

Forsikring ved visse kritiske sygdomme

Forskringsbetingelser 7878-3 januar 2021

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup
Telefon 44 68 33 11

www.topdanmark.dk

Indholdsfortegnelse

Fortrydelsesret	2
1 Introduktion til forskringsbetingelserne.....	3
2 Forskringssum.....	3
3 Dækning.....	3
4 Begrænsninger generelt	13
5 Anmeldelse af visse kritiske sygdomme	13
6 Udbetaling	13
7 Pris og betaling	14
8 Indbetalingsfritagelse	15
9 Opsigelse og ændring i forskringsbetingelser.....	15
10 Ikrafttræden	15
11 Ophør.....	15
12 Aftalegrundlag	16
13 Urigtige oplysninger	16
14 Rådighedsforhold	17
15 Forældelse	17
16 Tavshedspligt.....	17
17 Lovvalg og tilsyn.....	17
18 Klageadgang.....	17
19 Ordliste	18

Fortrydelsesret

Oplysning om fortrydelsesret ved etablering (nytegning) af frivillige forsikringsaftaler. Eventuelle ændringer er ikke omfattet af fortrydelsesretten.

Du kan fortryde din aftale i 30 dage. Vi regner fristen fra den dag, du modtager dokumentation for forsikringen i form af en aftale, der viser dækninger, udløbstidspunkt m.v. Fristen regnes dog tidligst fra det tidspunkt, hvor du har modtaget underretning om, at forsikringen er etableret. Hvis du fx modtager dokumentation mandag den 1. og har fået de nævnte oplysninger, kan du fortryde aftalen til og med onsdag d. 31. Hvis fristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdagen (5. juni), juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente med at fortryde til den følgende hverdag.

Du skal give besked til:

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

1 Introduktion til forsikringsbetingelserne

Stk. 1. Disse forsikringsbetingelser gælder for Forsikring ved visse kritiske sygdomme oprettet i Topdanmark Livsforsikring A/S, i det følgende kaldet Topdanmark.

Stk. 2. Det fremgår af din aftale, hvilken forsikring du har. I forsikringsbetingelserne er der nogle afsnit, som er generelle og gælder for alle, samt nogle afsnit som er specifikke for den enkelte kundetype. Hvis du fx har en privat forsikring, gælder de generelle afsnit samt de afsnit, hvor der står noget særligt for vores privatkunder.

Forsikringsbetingelserne gælder for følgende forsikringer:

- Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Privat
- Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Firma
- Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn - Firma
- Forsikring ved visse kritiske sygdomme via samarbejdspartnere

Særligt for forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 4. Denne forsikringsdækning fremgår af den underliggende aftale med Topdanmark. Hvis forsikringen omfatter denne dækning, vil forsikringsdækningen fremgå af aftalen.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Firma og Samarbejdspartnere

Stk. 5. For at være dækket under Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Firma eller Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Samarbejdspartnere, er det et krav, at du er ansat i en virksomhed eller er medlem eller kunde hos en forening, organisation eller samarbejdspartner, der har indgået aftale med Topdanmark om Forsikring ved visse kritiske sygdomme.

2 Forsikringssum

Stk. 1. Det beløb, der udbetales ved diagnosticering af visse kritiske sygdomme, fremgår af aftalen.

Stk. 2. Det fremgår af aftalen om forsikringssummen reguleres.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 3. Det beløb, der udbetales ved diagnosticering af visse kritiske sygdomme, fremgår af aftalen med Topdanmark.

3 Dækning

Stk. 1. I dækningsskemaet nedenfor har vi beskrevet, hvilke diagnoser Forsikring ved visse kritiske sygdomme dækker. Ved en diagnose forstås de sygdomme eller tilstande der er beskrevet i afsnit A-Æ i dækningsskemaet nedenfor. Diagnoser, der ikke er beskrevet i dækningsskemaet eller ikke opfylder kravene, berettiger ikke til udbetaling.

Stk. 2. En kritisk sygdom skal været beskrevet i dækningsskemaet samt være diagnosticeret i forsikringstiden, før den er omfattet af forsikringsdækningen. Diagnosen skal dog stilles tidligst 3 måneder efter ikrafttrædelsesdatoen, medmindre andet fremgår af aftalen. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

Stk. 3. Forsikringen dækker ikke, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en diagnose, som forsikrede også har fået stillet før forsikringstiden. Det betyder, at hvis du eksempelvis har fået stillet en kræftdiagnose (fx lungekræft) før forsikringstiden, er du ikke dækket for nogen form for kræftdiagnose (fx tarmkræft) i forsikringstiden – se dog stk. 4 nedenfor. Forsikringen dækker heller ikke, hvis du får stillet en diagnose som nævnt i afsnit A i dækningsskemaet, hvis du før forsikringstiden har fået stillet en diagnose som nævnt i afsnit B i dækningsskemaet eller omvendt.

Stk. 4. For kræft gælder dog, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden. Det

er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst 10 år.

Stk. 5. Der kan ikke ske udbetaling mere end en gang pr. diagnose. Det betyder, at hvis du fx har fået udbetaling for diagnosen kræft (se afsnit A i dækningskemaet) pga. lungekræft og du senere får fx tarmkræft, så kan du ikke få udbetaling pga. tarmkræft, da det falder ind under diagnosen kræft. Der kan heller ikke ske udbetaling for en kræftdiagnose som nævnt i afsnit A i dækningskemaet, hvis der er sket udbetaling for en kræftdiagnose som nævnt i afsnit B i dækningskemaet eller omvendt.

