

# Betingelser

## Dækning ved visse kritiske sygdomme

Forsikringsbetingelserne gælder fra 1. januar 2023 og erstatter tidligere betingelser af 1. januar 2020

**Forenede Gruppeliv**

**Dækning ved visse kritiske  
sygdomme**

Forsikringsbetingelserne gælder fra 1. januar 2023 og erstatter tidligere betingelser af 1. januar 2020

## § 1.

For forsikringen gælder nedenævnte betingelser i tilslutning til FG's gruppelivsaftaler og forsikringsbetingelser.

Forsikringen dækker de sygdomme, planlagte- eller gennemførte operationer og følger efter en sygdom, der er nævnt i § 7 A-Y. Sygdomme, operationer og følger efter en sygdom omtales herefter som diagnoser.

Når en diagnose er stillet som krævet i forsikringsbetingelserne kan forsikringssummen udbetales.

Der anvendes de forsikringsbetingelser, og der udbetales den forsikringssum, som var gældende den dag, hvor diagnosen blev stillet.

## § 2.

Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at diagnosen stilles i forsikringstiden. Diagnostidspunktet er afdøende, og ikke det tidspunkt hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringstiden fremgår af gruppelivsaftalen.

**Forsikringsdækningen omfatter ikke diagnoser i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse. Diagnoser dækket efter hver af bestemmelserne § 7 A-Y betragtes som én diagnose. For kræft gælder "Udvidet dækning for § 7 A".**

## § 3.

Det fastsættes i gruppelivsaftalen om dækning ved kritisk sygdom ophører efter udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom, se nedenfor under a), eller om der fortsat er dækning ved kritisk sygdom, se nedenfor under b):

- a) Når der er sket udbetaling efter § 7, ophører gruppe-medlemmets ret til yderligere udbetaling i tilfælde af kritisk sygdom.
- b) Når der er sket udbetaling efter § 7, dækker forsikringen ikke længere den eller de diagnoser, der har medført udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Der kan kun ske udbetaling én gang for hver af bestemmelserne § 7 A-Y. For kræft gælder "Udvidet dækning for § 7 A".

Det er en betingelse for udbetaling af mere end én dækning, at der er forløbet mindst 6 måneder siden sidste dækningsberettigede diagnose blev stillet og tidspunktet for den nye diagnose. Er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes 6-månedersfristen først fra foretaget operation.

## § 4.

Hvis forsikrede dør inden for den i gruppelivsaftalen fastsatte modregningsperiode, modregnes den udbetalte sum ved kritisk sygdom i dødsfaldssummen.

## § 5.

Retten til udbetaling af den for kritisk sygdom fastsatte forsikringssum bortfalder ved forsikredes død, medmindre der inden skriftligt er søgt om udbetaling over for FG.

## § 6.

Er forsikrede udtrådt af gruppelivsaftalen, eller er gruppelivsaftalen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, skal skriftlig anmodning om udbetaling være fremsat over for FG inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringssummen for kritisk sygdom, der ikke er anmeldt.

## § 7.

Ved kritisk sygdom forstås:

### A. Kræft.

#### 1) Kræft med undtagelse af mindre aggressive former

Ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteriseret ved abnorme celler og ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser).

Dækningen omfatter ikke:

- Forstadier til kræft (dysplasi og "in situ cancer") f.eks. i livmoderhals, bryst eller testikler
- Borderline forandringer
- Kræft alene lokaliseret til huden, dog fraset malignt melanom (modermærkekræft)
- Kaposi's sarkom
- Godartede blærepapillomer
- Neuroendokrine (karcinoide) tumorer grad 1 uden tegn til invasiv vækst eller metastasering. Diagnosen kræft anses for stillet, når en speciallæge i vævs-

Diagnosen kræft anses for stillet, når en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi) har stillet diagnosen baseret på mikroskopisk undersøgelse af en vævsprøve (biopsi), eller eventuelt af en celleprøve (cytologi).

