsvarende immundefekt. Dette gælder, uanset hvordan barnet er blevet HIV-positivt.
   e. Undersøgelse eller behandling, som udelukkende er af forebyggende karakter
   f. Behandling eller operation for fedme
   g. Provokeret abort, medmindre fosterundersøgelse giver mistanke om abnormitet
   h. Behandling af følgesygdomme eller skader, der er opstået som følge af selvforskyldt beruselse, misbrug af alkohol, medicin eller "hårde stoffer" (fx heroin, speed, kokain, ecstacy, LSD), hash, organiske opløsningsmidler, anabole stoffer eller andre rusmidler
   i. Organtransplantation
   j. Kronisk dialysebehandling
   k. Kosmetisk behandling, se dog punkt 23.B.4.g
   l. Tandbehandlinger af enhver art hos tandlæge eller specialtandlæge, herunder kirurgiske indgreb, tandproteser, paradentosebehandling og bideskinner. Dog dækkes lægeordineret tandbehandling af relevant speciallæge, når der er sket en skade på barnets tænder på grund af behandling af en dækningsberettigende skade, som If betaler, se punkt 23.B. Forsikringen dækker udgifter op til 17.000 kr. i hele forsikringstiden.
   m. Operation for korrektion af nær- og langsynethed samt bygningsfejl
   n. Synsprøver, briller og kontaktlinser samt høreprøver og høreapparater
   o. Alternative behandlingsformer og behandling udført af faggrupper, der ikke har opnået Sundhedsstyrelsens autorisation, bortset fra zoneterapi og akupunktur. Alternative behandlingsformer dækkes heller ikke, hvis det udføres af lægefagligt personale, fx praktiserende læge, se dog punkt 23.B.4.t og 23.B.4.u.
   p. Eksperimentelle behandlinger, dvs. behandlinger, som ikke er beskrevet i kliniske behandlingsvejledninger og/eller foregår rutinemæssigt på danske sygehuse
   q. Behandling eller plejeudgifter relateret til kroniske sygdomme*, lidelser eller tilstande ud over hvad der følger af punkt 23.A.7.b og 23.B.4.o
   r. Forsikringen dækker højst udgifter til udredning/behandling i tre år, fra udredningen/ behandlingen begynder
   s. Omkostninger for aftalt besøg mv., hvor barnet er udeblevet
   t. I de tilfælde, hvor en almindelig henvisning ikke kan benyttes, og hvor lægen skal udfylde en attest for videre behandling, betaler vi ikke for egenbetaling.

2. Desuden dækker forsikringen ikke behandling mv. af sygdomme eller andre skader, der direkte eller indirekte er:

   a. Fremkaldt af barnet med forsæt eller ved grov uagtsomhed, herunder opstået som følge af selvmordsforsøg. Dette gælder uanset barnets sindstilstand på skadetidspunktet.

b. Opstået som følge af udøvelse af sport på et professionelt eller halvprofessionelt niveau. Ved sport på professionelt eller halvprofessionelt niveau forstår vi sport, hvor mindst 50 % af barnets indtægt (vederlag eller subsidier, der kan sidestilles hermed) stammer fra sporten.
c. Opstået som følge af rejser eller ophold uden for Danmark i områder, hvor der officielt fra danske myndigheder er advaret mod sundhedsfare eller epidemiske tilstande

3. I tilfælde af sygdomme eller andre skader skal du eller barnet informere If om, hvorvidt der er etableret forsikring mod samme risiko i et andet selskab. Har dette selskab taget forbehold for, at dækningen falder bort eller indskrænkes, hvis der er etableret forsikring i et andet selskab, gælder det samme forbehold for denne forsikring.
Selskaberne betaler herefter erstatningerne forholdsmæssigt. Den samlede udbetaling kan dog aldrig overstige de faktiske udgifter.

E. Erstatning

1. If betaler dækningsberettigede udgifter direkte til pågældende privathospital eller klinik, se dog punkt 23.E.2

2. If refunderer andre dækningsberettigede udgifter til fx speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut og medicin samt transportudgifter mod fornøden dokumentation. Hvis barnet har et tilgodehavende på under 1.700 kr., kan If vælge at udbetale beløbet en gang hvert halve år. Overstiger beløbet 1.700 kr. (2020), udbetaler vi dog tilgodehavendet med det samme.

3. Højeste udbetaling:

   a. Den højeste udbetaling pr. kalenderår udgør 2.235.401 kr. (2024) for sundhedsforsikringen. For enkelte dækninger gælder dog særlige grænser, se punkt 23.E.3.b.
   b. Til behandling af den samme sygdom, eller ulykke eller lidelser, der direkte eller indirekte har sammenhæng hermed, kan der dog i forsikringstiden højst udbetales 3.353.102 kr. (2024)

4. Det er de faktiske udgifter, efter fradrag af tilskud fra det offentlige og efter fradrag af tilskud fra Sygeforsikringen "danmark", der er dækket af forsikringen

Ordforklaring

Forklarer de ord i vilkårene, der er markeret med kursiv og * efter ordet.