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
A	Kræft, leukæmi og lymfomer – med undtagelse af mindre aggressive former	<p>En ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering).</p> <p>Modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom) er dækket.</p> <p>Prostatakræft er kun dækket, hvis den er histologisk klassificeret med en Gleason score på 6 eller derover eller med klinisk spredning svarende til mindst T₂NoMo.</p>	Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller en biopsi heraf, vurderet af en speciallæge i vævs- og celleundersøgelser (patologisk anatomi).	<p>a. Tumorer klassificeret som præmaligne, non-invasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling)</p> <p>b. Alle former for hudkræft inklusive lymfomer i hud bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom)</p> <p>c. Blærepapillomer</p> <p>d. Svulster opstået under forløbet af HIV-infektion, herunder Karposi's sarkom</p> <p>e. Prostatakræft med en Gleason score på 5 eller derunder</p>	Dækningen forudsætter, at der ikke er sket udbetaling efter afsnit B i dækningskemaet, og at der ikke inden forsikringstiden er stillet en diagnose som nævnt i afsnit B i dækningskemaet, se dog punkt 3, stk. 4.
B	Kræft i blod og bloddannende organer – med undtagelse af mindre aggressive former	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut leukæmi, kronisk leukæmi (CML) i accelereret fase eller blastkrise og behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) • Hodgkins lymfom stadie II til IV, non-Hodgkins lymfom stadie II til IV samt Burkitts lymfom (alle stadier) • Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS) og kronisk my- 		Kronisk lymfatisk leukæmi stadie I og II, Hodgkins lymfom stadie I samt alle præleukæmiske former og forstadier til leukæmi (herunder myeloproliferative og myelodysplastiske sygdomme).	Dækningen forudsætter, at der ikke er sket udbetaling efter afsnit A i dækningskemaet, og at der ikke inden forsikringstiden er stillet en diagnose som nævnt i afsnit A i dækningskemaet, se dog punkt 3, stk. 4.

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
		<p>elomonocystisk leukæmi (CMML) type 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlingskrævende myelomato- se/solitært myelom • Essentiel trombocytose • Polycytæmia vera • Myelofibrose 			
C	<p>Visse godartede tumorer i hjerne eller rygmarv med aggressivt forløb (behov for operation) og blivende følger</p>	<p>En godartet (benign) svulst (tumor) opstået i og udgået fra hjerne, hjerne- stamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), der efter operation efterlader betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 15 %, vurderet efter Arbejds- markedets Erhvervs-sikrings tabel.</p> <p>Dækningen omfatter desuden tilfælde, hvor operation ikke kan gennemføres af tekniske årsager, hvis de øvrige kriterier om at tumor har medført betydelige neurologiske følger og nedsat førlighed svarende til mindst 15 % (Arbejds- markedets Erhvervs-sikrings tabel) er opfyldt.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Cyster eller granulo- mer • Hypofyseadenomer • Acusticus neurinomer (schwan- nomer) 	<p>Forsikringen udbetales først, når følgetilstanden vurderes rimeligt stabil, dvs. tidligst 3 mdr. efter diagnosticering eller operation.</p>
D	<p>Større blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt (AMI)) af svær grad</p>	<p>Et akut opstået henfald af en del af hjertets muskel- væv som følge af pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.</p>	<p>Diagnosen skal være klar og entydig for akut myokardieinfarkt (AMI=blodprop i hjertet) type 1 ud fra en typisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører (fortrinsvis troponin) med mindst én værdi klart diagnostisk forhøjet samt evidens for AMI med mindst to af følgende kriterier:</p> <ol style="list-style-type: none"> Symptomer på myokardieiskæmi (pludseligt opståede vedvarende brystmerter) Ekg-forandringer der tydeligt på nyopstået iskæmi (nye ST-T ændringer, nyt venstres- 	<p>AMI opstået i forbindelse med PCI (ballonudvidelse) eller CABG (by-pass operation) dækkes ikke.</p>	<p>Diagnosticering af blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt (AMI)) (D) inden forsikringstiden eller udbetaling pga. denne diagnose i forsikringstiden udelukker senere udbetaling pga.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt (AMI)) (D) • Hjertekaroperation pga. svær åreforkalkning i kranspulsårerne (by pass operation (CABG) eller PCI behandling) (E) • Kronisk hjertesvigt med svære symptomer og nedsat funktionsevne (F) • Livstruende rytme- forstyrrelser med