#### 2) Kræft i blod, lymfe og knoglemarvens bloddannende celler

En ondartet (malign) sygdom 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:

- Akut leukæmi
- Kronisk myeloid leukæmi
- Myelomatose
- Non-Hodgkin's lymfom
- Hodgkin's sygdom i stadie II-IV
- Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS)
- Kronisk myelomonocystisk leukæmi (CMML)

Diagnosen kræft anses for stillet, når en speciallæge i diagnostisk vævsundersøgelse har stillet en af ovenstående diagnoser baseret på mikroskopisk og/eller flowcytometrisk undersøgelse af blod, knoglemarv eller andet væv.

Forsikringsbetingelserne gælder fra 1. januar 2023 og erstatter tidligere betingelser af 1. januar 2020

Tillige omfattes behandlingskrævende:

- Kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)/småcellet lymfocytært lymfom (SLL)
- Essentiel trombocytose
- Polycytæmia vera
- Myelofibrose

Med "behandlingskrævende" forstås sygdom, der kræver celledræbende behandling (inkl. Kemoterapi, strålebehandling og biologisk behandling) rettet mod sygdommen. Behandling med acetylsalicylsyre, binyrebarkhormon eller åreladning anses ikke for celledræbende behandling.

For kræftformer, hvor det er et krav, at sygdommen er behandlingskrævende, anses diagnosen for stillet på datoen, hvor det fremgår i journalen fra en onkologisk eller hæmatologisk afdeling, at der er indikation for behandling af sygdommen.

Dækningen omfatter **ikke**:

- Forstadier til kræft i blod, lymfe eller de bloddannede organer
- Lymfomer alene lokaliseret til huden

Udvidet dækning for § 7 A

Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne i § 7 A.

Der kan ske udbetaling for op til to kræftdiagnoser, der diagnosticeres i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne i § 7 A. Det er dog en betingelse for udbetaling for den anden kræftdiagnose, at der er gået mindst 10 år, siden den første kræftdiagnose i forsikringstiden blev stillet. Det er yderligere en betingelse for anden udbetaling, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) af kræftdiagnosen eller diagnosticeret en anden kræftsygdom i i 10-års perioden.

B. Blodprop i hjertet (hjerterinfarkt).

Akut opstået henfald af en del af hjertets muskulatur som følge af utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet, der har medført tab af funktionsdygtigt hjertemuskelvæv, svarende til en LVEF på 50 % eller derunder.

Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på:

- Typisk stigning og fald af blodværdierne (troponiner eller CK-MB).

Sammen med mindst ét af følgende kriterier:

- Sygehistorie med pludseligt opståede typiske, vedvarende brystmerter eller
- Samtidigt opståede elektrokardiografiske forandringer, forenelige med diagnosen akut myokardieinfarkt.

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt og en kardiologisk speciallæge har stillet diagnosen blodprop i hjertet (hjerterinfarkt).

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose jf. § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller, jf. § 7 W

(indoperation af ICD-enhed) og/eller jf. § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 B.

C. Bypassoperation eller ballonudvidelse ved kranspulsåreforkalkning.

Foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) omfattende en eller flere kranspulsårer med anlæggelse af vene- og/eller arteriegrafts, eller foretaget ballonudvidelse på en eller flere af hjertets kranspulsårer.

Ved bypassoperation er der ret til udbetaling, hvis forsikrede er accepteret på venteliste.

Ved ballonudvidelse skal operation være gennemført.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt bypassoperation er det datoen for accept på venteliste.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 B (blodprop i hjertet) og/eller jf. § 7 W (indoperation af ICD-enhed) og/eller jf. § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 C.

D. Hjerterklapkirurgi.

Planlagt eller foretaget behandling af hjerterklapsygdomme med indsættelse af kunstig mekanisk eller biologisk hjerterklapprotese samt homograft eller klappplastik (reparation af hjerterklap).

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt operation er det datoen for accept på venteliste.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 B (blodprop i hjertet) og/eller § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller § 7 W (indoperation af ICD-enhed) og/eller § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 D.

E. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi).

En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, som følge af et infarkt forårsaget af emboli eller trombose, af en blødning i hjernen eller mellem hjernehalvdelene. Der skal foreligge hjernescanning (CT/ MR) med fund svarende til ovennævnte lidelser.

Såfremt en blodprop i hjernen ikke er påvist ved en hjernescanning (CT/MR), er tilfældet omfattet, hvis klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er varige objektive neurologiske udfaldssymptomer i form af lammelser, taleforstyrrelser, synsforstyrrelser eller intellektuel reduktion.