Calvé-Legg-Perthes

Her mener vi følgende diagnoser:

- DM911
- DM912

Colitis ulcerosa

Her mener vi følgende diagnose:

- DK515

Crohns sygdom

Her mener vi følgende diagnose:

- DK518

CTCAE version 4.0

Common Terminology Criteria for Adverse Events publiceret af U.S. Department of Health and Human Services, 14. juni 2010.

Dissemineret sclerose (DS)/multipel sclerose (MS)

Her mener vi følgende diagnose:

- DG35.9

Første symptom

Ved første symptom forstås det tidspunkt, hvor det ifølge journalnotat fra læge eller anden behandler fremgår, at symptomerne på sygdommen første gang var til stede.
For sundhedsforsikringen gælder i øvrigt dine eller barnets egne iagttagelser af symptomerne.

Hjertesygdomme (infektiøse/immunologiske)

Her mener vi følgende diagnoser:

- DI019 Febris rheumatica
- DI051 Mitralinsufficiens (rheumatisk)
- DI050 Mitralstenose (rheumatisk)
- DI330 Endokarditis (acuta, subacuta, chronika)
- DI409 Myocarditis acuta UNS
- DM303 Kawasakis sygdom

Karenstid

Karenstid er en venteperiode efter en forsikrings eller dæknings startdato, hvor forsikringen eller dækningen endnu ikke gælder.

Kroniske sygdomme

Ved kroniske sygdomme forstår vi sygdomme, der har en eller flere af følgende karakteristika: De er varige, efterlader blivende følger, skyldes ikke-reversible patologiske forandringer (blivende sygelige tilstande), de kræver en særlig rehabiliteringsindsats eller må forventes at kræve langvarig overvågning, observation eller behandling.

Kræft

Ved kræft forstår vi:

Alle diagnosticerede kræfttyper, med undtagelse af celleforandringer og/eller forstadier til kræft.

Muskelsvind A

Her mener vi følgende diagnose:

- Myastenia gravis (MG)

Muskelsvind B

Her mener vi følgende diagnoser:

- Kongenit myopati (KM)
- Beckers muskeldystrofi (BMD)
- Charcot-Marie-Tooth (CMT)
- Dystrofia myotonica (DM1)
- Emery-Dreifuss muskeldystrofi (EMDM)
- Facio-scapulo-humeral muskeldystrofi (FSHD)
- Friedreichs ataksi (FA)
- Limb girdle muskeldystrofi (LGMD)

Muskelsvind C

Her mener vi følgende diagnoser:

- Duchennes muskeldystrofi (DMD)
- Spinal muskelatrofi (SMA2)
- Spinal muskelatrofi (SMA3)

Norden

Ved Norden forstår vi Danmark, Finland, Færøerne, Grønland, Island, Norge og Sverige.

Praktisk blindhed

Ved praktisk blindhed forstår vi et permanent synstab på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er 1/60 (0,01666) eller derunder, eller hvor der er kikkertsyn med synsfeltindskrænkning til under 10 %.

Svær epilepsi

Her mener vi følgende diagnoser:

- DG404 Epileptisk encefalopati
- DG404A Tidlig myoklonusencefalopati
- DG404B Ohtahara syndrom
- DG404C Infantile spasmer
- DG404D Svær myoklon epilepsi i barndommen
- DG404E Lennox-Gastaut's syndrom (LGS)
- DG404H Rasmussen's syndrome
- DG405L Epilepsi med kontinuerlige spike waves under slow wave-søvn

Sygdomme i hjertemusklen (kardiomyopatier)

Her mener vi følgende diagnoser:

- D142 Dilateret kardiomyopati
- DI420 Dilateret kardiomypati
- DI421 Obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati
- DI422 Hypertrofisk kardiomyopati, non-obstruktiv
- DI425 Anden form for restriktiv kardiomyopati
- DI427 Kardiomyopati forårsaget af lægemiddel eller andet agens
- DI428A Arytmogen højre ventrikel dysplasi (ARVD)
- DI429 Kardiomyopati UNS
- DI431 Kardiomyopati ved metabolisk sygdom klassificeret andetsteds
- DI438 Kardiomyopati ved anden sygdom klassificeret andetsteds
- DQ254G Medfødt aortadilation

Total døvhed

Ved total døvhed mener vi et totalt permanent høretab på begge ører med en høretærskel på 100 dB eller derover.



If Skadeforsikring, filial af If Skadeförsäkring AB (publ), Sverige, CVR-nr.: 2420 3212