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
			<p>digte grenbloke) eller udvikling af patologiske Q-takke på EKG'et</p> <p>c. Billeddiagnostisk evidens (ekkokardiografi, myoscintigrafi eller MR-scanning) for nyt tab af hjertemuskelvæv/ regional dyskinesi</p> <p>Diagnosen skal være stillet på hospital eller af kardiologisk speciallæge.</p>		<p>indoperation af ICD-enhed (H)</p>
E	Hjertekaroperation pga. svær åreforkalkning i kranspulsårerne (bypass operation (CABG) eller PCI behandling)	<p>En revaskulerende behandling ved kranspulsårerforkalkning i form af:</p> <p>a. Gennemført eller planlagt PCI behandling på én eller flere af hjertets kranspulsårer, som ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk, eller</p> <p>b. Gennemført eller planlagt åben hjertekirurgisk bypass operation (CABG) på én eller flere af hjertets kranspulsårer</p>			<p>Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.</p> <p>Gennemført hjertekaroperation pga. svær åreforkalkning i kranspulsårerne (bypass operation (CABG) eller PCI behandling) (E) inden forsikringstiden eller udbetaling pga. denne diagnose i forsikringstiden udelukker senere udbetaling pga.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt (AMI)) (D) • Hjertekaroperation pga. svær åreforkalkning i kranspulsårerne (bypass operation (CABG) eller PCI behandling) (E) • Kronisk hjertesvigt med svære symptomer og nedsat funktionsevne (F). • Livstruende rytmeforstyrrelser med indoperation af ICD-enhed (H)
F	Kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile og nedsat funktionsevne	<p>En tilstand med kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 30 % eller derunder, med funktionel begrænsning i hvile (fx dyspnø, træthed, palpitationer) og som forværres ved enhver form for aktivitet (jf. New York Heart Associations klassifikation NYHA klasse III eller IV).</p>	<p>Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling.</p>		<p>Dækningen forudsætter at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • påvirkningerne er tilstede på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder, eller • der er gennemført indoperation af cardioverter defibrillator (ICD-enhed)
G	Operations-	En planlagt eller gennem-			Ved planlagt operation

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
	krævende hjerteklapfejl	ført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl (forsnævring eller utæthed) med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese samt gennemført homograft eller reparation af klappen med plastik.			skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.
H	Livstruende rytmeforstyrrelser med indoperation af ICD-enhed (hjertestøder)	En planlagt eller gennemført implantation af implantérbart cardioverter defibrillator (ICD) på grund af tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse.			Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.
I	Svær sygdom i hovedpulsåren (aorta)	En bristning (ruptur) eller lokal udvidelse af aorta (aneurisme) til over 5 cm i diameter, en tillukning af aorta (okklusion) eller en aortadissektion med ruptur i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen.	Diagnosen aneurisme eller dissektion skal være stillet ved MR-scanning eller aortografi, samt en ultralydsundersøgelse, en ekkokardiografi eller CT-scanning af abdomen.		Benævnelser aorta inkluderer den thorakale og abdominale aorta, men ikke deres grene.
J	Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger	<p>En akut opstået beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed som enten skyldes:</p> <p>a. En spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehinderne, som følge af et bristet blodkar eller en misdannelse i hjernens kar, eller</p> <p>b. En forsnævring eller tillukning af en pulsåre (arterie) i hjernen pga. en trombose eller emboli, hvor tilfældet har medført blivende følger i form af neurologiske udfald svarende til den ved hjernescanning (CT /MR) påviste hjernebeskadigelse.</p> <p>Dækningen kan desuden omfatte en blodprop i</p>	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.	<ul style="list-style-type: none"> • Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/ transitorisk iskæmisk attack (TIA) • Tidligere hjerneinfarkter påvist ved hjernescanning (CT/MR) • Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen (fx øjne, øre, hypofyse) 	

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
		hjernen, hvor der ikke er foretaget scanning eller en scanning intet viser, hvis samtlige klassiske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende neurologiske følger (vurderet tidligst efter 3 måneder) svarende til hjernebeskadigelsen i form af lammelser, gangbesvær, føle-, syns-, tale-, koordinations- eller bevidsthedsforstyrrelser.			
K	Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller karmisdannelse inde i kraniet (AV-malformation) med behov for operation	<p>En planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar i form af én eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer eller arteriovenøse karmisdannelser (inkl. kavernøst angiom), som er blevet påvist ved røntgen af hjernens pulsårer (angiografi) eller CT/MR scanning.</p> <p>Dækningen omfatter desuden tilfælde, hvor der er operationsindikation, men operationen ikke kan gennemføres af tekniske årsager.</p>	Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller være bekræftet af neurologisk speciallæge.		Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.
L	Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. TBE og Borrelia) medførende svære neurologiske følger.	En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder, forårsaget af bakterier, vira, svampe mv., som har medført vedvarende neurologiske følger, svarende til en méngrad på 15 % eller mere efter Arbejdsmarkedets Erhvervs sikrings tabel vurderet af en neurologisk speciallæge.	<p>Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller infektionsmedicinsk afdeling ud fra:</p> <ol style="list-style-type: none"> påvisning af mikrober i spinalvæsken, eller en rygmarsvæskeundersøgelse med påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose), med forhøjet antal hvide blodlegemer, eventuelt suppleret med MR-/CT - scanning. <p>Ved en neuroboreliose som følge af flåtbid skal diagnosen være stillet ud fra spinalvæskeundersøgelser med boreliaspecifikke antistoffer i</p>		