De objektive neurologiske udfaldssymptomer kan tidligst vurderes efter 3 måneder.

Når ovenstående betingelser er opfyldt og en neurologisk speciallæge har bekræftet objektive neurologiske udfaldssymptomer og har stillet diagnosen apopleksi, anses diagnosen for stillet på datoen for indlæggelsen på neurologisk afdeling eller

Forsikringsbetingelserne gælder fra 1. januar 2023 og erstatter tidligere betingelser af 1. januar 2020

datoen for første konsultation hos en neurologisk speciallæge i forbindelse med apopleksien.

Dækningen omfatter **ikke**:

- Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/Transitorisk iskæmisk attack (TIA)
- Hjerneinfarkter påvist tilfældigt ved hjernescanning (CT/MR), f.eks. som led i udredning af anden sygdom
- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervesvævet, dvs. udenfor hjernen, f.eks. i øjne og ører.

F. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse (AV-malformation) samt kavernøst angiom i hjernen.

Planlagt eller gennemført operation for sækformet udvidelse af hjernens pulsårer, intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse eller kavernøst angiom, som skal være påvist ved røntgenundersøgelse af hjernens pulsårer (angiografi) eller CT/MR-scanning.

Dækningen omfatter også tilfælde, hvor der er operationsindikation, men operation ikke kan gennemføres af tekniske årsager.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt operation er det datoen for accept på venteliste. Hvis operation ikke er teknisk mulig, er det datoen, hvor det fremgår i journalen fra en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling, at der er operationsindikation, men operation ikke er teknisk mulig.

G. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv.

Godartede svulster opstået i hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), som enten

- ikke kan fjernes helt (radikalt) ved operation, eller
- som efter radikal operation efterlader følgetilstande i nervesystemet, der medfører en méngrad på mindst 15 % efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel. Méngraden kan tidligst vurderes 3 måneder efter operationen. Eller
- hvor der er operationsindikation, men operation ikke kan gennemføres af tekniske årsager.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen.

Hvis operation ikke er teknisk mulig, er det datoen, hvor det fremgår i journalen fra en neurokirurgisk afdeling, at der er operationsindikation, men operation ikke er teknisk mulig.

Dækningen omfatter **ikke**:

- Cyster eller granulomer
- Schwannomer/neurinomer, herunder acusticusneurinomer
- Hypofyseadenomer.

H. Dissemineret sklerose.

En kronisk sygdom, der klinisk er karakteriseret af gentagne angreb med neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af centralnervesystemet.

Diagnosen skal dokumenteres ved én eller flere veldefinerede episoder (angreb) af symptomer, som må henregnes til dissemineret sklerose. Desuden dækkes primær progressiv sklerose. Diagnoserne skal være bekræftet ved mindst én af følgende tre undersøgelser:

- Forhøjet IgG indeks eller oligoklonale bånd i spinalvæsken.
- Forlænget latens ved VEP (ikke tilstrækkeligt, hvis der klinisk kun er affektion af nervus opticus).
- Typiske forandringer ved MR-scanning af centralnervesystemet, med multiple affektioner af den hvide substans.

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt, og en neurologisk speciallæge har stillet diagnosen dissemineret sklerose.

I. Motorisk nervecellesygdom (MND).

Motorisk nervecellesygdom (MND) af en af typerne:

- Amyotrofisk lateral sklerose (ALS)
- Progressiv bulbær parese (PBP)
- Progressiv muskel atrofi (PMA)
- Primær lateral sklerose (PLS).

Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk speciallæge har stillet en af de dækkende diagnoser.

J. Visse muskel- og nervesygdomme.

Progressiv muskeldystrofi af en af typerne:

- Facio-/scapulo-/humeral dystrofi
- Limb-girdle muskeldystrofi
- Myastenia gravis
- Arvet motorisk sensorisk neuropati (tidligere kaldet Mb. Charcot-Marie-Tooth) eller
- Inklusionslegememyositis.

Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk speciallæge har stillet en af de dækkede diagnoser.

K. Hiv-infektion som følge af blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte.

Infektion med hiv som følge af blodtransfusion modtaget efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt.