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
			<p>serum og spinalvæske (IgG, IgM).</p> <p>Ved Tick- Born- Encephalitis (TBE) skal diagnosen være verificeret ved påvisning af virusantistoffer i serum og spinalvæske.</p>		
M	Creutzfeldt-Jakobs sygdom	En progressiv degenerativ sygdom i centralnervesystemet, forårsaget af prioner.	<p>Diagnosen skal være stillet på relevant sygehus afdeling og vurderes overvejende sandsynlig ud fra:</p> <p>a. Typiske kliniske symptomer (med fremadskridende demens, påvirket koordination, nedsat syn, påvirket taleevne, stivhed mv.)</p> <p>b. Forandringer på EEG, CT- og MR-scanning samt</p> <p>c. Laboratorieundersøgelser af spinalvæske, stærkt forhøjet totaltau protein uden ændringer af Alzheimermarkører og prionmarkører (herunder PrP mutationer, 14-3-3 proteinet, neuronspecifik enolase m.v.</p>		
N	Svær blodprop i lunge – behandlet kirurgisk	En gennemført revaskulerende behandling på én eller flere centrale lungearterier pga. lungeemboli, som har medført kronisk pulmonal hypertension og ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk.	Diagnosen skal være stillet på baggrund af typiske symptomer (WHO funktionsklasse III-IV og forandringer lokaliseret tilstrækkeligt centralt i pulmonalkredsløbet på CT-scanning med kontrast, lungeangiografi og evt. ekkokardiografi (med tegn på højresidig trykbelastning)).		
O	Primær Ideopatisk Parkinsons sygdom (paralysis agitans, rystelammelse) med vedvarende symptomer	En kronisk sygdom kendetegnet ved vedvarende øget muskelstivhed (rigiditet), rysten (tremor) og nedsættelse af de spontane bevægelser (oligokinesi).	<p>Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge og dækningen forudsætter tilstedeværelsen af hovedsymptomet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bradykinesi/hypokinesi/akinesi (langsomhed) <p>Samt et af følgende symptomer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigiditet (stivhed i muskulaturen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atypisk Parkinson (Parkinson+) • Sekundær Parkinson 	

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
			<ul style="list-style-type: none"> Tremor (rysten) 		
P	Dissemineret sklerose (DS)	<p>En kronisk sygdom i centralnervesystemet, der har vist sig ved</p> <ul style="list-style-type: none"> to eller flere (gentagne) veldefinerede episoder af neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af nervesystemet, efterfulgt af hel eller delvis remission, eller Et attack med klart fremadskridende forløb <p>Dækningen kan også omfatte tilfælde hvor der ikke er foretaget MR-scanning eller hvor der ved MR-scanning ikke er fundet klare forandringer i hjernens hvide substans, hvis der har været to eller flere attacker med klare kliniske tegn på dissemineret sklerose kombineret med fund af oligoklonale bånd i CSF (cerebro spinal væske), forlænget latens-tid ved VEP (evoked potentials) eller forhøjet IgG i CSF.</p>	Diagnosen skal være stillet af neurologisk speciallæge og være bekræftet ved fund af flere typiske forandringer (plaques) i hjernens hvide substans ved MR-scanning.	Tilfælde alene med synsnerveudfald (opticus neurit).	
Q	Amyotrofisk Lateral Sklerose (ALS) eller anden lignende ikke-arvelig motorisk nervecellesygdom (MND) med vedvarende og fremskridende symptomer	En kronisk sygdom som skyldes fremadskridende nedbrydning af nervesystemets motoriske celler i rygmarv, hjernestamme og hjerne, medførende lammelser, muskelsvind og spasticitet.	Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge efter El Escorial kriterierne med lower motor neuron symptomer (LMN) og upper motor neuron symptomer (UMN) i mindst tre regioner samt progression af symptomerne og abnorme fund ved elektromyografi (EMG) i klinisk normal muskel.	Arvelig MND, herunder SMA (spinal muskulær atrofi).	
R	Myasthenia gravis – med vedvarende symptomer på trods af behandling	En autoimmun neuromuskulær sygdom kendetegnet ved kraftnedsættelse og hurtig udtrætning.	Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge, og være bekræftet ved mindst to af følgende undersøgelser: <ul style="list-style-type: none"> EMG der viser defekt neuromuskulær transmission Acetylcholinreceptor (AChR) antistoffer, anti-MuSK eller anti- 		