Kun personer, der af Sundhedsstyrelsen er fundet berettigede til godtgørelse for transfusionsoverført hiv-infektion, opfylder betingelserne for udbetaling af forsikringen.

Desuden omfattes personer, der under udførelse af deres professionelle erhverv i forbindelse med arbejdsbetingede læsioner eller udsættelse for smitte på slimhinderne, udvikler hiv-infektion.

Til dokumentation af smitteoverførelsen kræves, at uheldet er anmeldt som arbejdsskade samt en negativ hiv-test udført inden for den første uge efter smitteudsættelsen, efterfulgt af en positiv hiv-test inden for de næste 12 måneder.

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt og en infektionsmedicinsk speciallæge har stillet diagnosen hiv.

Forsikringsbetingelserne gælder fra 1. januar 2023 og erstatter tidligere betingelser af 1. januar 2020

## L. Aids.

En sygdom i immunsystemet forårsaget af infektion med human immunodefekt virus (hiv).

Diagnosen skal opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig aids.

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelse er opfyldt og en infektionsmedicinsk speciallæge har stillet diagnosen aids.

Er forsikrede diagnosticeret hiv-positiv inden forsikringstiden, har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 L.

## M. Kronisk nyresvigt.

Nyresvigt i en sværhedsgrad så begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt holder op med at fungere, hvilket resulterer i, at enten varig dialyse eller nyretransplantation foretages.

Ved planlagt nyretransplantation med nekronyre skal forsikrede være accepteret på aktiv venteliste.

Diagnosen anses for stillet, når varig dialyse er igangsat.

Ved nyretransplantation fra levende donor anses diagnosen for stillet på transplantationsdatoen og ved planlagt nyretransplantation med nekronyre anses diagnosen for stillet på datoen for accept på aktiv venteliste.

## N. Større organtransplantationer.

Planlagt eller foretaget organtransplantation omfattende hjerte, lunge, lever eller stamceller/knoglemarv, hvor forsikrede er modtager.

Ved planlagt organtransplantation skal forsikrede være accepteret på aktiv venteliste.

Diagnosen anses for stillet på transplantationsdatoen. Ved planlagt organtransplantation er det datoen for accept på aktiv venteliste. Ved organtransplantation med autologe stamceller/knoglemarv anses diagnosen for stillet på transplantationsdatoen.

## P. Parkinsons sygdom (paralysis agitans).

Primær Parkinsons sygdom med hovedsymptomerne muskelrigiditet, tremor eller oligokinesi. Symptomer på Parkinsons syge fremkaldt af psykofarmaka er ikke omfattet.

Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk speciallæge har stillet diagnosen Parkinsons sygdom (paralysis agitans).

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2002.

## Q. Blindhed.

Totalt og irreversibelt tab af synsfunktionen på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er 1/60 eller derunder.

Diagnosen anses for stillet, når en speciallæge i øjenssygdomme har vurderet og bekræftet synstabet i journalen.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2002.

## R. Døvhed.

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

Diagnosen anses for stillet, når en speciallæge fra audiologisk afdeling har vurderet og bekræftet høretabet i journalen.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2002.

## S. Aorta sygdom (sygdom i hovedpulsåren).

Aorta sygdom omfatter:

- En lokal udvidelse af aorta (aortaaneurisme) til over 5 cm i diameter
- En lokal udvidelse af aorta (aortaaneurisme), som er opereret
- Bristning af aorta (aortaruptur)
- Bristning i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen (aortadissektion), eller
- Total aflukning af aorta (total aortaokklusion)

Benævnelser aorta inkluderer både den thorakale og abdominale aorta, men ikke dens grene.

Diagnosen skal være dokumenteret ved enten:

- Ultralydsscanning
- Ekkokardiografi eller
- CT/MR-scanning

Ved aortaaneurisme anses diagnosen for stillet på operationsdatoen, eller når udvidelsen af aorta er målt til over 5 cm i diameter.

Ved aortaruptur, aortadissektion og total aortaokklusion anses diagnosen for stillet, når der foreligger dokumentation ved kliniske fund og ultralyd, ekkokardiografi eller CT/ MR-scanning.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2005.

## T. Følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse.

Blivende neurologiske følger efter infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder, forårsaget af bakterier, vira eller svampe. De blivende neurologiske følger skal have medført en méngrad på mindst 8 % efter Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikrings méntabel.

Diagnosen skal være stillet ud fra:

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

Méngraden kan tidligst vurderes 3 måneder efter foretaget spinalvæskeundersøgelse, som påviste hjerne- eller hjernehindebetændelse. Méngraden skal være vurderet og bekræftet af en neurologisk eller infektionsmedicinsk speciallæge.



Forsikringsbetingelserne gælder fra 1. januar 2023 og erstatter tidligere betingelser af 1. januar 2020

Når ovenstående betingelser er opfyldt, anses diagnosen for stillet på 3 måneders dagen efter foretaget spinalvæskeundersøgelse, som påviste hjerne- eller hjernehindebetændelse.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2005.

U. Følger efter Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE)

Længerevarende eller kronisk neuroborreliose som følge af flåtbid, der har medført blivende neurologiske følger. De blivende neurologiske følger skal have medført en méngrad på mindst 8 % efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings méntabel.

Diagnosen skal være stillet ud fra spinalvæskeundersøgelser med borrelia/TBE-specifikke antistoffer.

Méngraden kan tidligst vurderes 3 måneder efter foretaget spinalvæskeundersøgelse, som påviste Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE). Méngraden skal være vurderet og bekræftet af en neurologisk eller infektionsmedicinsk speciallæge.

Når ovenstående betingelser er opfyldt, anses diagnosen for stillet på 3 måneders dagen efter foretaget spinalvæskeundersøgelse, som påviste Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE).

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2005.

V. Større forbrændinger, forfrysninger eller ætsninger.

Brandsår, forfrysninger eller ætsninger af 3. grad, der dækker mindst 20 % af forsikredes legemsoverflade.

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt og der i journalen foreligger en vurdering og bekræftelse fra en brandsårsafdeling.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2007.

W. Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som sekundær profylakse.

Gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse (sekundær profylakse).

Derudover dækkes gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) som primær profylakse for følgende diagnoser:

- Sarkoidose med hjersteinvolvering
- Hypertrofisk kardiomyopati
- Langt QT-syndrom

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen.

Undtaget fra dækning er indoperation af almindelig pacemaker.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 B (blodprop i hjertet) og/eller jf. § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller § 7 D (hjerteklapkirurgi) og/eller jf. § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 W.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2014. Diagnoserne nævnt under primær profylakse er dækket fra 1. januar 2023.

X. Kronisk hjertesvigt med indoperation af ICD/CRT-enhed eller langtidsholdbar mekanisk hjertepumpe, f.eks. Heartmate

Kronisk hjertesvigt med nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 35 % eller derunder trods optimeret medicinsk behandling. Der skal være gennemført implantation af et avanceret pacemakersystem (cardioverter defibrillator (ICD-enhed) eller biventrikulær pacemaker (CRT-enhed)) eller langtidsholdbar mekanisk hjertepumpe, f.eks. Heartmate.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen når ovenstående betingelser er opfyldt.

Undtaget fra dækning er indoperation af almindelig pacemaker.

Derudover dækkes kronisk hjertesvigt uden indoperation af ICD/CRT-enhed for følgende diagnose:

- Amyloidose med hjersteinvolvering

Diagnosen anses for stillet, når en kardiologisk speciallæge har stillet diagnosen Amyloidose med hjersteinvolvering.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 B (blodprop i hjertet) og/eller jf. § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller § 7 D (hjerteklapkirurgi) og/eller jf. § 7 W (Indoperation af ICD-enhed) har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 X.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2016, dog er indoperation af langtidsholdbar mekanisk hjertepumpe, f.eks. Heartmate, dækket fra 1. januar 2017. Diagnosen Amyloidose med hjersteinvolvering, er dækket fra 1. januar 2023.

Y. Idiopatisk pulmonal arterial hypertension (IPAH1)

Pulmonal arterial hypertension gruppe 1.1 i specifik medicinsk behandling rettet mod Pulmonal arterial hypertension på idiopatisk baggrund (IPAH).

Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på en hjertekateterundersøgelse.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2023