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
			<p>Titin antistoffer i blodet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klart behandlingsrespons på relevant medicinsk behandling 		
S	Muskelsvind (myopati og neuropati) – med vedvarende fremadskridende symptomer	En veldiagnosticeret anerkendt arvelig muskeldystrofi kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og kraft (fx Duchennes muskeldystrofi, Beckers muskeldystrofi, Limb Girdle muskeldystrofi (LGMD), Facio-scapulohumeral muskeldystrofi (FSHD), Okulopharyngeal muskeldystrofi (OPMD) eller Dystrofia Myotonica.	Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling.		
T	HIV Infektion ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte	<p>En infektion med HIV som følge af:</p> <p>a. En blodtransfusion eller anden lægelig behandling modtaget efter forsikringstidens begyndelse, hvor forsikrede er berettiget til godtgørelse fra Sundhedsstyrelsen.</p> <p>b. En arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes erhverv efter forsikringstidens begyndelse.</p>			Dækning forudsætter at uheldet er anmeldt som arbejdsskade, og at der foreligger en negativ HIV-test udført inden for den første uge efter smitteudsættelsen, efterfulgt af en positiv HIV-test inden for de næste 12 måneder.
U	AIDS	Et erhvervet immundefektsyndrom som følge af infektion med HIV erhvervet efter forsikringstidens begyndelse.	Dækning forudsætter, at det kan dokumenteres, at forsikrede er smittet i forsikringstiden, og at diagnosen er stillet på en infektionsmedicinsk afdeling, efter Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.		
V	Kronisk nyresvigt med behov for varig dialyse eller transplantation	En tilstand med dobbeltsidigt nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere og med behov for varig dialysebehandling eller nyretransplantation.			Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
W	Større organtransplantation	<p>En planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, bugspytkirtel, hjertelunge eller hjertelunge-lever-transplantat på grund af organsvigt hos forsikrede.</p> <p>Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation).</p>		<p>Dækningen omfatter ikke transplantation af andre organer, dele af organer, væv eller celler.</p> <p>Dækningen omfatter ikke knoglemarvstransplantation med stamceller/knoglemarv fra forsikrede selv (autolog knoglemarvstransplantation).</p>	<p>Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste for denne diagnose.</p> <p>Dækningen for knoglemarvstransplantation forudsætter, at der ikke er sket udbetaling efter afsnit B i dækningskemaet.</p>
X	Praktisk blindhed	Et permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er 1/60 (0,01666) eller derunder eller der er kikkertsyn med synsfeltindskrænkning til under 10 %.	Diagnosen skal være stillet hos øjenlæge.		
Y	Total døvhed	Et totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører, med en høretærskel på 100 dB eller derover på alle frekvenser.	Diagnosen skal være stillet af en ørelæge.		
Z	Større forbrændinger (ambusio)	En brandskade (inkl. forfrysninger og ætsninger) af tredje grad, der dækker mindst 20 % af forsikredes legemsoverflade.	Diagnosen skal fremgå af journaloplysninger fra behandlende brandsårsafdeling.		
Æ	Terminal sygdom (alle diagnoser, der ikke er omfattet af A-Z i dette dækningskema, hvor levetiden er højst 1 år)	Ved terminal sygdom forstås en fremskreden eller hurtigt udviklende uhelbredelig sygdom, hvor forventet restlevetid trods lægelig behandling maksimalt er 12 måneder.	Vurderingen skal foretages af en speciallæge indenfor det relevante speciale. Speciallægen skal arbejde i Danmark, være godkendt af Sundhedsstyrelsen, og må ikke alene være speciallæge i almen medicin. Speciallægen skal underskrive en erklæring, udfærdiget af Topdanmark, og Topdanmarks læge skal godkende udbetalingen. Erklæringen skal suppleres af journalmateriale, der dokumenterer, at sygdommen skønnes terminal. De 12 måneder regnes fra erklæringens udfyldelse.		<p>Den terminale sygdom må ikke være en følge af:</p> <ol style="list-style-type: none"> et ulykkestilfælde (se ordliste) en sygdom, der har medført eller vil medføre udbetaling efter A-Z i dette dækningskema eller sygdomme, der skyldes den lægelige behandling heraf, eller infektioner eller epidemier. <p>Der kan alene ske udbetaling, når alle lægelige anvisninger i relation til den dækningsberettigede sygdom er blevet fulgt.</p>

Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
				<p>Forsikringen ophører den 1. i måneden efter udbetaling på grund af terminal sygdom.</p> <p>For forsikringer etableret før 1. januar 2007, kan der alene ske udbetaling for terminal sygdom, hvis forsikrede forud for udbetalingen accepterer, at forsikringen ophører.</p>

4 Begrænsninger generelt

Stk. 1. Under krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område bortfalder dækningen efter forsikringen. Forsikring og Pension træffer i samråd med myndighederne bestemmelse om, hvorvidt den omtalte tilstand skal anses for indtrådt og i bekræftende fald om det tidspunkt, hvorfra fareforøgelsens indtræden og ophør skal regnes.

Stk. 2. Uden for dansk område dækker forsikringen ikke forsikringsbegivenheder, der er en følge af aktiv deltagelse i krig, oprør eller lignende.

5 Anmeldelse af visse kritiske sygdomme

Stk. 1. Forsikrede skal snarest muligt efter at have fået diagnosticeret en af de i punkt 3 nævnte visse kritiske sygdomme indsende en skriftlig anmeldelse til Topdanmark.

Stk. 2. Dør forsikrede, bortfalder retten til erstatning for den kritiske sygdom, medmindre forsikrede inden sin død skriftligt har anmeldt en dækningsberettiget kritisk sygdom til Topdanmark og på dette tidspunkt opfyldte betingelserne for udbetaling.

Stk. 3. Er forsikringen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, skal skriftlig anmodning om udbetaling pga. diagnose stillet inden forsikringen ophører være fremsat overfor Topdanmark inden 6 måneder efter forsikringen er ophørt. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringssummen for visse kritiske sygdomme, der ikke er anmeldt skriftligt.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 4. For Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma gælder, at det er forsikringstager, der forestår anmeldelse efter stk. 1-3 ovenfor.

6 Udbetaling

Stk. 1. Inden udbetaling kan finde sted, må der forevises fornøden dokumentation for den stillede diagnose.

Stk. 2. Forsikrede er forpligtet til at give de oplysninger, Topdanmark anser for nødvendige til opgørelse af betalingsforpligtelsen, herunder give tilladelse til, at Topdanmark indhenter lægelige oplysninger. I modsat fald har forsikrede ikke ret til udbetaling.

Stk. 3. Udbetaling af forsikringssummen sker til forsikrede. Udbetaling omfatter den forsikringssum, der var gældende den dag, hvor sygdommen blev diagnosticeret eller i forhold til terminal sygdom (se afsnit Æ i dækningskemaet i punkt 3) det tidspunkt, hvor udbetalingskravene er opfyldt.

Stk. 4. Er forsikringen ved visse kritiske sygdomme etableret i kombination med en dødsfaldsdækning, modregnes udbetaling for visse kritiske sygdomme i dødsfaldsdækningen, hvis den forsikrede dør inden 3 måneder efter diagnosen er stillet, medmindre andet fremgår af aftalen – for Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Firma se dog stk. 9.

Stk. 5. Forsikringssummen for visse kritiske sygdomme kan udbetales flere gange til samme person forudsat, at følgende 2 betingelser er opfyldt:

- a. der er forløbet mindst 6 måneder mellem diagnostidspunkterne (er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes 6-måneders fristen først fra foretaget operation) og
- b. den efterfølgende diagnose ikke falder ind under den eller de diagnoser, der tidligere er sket udbetaling for. Hvis du fx tidligere har fået udbetalingen pga. lungekræft, og du senere får diagnosticeret en anden form for kræft fx brystkræft, kan du ikke få udbetaling.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 6. Oplysningspligten efter stk. 2 gælder for både forsikrede og forsikringstager. Samtykke til at indhente lægelige oplysninger gives af forældremyndighedsindehaver(e), hvis forsikrede er under 18 år.

Stk. 7. Udbetaling efter stk. 3 sker til forsikringstager.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Firma

Stk. 9. Er forsikringen ved visse kritiske sygdomme etableret i kombination med en dødsfaldsdækning, modregnes udbetaling for visse kritiske sygdomme ikke i dødsfaldsdækningen, medmindre andet fremgår af aftalen eller forsikringsaftalen.

7 Pris og betaling

Stk. 1. Prisen for forsikringen fastsættes for et år ad gangen på grundlag af alders- og køns-sammensætningen, skadesforløbet og udviklingen i ordningen og ved eventuel anvendelse af indestående på præmiereguleringskontoen.

Stk. 2. Forsikringen har forfald den første dag i hver betalingsperiode.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme via samarbejdspartner

Stk. 3. Opkrævning på betaling sendes til den opgivne betalingsadresse. Ændres betalingsadressen, skal Topdanmark straks underrettes.

Stk. 4. Betales første opkrævning ikke efter påkrav, ophører forsikringen og dermed Topdanmarks ansvar med virkning fra ikrafttrædelsesdatoen.

Stk. 5. Betales en senere opkrævning ikke efter påkrav, sender Topdanmark en påmindelse. Påmindelsen indeholder oplysning om, at forsikringen ophører, hvis forsikringen ikke er blevet betalt indenfor den angivne frist. Topdanmark forbeholder sig ret til at opkræve et gebyr, hvis Topdanmark udsender en sådan påmindelse.

Stk. 6. Har forsikringstageren valgt, at præmien skal betales via BetalingsService eller en lignende betalingsordning, og er forsikringen ikke betalt på forfaldsdatoen, gælder de ovenstående regler således, at Topdanmark ved første opkrævning sender et påkrav efter stk. 4 og ved senere opkrævninger sender et påkrav og efterfølgende en påmindelse efter stk. 5.

Stk. 7. Er forsikringen indgået som en gruppeaftale opkræver Topdanmark betaling hos virksomheden, organisationen eller foreningen som forsikringstager. Sker indbetaling ikke inden fristen på opkrævningen, så bortfalder dækningen under forsikringen fra denne dato.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Firma og Forsikring ved visse kritiske sygdomme Børn – Firma

Stk. 8. Er forsikringen oprettet som led i et ansættelsesforhold sker betaling af forsikringen gennem arbejdsgiverens indbetaling af pensionsbidrag. Såfremt forsikringen er oprettet uden tilknytning til en pensionsaftale, og forestår arbejdsgiveren betaling af forsikringen, opkræver Topdanmark betalingen hos arbejdsgiveren. Virkningen af arbejdsgiverens manglende betaling er, at forsikringen bortfalder.

8 Indbetalingsfritagelse

Stk. 1. Der er ikke indbetalingsfritagelse for dækningerne under denne forsikring, medmindre det følger af aftalen eller forsikringsaftalen.

9 Opsigelse og ændring i forsikringsbetingelser

Stk. 1. Topdanmark kan ændre forsikringsbetingelser for allerede etablerede forsikringer. Er ændringerne til ugunst for forsikringstageren, så skal ændringerne foretages med 1 måneds skriftlig varsel.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – samarbejdspartner

Stk. 2. Er forsikringen oprettet gennem en samarbejdspartner gælder forsikringen for et kalenderår ad gangen og fortsætter for endnu et kalenderår, hvis ikke forsikringstageren eller Topdanmark skriftligt opsig den. Forsikringen ophører dog senest på det tidspunkt, der er angivet i aftalen.

Stk. 3. Er forsikringen oprettet som en privat ordning eller gennem en samarbejdspartner gælder, at forsikringstageren til enhver tid kan opsig forsikringen. Opsigelsen virker fra den 1. i måneden efter, Topdanmark har modtaget opsigelsen.

Stk. 4. Er forsikringsaftalen indgået som en gruppeaftale kan virksomheden, organisationen eller foreningen som forsikringstager opsig aftalen i henhold til den indgåede aftale.

Stk. 5. Er forsikringen oprettet som en privat ordning eller gennem en samarbejdspartner gælder at Topdanmark skriftligt kan opsig forsikringen med mindst 1 måneds varsel til udgangen af et kalenderår medmindre andet varsel er aftalt.

Stk. 6. Er forsikringen oprettet som en privat ordning eller gennem en samarbejdspartner kan forsikringstageren ved skærpelse af forsikringsbetingelserne skriftligt opsig forsikringen til det tidspunkt, hvor ændringen skulle være trådt i kraft.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 7. Da forsikringen er oprettet som led i et ansættelsesforhold for den ansatte, kan den ansatte ikke opsig forsikringen på vegne af barnet, herunder heller ikke ved ændringer, medmindre adgangen hertil fremgår af aftalen, herunder aftalen via arbejdsgiver.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Firma

Stk. 8. Er forsikringen oprettet som led i et ansættelsesforhold, kan den ansatte ikke opsig forsikringen, herunder heller ikke ved ændringer, medmindre adgangen hertil fremgår af aftalen.

10 Ikrafttræden

Stk. 1. Etablering af forsikringen er betinget af, at der afgives tilfredsstillende risikooplysninger, herunder tilfredsstillende oplysninger om helbredsforhold.

Stk. 2. Hvis Topdanmark kan antage forsikringen ud fra de givne oplysninger, træder forsikringen i kraft den 1. i måneden, hvor begæringen er underskrevet, medmindre en senere ikrafttrædelsesdato er aftalt.

Stk. 3. Er forsikringen etableret som en gruppeaftale, indtræder dækningen for det enkelte gruppemedlem på det tidspunkt, der følger af forsikringsaftalen for gruppen.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 4. Børn under denne ordning er dækket fra fødslen. Se definitionen af børn i punkt 20.

11 Ophør

Stk. 1. Forsikringen ophører på den dato, der er angivet i aftalen.

Stk. 2. Derudover ophører forsikringen ved udgangen af den måned, hvor det aftalte udløbstidspunkt opnås eller forsikrede dør.

Stk. 3. Forsikringen ophører ved manglende betaling.

Stk. 4. Udtræder et gruppemedlem af forsikringsaftalen enten ved fratræden fra den virksomhed, der er forsikringstager, eller ved udmeldelse af den forening eller organisation, der er forsikringstager, eller fordi den pågældende ikke længere opfylder betingelserne for at være omfattet af gruppelevsaftalen, ophører dækningen den sidste dag i den måned, hvor udtrædelsen sker, medmindre andet er aftalt i gruppelevsaftalen.

Stk. 5. Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt, den overordnede aftale om Forsikring ved visse kritiske sygdomme mellem virksomheden, foreningen, organisationen eller samarbejdspartneren og Topdanmark ophører.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn – Firma

Stk. 6. Forsikringen ophører på den dato, der er angivet i aftalen. Forsikringen ophører endvidere, hvis den ansatte ikke længere er omfattet af den firmaaftale, hvor dækning for visse kritiske sygdomme for børn er etableret.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Firma og Privat

Stk. 7. Ved forsikringsaftaler oprettet som led i et ansættelsesforhold på baggrund af en aftale mellem en arbejdsgiver og Topdanmark, ophører aftalen og dermed Topdanmarks ansvar 3 måneder efter det tidspunkt, den ansatte fratræder på.

Særligt for Forsikring ved visse kritiske sygdomme - Samarbejdspartner

Stk. 8. Forsikringen ophører, når medlemskabet eller kundeforholdet hos en samarbejdspartner der har indgået aftale med Topdanmark ophører.

12 Aftalegrundlag

Stk. 1. Forsikringen er etableret, forhøjet, ændret eller sat i kraft på grundlag af de oplysninger, der er afgivet skriftligt i en begæring eller på anden måde, herunder oplysninger om helbred.

Stk. 2. Som dokumentation for aftalen udstedes en aftale, se dog punkt 1, stk. 4. Aftalens indhold fremgår heraf sammenholdt med forsikringsbetingelserne, samt eventuelle underliggende skriftlige aftaler.

Stk. 3. Ønsker forsikringstager at foretage en ændring af sin forsikring i forsikringstiden, fx forhøjelse af dækningssummen eller forlængelse af udløbsalderen, betyder det at forsikringen fortsætter med de forsikringsbetingelser, der gælder på ændringstidspunktet.

13 Urigtige oplysninger

Stk. 1. Er der fortiet oplysninger eller afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens etablering, ændring eller seneste ikraftsættelse, får det de konsekvenser, som følger af reglerne i Forsikringsaftaleloven. Efter den nuværende lov gælder følgende:

- a. Har forsikrede svigagtigt givet urigtige oplysninger, er der ingen forsikringsdækning.
- b. Hvis forsikrede hverken vidste eller burde vide, at hans oplysning er urigtig, er der fuld forsikringsdækning.
- c. Har forsikrede givet urigtige oplysninger, der ikke er omfattet af punkt a eller b, hæfter Topdanmark kun i et omfang svarende til, at de rigtige oplysninger havde foreligget ved etableringen. Dvs. forsikringsdækningen kan bortfalde.

Stk. 2. Er fortielsen eller den urigtige oplysning givet af forsikringstageren, forsikredes arbejdsgiver, en læge eller anden sagkyndig, har det samme virkning, som hvis oplysningen var givet af forsikrede.

14 Rådighedsforhold

Stk.1. Forsikringen kan ikke afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning, og vil i tilfælde af, at forsikringen ophører, ikke have opnået nogen værdi.

15 Forældelse

Stk. 1. Krav på dækning forældes 3 år efter forsikrede fik eller burde have fået kendskab til sit krav mod selskabet. Forældelse indtræder dog senest 10 år fra forsikringsbegivenhedens indtræden.

16 Tavshedspligt

Stk. 1. Oplysninger om forsikringsforholdet vil blive behandlet fortroligt. Uvedkommende vil således ikke få adgang til disse oplysninger.

17 Lovvalg og tilsyn

Stk. 1. Dansk rets almindelige bestemmelser om forsikringsaftaler, samt dansk lovgivning i øvrigt, finder anvendelse i det omfang, denne lovgivning ikke er fraveget ved bestemmelser i forsikringsbetingelserne.

Stk. 2. Topdanmark er underlagt tilsyn af Finanstilsynet.

18 Klageadgang

Stk. 1. Hvis forsikrede er uenig eller utilfreds, med den afgørelse Topdanmark har truffet, kan forsikrede skrive til Topdanmark Livsforsikrings juridiske afdeling, der er klageansvarlig i Topdanmark Livsforsikring og få revurderet afgørelsen. Adressen er følgende:

Topdanmark Livsforsikring
Liv Compliance
Borupvang 4
2750 Ballerup

Stk. 2. Ønsker forsikrede fortsat at klage over den afgørelse den klageansvarlige har truffet, kan forsikrede klage til Ankenævnet for Forsikring. Det er ikke en betingelse for at klage til Ankenævnet for Forsikring, at man har henvendt sig til Topdanmarks klageansvarlige, se stk. 1. Adressen for Ankenævnet for Forsikring er følgende:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
Telefon 33 15 89 00

Stk. 3. Klager til Ankenævnet skal indsendes på et særligt klageskema, og der skal betales et gebyr. Gebyret betales tilbage, hvis forsikrede helt eller delvist får medhold i klagen, hvis klagen afvises, eller hvis klageren selv tilbagekalder klagen. Er forsikrede ikke tilfreds med ankenævnskendelsen, kan sagen forelægges for de almindelige domstole.

For yderligere information henvises til Ankenævnets hjemmeside www.ankeforsikring.dk.

19 Ordliste

Denne ordliste med definitioner er en del af forsikringsbetingelserne.

Ansættelsesforhold

Ved forsikringsaftaler indgået som led i et ansættelsesforhold på baggrund af en aftale mellem arbejdsgiveren og Topdanmark, anses den ansatte både som forsikringstager og forsikrede.

Børn – Firma

Ved børn forstås den ansattes biologiske børn og adoptivbørn, samt ægtefælle eller samlevers biologiske børn og adoptivbørn.

Det er en betingelse for dækning af ægtefælles/samlevers biologiske børn og adoptivbørn, at ægtefællen/samleveren og barnet lever sammen med den ansatte på fælles bopæl på diagnosetidspunktet for barnets kritiske sygdom og har gjort det i mindst 6 måneder forud for diagnosetidspunktet.

Dækning af ægtefælles/samlevers børn bortfalder ved samlivsophør, separation eller skilsmisse.

Forsikringstager

Forsikringstageren er den, der har indgået aftalen med Topdanmark. Ved forsikringsaftaler indgået som led i et ansættelsesforhold på baggrund af en aftale mellem arbejdsgiveren og Topdanmark, anses den ansatte for forsikringstager.

Forsikrede

Forsikrede er den, på hvis liv eller helbred forsikringen er etableret. Ved forsikringsaftaler indgået som led i et ansættelsesforhold på baggrund af en aftale mellem arbejdsgiveren og Topdanmark, anses den ansatte for forsikrede.

Forsikringsbegivenhed

Den begivenhed der giver ret til udbetaling af dækningen.

Forsikringstiden

Forsikringstiden strækker sig fra forsikringens ikrafttrædelsesdato til udløbsdatoen eller til forsikringens bortfald forinden.

Gruppeaftale

Ved en gruppeaftale forstås en aftale mellem Topdanmark og en virksomhed, en organisation eller en forening (forsikringstager), hvor forsikringen dækker de ansatte, medlemmerne eller andre. De, der er dækket under en sådan gruppeaftale, benævnes gruppemedlemmer.

Firma - Barn

At børnedækningen er oprettet via en firmaaftale betyder, at alle den ansattes børn er dækket, uanset hvor mange børn den ansatte har. Det er ikke nødvendigt, at børnene bliver tilmeldt ordningen.

Ulykkestilfælde

Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig udefrakommende hændelse, der forårsager personskade. Der skal være sammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen lægges blandt andet vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskaden.