



Forsikringsbetingelser og -vilkår
Alivia Kræftforsikring
Obligatorisk/kollektiv forsikring



Indhold

1.....	Ordliste - Definitioner	4
2.Alivia Kræftforsikring		5
3.Generelle vilkår og betingelser		6
3.1Forsikringsselskabet		6
3.2Forsikringsmægler og skadesbehandler		6
3.3Introduktion og generelle vilkår og betingelser		6
3.4Indgåelse af aftalen		6
3.5Ændringer i forsikringskontrakten		6
3.6Hvem kan tegne forsikring.....		7
3.7Pligt til at oplyse.....		7
3.8Forsikringens ikrafttræden		7
3.9Præmie og præmiebetaling		8
3.10Frafald af præmie		8
3.11Tilbagebetaling af præmie		8
3.12Forsikringssag/skadesag.....		8
3.13Overdragelse af forsikringen		8
3.14Opsigelse af forsikringen.....		8
3.15Opsigelse.....		8
4Begrænsninger af forsikringsselskabets ansvar, generelle begrænsninger og udelukkelser		9
4.1Overtrædelse af oplysningspligten		9
4.2Forsætlig og uagtsom fremprovokering af en forsikringssag/selvforskyldt skade.....		9
4.3Ved ophold i udlandet i lande, der ikke er omfattet af restriktioner i Udenrigsministeriets rejsevejledning som følge af krig eller politiske uroligheder.....		9
4.4Terrorisme og masseødelæggelse		10
4.5Force Majeure		10
4.6Deltagelse i udenlandske krige eller ophold i lande uden for Danmark, hvor der hersker krig eller politisk uro ..		10
4.7Smitsomme sygdomme og/eller epidemier		11
5Regulering af skader/forsikringsspørgsmål.....		11
5.1Retten til kompensation		11
5.2Renter og kompensation		11

5.3Anmeldelse af forsikringsbegivenhed og forældelsesfrist.....	11
5.4Regres	12
5.5Behandling af personlige data	12
6Klagemuligheder.....	13
7Kræftforsikring.....	14
7.1Generel information	14
7.1.1Alivias Medical Intelligence Unit.....	14
7.1.2Medicinsk Concierge/Personlig Case Manager	14
7.1.3Kontinuerlig Second Opinion	15
7.1.4Individuel diagnostik og behandling/Præcisionsmedicin	15
7.2Ved kræftdiagnose dækker forsikringen:.....	15
7.3Second Opinion - Ny medicinsk vurdering	16
7.4Supplerende diagnostik og undersøgelser	16
7.5Behandling på privathospital/privatlæge	16
7.6Behandling på privathospitaler under ventetid i det offentlige sundhedssystem	16
7.7Psykologisk støtte	16
7.8Rehabiliteringsprogrammer	16
7.9Udgifter til medicin	17
7.10Rejse og ophold	17
7.11Hjælp i hjemmet	17
7.12Hjælp og rådgivning	17
7.13Begrænsninger i forsikringen og ansvarsbegrænsning.....	17
7.14Behandlingsgaranti og tidsfrister.....	18
7.15Ansvarlig periode	19
7.16Egenbetaling.....	19
7.17Forsikringsbeløb	19

1. Ordliste - Definitioner

ASPMI: ASPMI betyder "L'Association pour la Solidarité entre Personnes en Mobilité Internationale" (fransk org. nr. W751260829) som har tegnet Alivia Kræftforsikring for Gruppemedlemmerne. ASPMI (og Gruppemedlemmerne) er forsikret af MGEN (som er defineret i 3.1).

Behandlingsperiode: Perioden fra den forsikrede modtager behandling efter at have fået stillet en kræftdiagnose, til tilstanden er stabil.

Ægtefælle: Person, som den forsikrede er gift med.

Forsikret person/forsikrede: En person, der har ret til behandling i henhold til forsikringsaftalen.

Forsikringsaftale/forsikringen: Den aftale, der er indgået mellem forsikringstager og forsikringsselskabet, som vedrører den enkelte forsikredes dækning. Forsikringsaftalen omfatter ansøgningsmaterialet, policen, forsikringsbetingelserne, master policy mellem MGEN og ASPMI, og forsikringsbeviset.

Forsikringsperiode: Den periode, hvor forsikringen er gyldig. Forsikringsperioden vil være angivet i forsikringsbeviset som gyldig fra og til dato.

Forsikringstager: Forsikringstager er den gruppe som indgår i en forsikringsaftale med forsikringsselskabet.

Forsikringsbegivenhed: Når en kræftdiagnose stilles for første gang af en speciallæge og dokumenteres i journalen.

Gruppe: Arbejdsgiver, organisation, forening, klub m.v., der har indgået en forsikringsaftale med forsikringsselskabet og dermed er blevet medlem af ASPMI.

Gruppemedlem/medlem: Gruppemedlem/medlem er den person, der tilhører den gruppe, der kan være forsikret under forsikringsaftalen.

Gruppens repræsentant: Den person, der er udpeget til at repræsentere gruppen i kontakten med forsikringsselskabet.

Indlæggelse: Behandling, der gives, når forsikrede er indlagt på et hospital eller en anden behandlingsenhed i mindst én nat. Orlov betragtes ikke som hospitalsindlæggelse.

Medforsikrede børn: Hvis det fremgår af forsikringsaftalen, er der mulighed for at tegne forsikring for alle gruppemedlemmernes børn. Medforsikrede børn kan forsikres, hvis de er tilmeldt på samme adresse som gruppemedlemmet. Børn, der er registreret på en anden adresse, men hvor den medforsikrede person har delvis omsorg for barnet, betragtes også som hjemmeboende børn. Der skal indsendes en ansøgning, for at børn kan forsikres.

Medforsikret: En medforsikret er gruppemedlemmets ægtefælle/partner, samlever eller registrerede partner. Ansøgningen skal indsendes, for at den medforsikrede kan få forsikring.

Medicinsk nødvendig: Afgørelsen af, om et indgreb, en undersøgelse eller en behandling er

medicinsk nødvendig, skal træffes af en kvalificeret sundhedsperson med speciale inden for det relevante område. Alivia forbeholder sig ret til at rådføre sig med medicinske eksperter på området for at vurdere, hvad der anses for at være medicinsk nødvendigt, og det er Alivia, der i sidste ende afgør spørgsmålet om, hvad der anses for at være medicinsk nødvendigt.

Obligatorisk gruppeforsikring: Forsikring, hvor alle personer, i en af forsikringstageren defineret gruppe, tilslutter sig kollektivt ved at opfylde de aftalte adgangskrav.

Programmer for kræftbehandling: Standardprogrammer for kræftbehandling i den offentlige sundhedssektor i Danmark.

Privat behandling: Behandling, der ikke er offentligt finansieret.

Pårørende: Pårørende omfatter forældre, ægtefælle, samlever, registreret partner, børn og søskende.

Registreret partner: Person, som den forsikrede har et registreret partnerskab med.

Samlever: En person, som den forsikrede lever sammen med i et ægteskabslignende forhold, hvis det fremgår af folkeregistret, at de to har haft samme bolig i de seneste to år, eller en person, som har børn og fælles bolig med den forsikrede. En person betragtes dog ikke som samlever, hvis der på tidspunktet for forsikringsbegivenheden forelå omstændigheder, der forhindrede indgåelse af et juridisk ægteskab/partnerskab. En person anses ikke for at være samboende i længere tid, end indtil der sker et egentligt brud på forholdet, eller indtil ovenstående definition af samliv af andre årsager ikke længere er opfyldt.

Second opinion: Revurdering af den primære diagnose og behandlingsplan af en ny speciallæge.

Specialiserede sundhedsydelser: Behandling, der omfatter medicinsk vurdering, undersøgelse og behandling, som kræver specialiseret ekspertise. Behandlingen skal udføres af læger med specialiseret ekspertise.

2. Alivia Kræftforsikring

Alivia Kræftforsikring er et supplement til den offentlige kræftbehandling, som giver øget tryghed for den forsikrede ved en kræftdiagnose.

Forsikringen sikrer den rigtige diagnose og behandlingsplan gennem en second opinion og den rigtige behandling på det rigtige tidspunkt. Hvis den offentlige sektor ikke kan tilbyde behandling, tilbydes den forsikrede privat behandling i overensstemmelse med disse vilkår og betingelser. Forsikringen giver også den forsikrede adgang til en omsorgs koordinator under behandlingsforløbet.

Alivia samarbejder med det offentlige sundhedssystem for at sikre en sammenhængende behandlingsskæde.

Alivia Kræftforsikring dækker nødvendige og rimelige udgifter til lægekonsultationer og planlagt privat behandling hos de læger, behandlere, klinikker eller hospitaler, som til enhver tid er godkendt af Alivia. Forsikringen giver ikke ret til kontant udbetaling ud over, hvad der fremgår af

punkt 7.12.

1. Generelle vilkår og betingelser

1.1 Forsikringsselskabet

Alivia Insurance AB (svensk org. nr. 516406-1003) ("Alivia") er repræsentant for forsikringsselskabet MGEN (fransk reg. nr. 775 685 399) ("MGEN" eller "Forsikringsselskabet"), et forsikringsselskab registreret i Frankrig, som er under tilsyn af den franske tilsynsmyndighed Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

MGEN er registreret ifølge den franske lov om gensidige forsikringsselskaber, hvis adress er 3 Square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15, Frankrig.

MGEN er repræsenteret af VYV International Benefits (fransk reg.nr. 813 361 441) som er et registreret forsikringsformidler med ORIAS (register over franske forsikringsformedlere – www.orias.fr) (nr. 16002500), hvis adress er 3 Square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15, Frankrig ("VYV"). VYV har indgået en aftale med Alivia på vegne af MGEN.

Forsikringsaftalen er indgået mellem MGEN og Grupperepræsentanten.

1.2 Forsikringsmægler og skadesbehandler

Alivia har udviklet Alivia Kræftforsikring i samarbejde med MGEN. Alivia er en forsikringsformidler, der er registreret i Sverige og står under tilsyn af Finansinspektionen i Sverige.

1.3 Introduktion og generelle vilkår og betingelser

Forsikringsbetingelserne beskriver kræftforsikringen, som kan tegnes som et selvstændigt produkt eller som et supplement til andre forsikringer.

Forsikringsbetingelserne indeholder oplysninger om forsikringens indhold, om ikrafttræden, forlængelse, opsigelse og præmiebetaling.

Af forsikringsbeviset fremgår det, hvilke forsikringer den forsikrede har valgt at tegne.

1.4 Indgåelse af aftalen

Forsikringen er baseret på en kollektiv forsikringsaftale. Forsikringsaftalen indgås mellem forsikringsselskabet og forsikringstageren. En betingelse for det individuelle medlemsskabs gyldighed er, at den kollektive forsikringsaftale er i kraft.

1.5 Ændringer i forsikringskontrakten

En indgået forsikringsaftale kan ændres i forsikringsperioden og opsiges i de tilfælde, der er angivet i Forsikringsaftaleloven (FAL). En ændring af vilkår og præmier for forsikringen træder i kraft fra førstkommende forfaldsdato. Meddelelse om ændringer sker i forbindelse med udsendelse af nye forsikringsdokumenter og ny præmieopkrævning.

Ændringer i pris, selvrisiko eller betingelser skal varsles mindst 30 dage før forsikringens forfaldsdato. Dette gælder ikke for indeksering, lovmæssige ændringer, ændringer af præciserende karakter, eller ændringer der foretages i forbindelse med en skade. Hvis forsikringstager ikke ønsker at acceptere ændringerne, kan forsikringen opsiges skriftligt senest 14 dage efter meddelelse om ændringen er modtaget. Opsiges forsikringen ikke, fortsætter denne på de ændrede vilkår og/eller den ændrede pris.

Forsikringsselskabet er berettiget til straks at ændre forsikringsbetingelserne, hvis aftalens vilkår ændres som følge af ændringer i lovgivningen, andre forskrifter, ændringer i retsanvendelsen og/eller offentlige forskrifter. Dette gælder også, hvis grupperepræsentanten eller den forsikrede groft misligholder sine forpligtelser, En sådan ændring vil være gældende, når forsikringsselskabet har sendt skriftlig meddelelse om de nye vilkår eller fra den dato, hvor den nye lov gælder.

1.6 Hvem kan tegne forsikring

Følgende personer har ret til at ansøge om kræftforsikring:

1. Gruppemedlem som:

- som bor i Danmark og er registreret med en adresse i folkeregistret, og som har fulde danske sociale sikringsrettigheder
- opfylder de objektive krav for at blive medlem af den kollektive forsikringsaftale
- er fyldt 16 år, men endnu ikke 67 år

2. Medforsikret ægtefælle, samlever eller registreret partner (hvis gruppemedlemmet er dækket):

- som bor i Danmark og er registreret med en adresse i folkeregistret, og som har fulde danske sociale sikringsrettigheder
- er fyldt 16 år, men endnu ikke 67 år

2. Medforsikret barn (hvis gruppemedlem er dækket):

- som bor i Danmark og er registreret med en adresse i folkeregistret, og som har fulde danske sociale sikringsrettigheder
- som ikke er fyldt 21 år på tidspunktet for tegning af forsikringen

1.7 Pligt til at oplyse

Når forsikringen træder i kraft, og når den forlænges, kan forsikringsselskabet bede om oplysninger, der kan være vigtige for at vurdere risikoen.

Forsikringstageren og den forsikrede skal give korrekte og fyldestgørende svar på forsikringsselskabets spørgsmål. De skal også af egen drift give oplysninger om særlige forhold, som de må indse er af væsentlig betydning for forsikringsselskabets vurdering af risikoen.

Hvis oplysningspligten ikke opfyldes, kan forsikringsselskabets ansvar nedsættes eller bortfalde.

Forsikringstageren skal straks underrette forsikringsselskabet, hvis der sker væsentlige ændringer i antallet af medlemmer i gruppen, da dette kan medføre en nedsættelse eller forhøjelse af forsikringspræmien. En væsentlig ændring anses for at foreligge, hvis ændringen i antal ændres med mere end 10 procent i forhold til det, der tidligere er oplyst til forsikringsselskabet. Præmien bliver reguleret i forbindelse med hovedforfald.

Nye medlemmer er ikke dækket, før forsikringsselskabet har modtaget en skriftlig meddelelse.

1.8 Forsikringens ikrafttræden

Forsikringen træder i kraft på den dato, der er angivet i forsikringsbeviset eller på anden tilsvarende måde er aftalt.

1.9 Præmie og præmiebetaling

Præmien betales af forsikringstageren.

Præmien beregnes for et år ad gangen og fastsættes blandt andet under hensyntagen til gruppens sammensætning, alder og aktuelle præmie og aktuelle risikovurderinger. Hver gruppe har en fælles hovedforfaldsdato for alle policer eller en separat hovedforfaldsdato for hver police. For grupper med en fælles hovedforfaldsdato er den første forsikringsperiode for den forsikrede fra startdatoen til hovedforfaldsdatoen, og derefter er forsikringsperioden et år.

1.10

Frafald af præmie

Præmiefritagelse er ikke inkluderet i denne forsikring.

1.11

Tilbagebetaling af præmie

Hvis forsikringstager har betalt præmien på forhånd, og forsikringen bringes til ophør i forsikringsperioden, tilbagebetales præmie for perioden efter, forsikringen ophører.

1.12

Forsikringssag/skadesag

Krav, der kan give ret til erstatning, skal anmeldes snarest muligt og senest et år efter, at sikrede har fået kendskab til de omstændigheder, der begrundet kravet.

1.13

Overdragelse af forsikringen

Forsikringen kan ikke overdrages.

1.14

Opsigelse af forsikringen

Forsikringen gælder til den aftalte slutalder, dog senest til udgangen af den præmieperiode, hvor den forsikrede fylder 70 år (ved obligatorisk gruppeforsikring). For børn gælder forsikringen, indtil de fylder 21 år.

Forsikringen ophører tidligere, hvis aftalen opsiges af forsikringstageren eller forsikringsselskabet i henhold til gældende bestemmelser i FAL.

For et medlem af en gruppeforsikring ophører aftalen også når medlemmet forlader gruppen.

Forsikringen ophører også i tilfælde af annullering af master policy mellem ASPMI og MGEN.

Hvis forsikringen opsiges (ikke fornyes), refunderes udgifter til behandling i op til 12 måneder for forsikringsbegivenheder, der er anmeldt i henhold til anmeldelsesfristen i forsikringsbetingelsernes afsnit 5.3, op til den aftalte forsikringssum. Hvis forsikringen flyttes til et andet forsikringsselskab, refunderes udgifter til undersøgelse, behandling eller operation i op til tre (3) måneder efter aftalens ophør, såfremt der ikke er dækning under den nye forsikring, som følge af karenperiode.

Hvis forsikringsaftalen ikke længere er rentabel for forsikringsselskabet, er der tale om en særlig grund, der berettiger selskabet til at opsiges forsikringen.

Forsikringen kan opsiges med en varsel på 30 dage op til hovedforfald, sker dette ikke fornyes aftalen automatisk.

1.15

Opsigelse

Hvis den forsikrede udtræder af gruppen af andre årsager end aftalens sidste aldersgrænse, ophører forsikringspligten over for det forsikrede gruppemedlem og den medforsikrede to måneder efter udtrædelsen (Efterdækning). Hvis ægtefællen/partneren/den registrerede partner er medforsikret, og ægteskabet/samlivet/det registrerede partnerskab opløses,

ophører erstatningspligten over for den medforsikrede to måneder efter, at ægteskabet/samlivet/det registrerede partnerskab er opløst.

Begrænsninger:

Efterfølgende dækning gælder ikke, hvis forsikrede på anden måde har modtaget eller åbenlyst kan modtage dækning af samme art.

Efterdækningen gælder ikke, hvis forsikringsaftalen er opsagt helt eller delvist af gruppen/den autoriserede grupperepræsentant.

Efterfølgende dækning gælder ikke, hvis forsikringen opsiges på grund af ubetalt præmie

Undtagelser:

Hvis forsikringsaftalen er obligatorisk for alle medlemmer og forsikrede under forsikringsaftalen ikke er involveret i præmiebetalingen via lønfradrag, har forsikrede stadig ret til efterdækning, selvom forsikringen opsiges på grund af utbetalte præmier.

Efterdækningen gælder ikke, hvis den forsikrede bliver medlem af en anden gruppeforsikring med samme type dækning.

4 Begrænsninger af forsikringsselskabets ansvar, generelle begrænsninger og udelukkelser

4.1 Overtrædelse af oplysningspligten

Forsikringsselskabet kan opsiges forsikringen:

- i aftaleperioden, hvis forsikringsselskabet bliver opmærksom på, at oplysningspligten er tilsidesat, og der er tale om uagtsomhed fra forsikringstageren eller den forsikrede med 14 dages varsel,
- Hvis forsikringstageren eller den forsikrede har handlet svigagtigt, kan forsikringsselskabet opsiges policen og andre aftaler med øjeblikkelig virkning.

Hvis forsikringstageren har tilsidesat oplysningspligten, kan forsikringsselskabet kræve erstatning af forsikringstageren. Det samme gælder i de tilfælde, hvor forsikringstageren ikke har overholdt de gældende regler om registrering og anmeldelse af ændringer. Endvidere gælder det også i de tilfælde, hvor forsikringstageren ikke har overholdt sin oplysningspligt over for de forsikrede.

4.2 Forsætlig og uagtsom fremprovokering af en forsikringssag/selvforskyldt skade

Hvis den forsikrede person bevidst forårsager en forsikringsbegivenhed, vil der ikke blive udbetalt erstatning.

Hvis den forsikrede person forårsager en forsikringsbegivenhed ved grov uagtsomhed, kan erstatningen nedsættes under hensyntagen til uagtsomhedens grovhed og øvrige omstændigheder af betydning for forsikringsbegivenhedens indtræden.

4.1 Ved ophold i udlandet i lande, der ikke er omfattet af restriktioner i Udenrigsministeriets rejsevejledning som følge af krig eller politiske uroligheder.

Medarbejdere, der af arbejdsgiveren udsendes fra Danmark til beskæftigelse i udlandet, er omfattet af forsikringen. Kræver danske sociale sikring.

Kræftforsikring kræver en diagnose stillet af en speciallæge og en dokumenteret journal. Diagnosen skal være stillet i et land inden for EU, EØS, Det Forenede Kongerige eller Schweiz.

Behandlingen skal starte i Danmark inden for offentligt finansieret behandling. Rejsseudgifter til Danmark for den forsikrede, der opholder sig i udlandet i forbindelse med en kræftdiagnose, refunderes ikke.

4.2 Terrorisme og masseødelæggelse

Forsikringen gælder ikke for krav, der helt eller delvist, direkte eller indirekte, er forårsaget af, eller er en konsekvens af, eller forværres af:

Brug af biologiske masseødelæggelsesvåben:

Spredning eller udsivning af sygdomsfremkaldende mikroorganismer og/eller biologisk fremstillede toksiner, herunder genetisk modificerede organismer eller syntetisk fremstillede toksiner, der kan forårsage invaliditet, uarbejdsdygtighed eller død hos mennesker eller dyr.

Brug af radioaktive masseødelæggelsesvåben:

Eksplorative atomvåben eller -anordninger samt spredning, frigivelse eller lækage af fossilt materiale, der spreder radioaktivitet i tilstrækkelig mængde til at forårsage invalidering, handicap eller død hos mennesker eller dyr.

Brug af kemiske masseødelæggelsesvåben:

Det refererer til spredning, frigørelse eller lækage af faste, flydende eller gasformige stoffer, der kan forårsage invalidering, handicap eller død hos mennesker eller dyr.

Terrorhandling (som er defineret nedan) med brug af biologiske, nukleare eller kemiske masseødelæggelsesvåben, uanset hvordan de er spredt eller kombineret.

"Terrorhandling" betyder en handling, der udføres af en person eller en gruppe af personer til politiske, ideologiske, religiøse eller lignende formål med det formål at påvirke regeringer eller bringe offentligheden eller dele af offentligheden i fare. Terrorhandlingen kan omfatte, men er ikke begrænset til, den faktiske brug af vold, magt eller trusler herom. Terroristerne kan enten handle individuelt eller på vegne af eller i samarbejde med en anden organisation eller regering.

4.3 Force Majeure

Forsikringsselskabet er ikke ansvarlig for økonomiske tab, der måtte hvis dækningen forsinkes på grund af krig, politiske uroligheder, retshåndhævelse, regeringsforanstaltninger eller arbejdskonflikter.

4.4 Deltagelse i udenlandske krige eller ophold i lande uden for Danmark, hvor der hersker krig eller politisk uro

Forsikringsaftalen gælder ikke for deltagelse i krig eller politiske uroligheder uden for Danmark. Forsikringsaftalen gælder heller ikke for forsikringsager, der opstår inden for et år efter en sådan deltagelse, og som kan betragtes som en følge af krigen eller de politiske uroligheder.

Hvis der udbryder krig eller uroligheder, mens den forsikrede opholder sig i området, gælder forsikringen den første måned, forudsat at den forsikrede ikke deltager i krigen eller de politiske uroligheder.

4.5 Smitsomme sygdomme og/eller epidemier

Forsikringen gælder ikke for skader, der helt eller delvist, direkte eller indirekte, er forårsaget

af, eller er en følge af, eller forværres af, en af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) anmeldt epidemi/pandemi og/eller sygdom omfattet af Smittebeskyttelsesloven.

5 Regulering af skader/forsikringsspørgsmål

5.1 Retten til kompensation

Den forsikrede person er berettiget i henhold til forsikringsaftalen fra den dag, hvor en relevant speciallæge første gang diagnosticerede kræft og dokumenterede dette i lægejournalen. Forsikringen dækker i forsikringsperioden.

Retten til dækning kræver, at den forsikrede person:

- har være udsat for en forsikret begivenhed,
- anmelder forsikringsbegivenheden til Alivia,
- er under medicinsk behandling,
- følger de anbefalinger og behandlinger, der gives af læger og andet sundhedspersonale,
- følger Alivias behandlingsplan,
- overholder forsikringens vilkår og betingelser, og
- hvis forsikrede ikke er undtaget i henhold til afsnit 4 og 7.12 i forsikringsbetingelserne

5.2 Renter og kompensation

Dækningen følger altid de vilkår, der var gældende, da kræften blev diagnosticeret. Alivia dækker inden for en måned efter, at en skade er anerkendt. For at en skade kan anerkendes, skal Alivia have modtaget de nødvendige medicinske oplysninger fra læger eller andet medicinsk personale eller fra sociale myndigheder/andre forsikringsselskaber, og Alivia skal have fået besked om, hvem der skal dækkes.

Hvis en anerkendt skade dækkes senere end to måneder efter anmeldelsen af forsikringsbegivenheden, betales morarenter i henhold til gældende lovgivning.

Forsikringsselskabet hæfter ikke for tab, der måtte opstå, hvis undersøgelsen af skaden eller erstatningen forsinkes.

Der skal ikke betales morarenter, hvis forsinkelsen skyldes:

- Krig eller politisk uro
- Afgørelser fra offentlige myndigheder og institutioner
- Strejke, lockout eller andre arbejdsmarkedsrelaterede konflikter

Der betales heller ikke morarenter, hvis forsinkelsen skyldes en begivenhed, der er angivet under afsnittet Forældelse eller Force Majeure.

5.3 Anmeldelse af forsikringsbegivenhed og forældelsesfrist

Krav, der kan give dig ret til erstatning, skal anmeldes til Alivia eller deres udpegede repræsentant så hurtigt som muligt. Du kan sende din klage til skade@balticfinance.com. De dokumenter og andre oplysninger, som Alivia anser for vigtige i vurderingen af retten til erstatning, skal indhentes og sendes uden omkostninger for Alivia.

Det er en betingelse for ret til erstatning, at den forsikrede altid kontakter Alivia på forhånd for rådgivning, planlægning og booking af privat undersøgelse og behandling. Hvis den forsikrede ikke kontakter Alivia på forhånd, kan erstatningen blive reduceret eller helt

bortfalde.

Hvis Alivia anmoder om det og forsikrede giver samtykke hertil, er Alivia eller de virksomheder, som Alivia samarbejder med, bemyndiget til at indhente relevante oplysninger, attester, fra læger eller andet sundhedspersonale, hospitaler eller andre medicinske institutioner, socialsikringskontoret eller andre forsikringsselskaber. Det er en forudsætning for vurdering af et erstatningskrav, at forsikrede giver sit samtykke.

Forsikrede skal anmelde kravet til forsikringsselskabet snarest muligt og senest et år efter, at forsikrede har fået kendskab til de omstændigheder, der begrundet kravet.

Erstatningskrav forældes efter tre år. Forældelsesfristen begynder på det tidspunkt, hvor sikrede fik den fornødne viden om de forhold, der ligger til grund for kravet.

5.4 Regres

Alivia kan indtræde i den forsikredes ret til erstatning på vegne af forsikringsselskabet. Dette gælder, når forsikrede har modtaget erstatning fra andre, og når forsikringsselskabet har udbetalt erstatning. I den forbindelse skal forsikrede efter anmodning fra Alivia eller forsikringsselskabet give Alivia fuldmagt til at kræve refusion/regres, hvor dette er nødvendigt.

Hvis den samme operation, behandling eller specialistkonsultation er dækket af flere forsikringer, kan forsikrede vælge, hvilke forsikringer der skal anvendes, indtil forsikrede har modtaget den samlede erstatning, han eller hun er berettiget til. Hvis mere end ét forsikringsselskab er ansvarlig for den forsikredes krav, fordeles erstatningen forholdsmæssigt mellem forsikringsselskaberne efter omfanget af det enkelte forsikringsselskabs ansvar for operationen, behandlingen eller speciallægekonsultationen, medmindre andet er aftalt mellem selskaberne.

Hvis det offentlige dækker udgifter, som sikrede har afholdt og fået dækket af forsikringsselskabet, har forsikringsselskabet ret til at få refunderet disse udgifter i det omfang, de er dækket af det offentlige. Forsikrede skal i den forbindelse give forsikringsselskabet fuldmagt til at kræve refusion fra den relevante offentlige myndighed.

5.5 Behandling af personlige data

Personoplysninger behandles i overensstemmelse med Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) 2016/679 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (GDPR). Oplysninger, der gives til forsikringsselskabet eller et andet selskab inden for forsikringsselskabets koncern og dets partnere, vil blive behandlet af selskaberne, så selskaberne kan opfylde foranstaltninger, indgåede aftaler eller forpligtelser, der følger af lov eller anden lovgivning. Visse følsomme personoplysninger, såsom sygdomsoplysninger og oplysninger om helbredstilstand, kan blive indsamlet og behandlet i forbindelse med risikovurdering og skadesafvikling. Forsikringstageren/den forsikrede er indforstået med, at sådanne oplysninger kan være nødvendige at indhente og behandle, for at aftalen kan opfyldes.

Personoplysninger kan til de nu angivne formål videregives til selskaber inden for den koncern, som forsikringsselskabet tilhører, og til andre selskaber, både inden for EU og EØS, og andre selskaber, som dette forsikringsselskab samarbejder med. Al behandling af personoplysninger vil ske med stor omhu for at beskytte den enkeltes privatliv.

I visse tilfælde kan forsikringsselskabet eller en tredjepart, der handler på vegne af forsikringsselskabet, sende personoplysninger uden for EØS. Forsikringsselskabet vil altid sikre, at overførsler af personoplysninger uden for EØS håndteres på en sådan måde, at dine databeskyttelsesrettigheder beskyttes, samtidig med at det sikres, at de nødvendige sikkerhedsforanstaltninger er på plads. Dette kan omfatte overførsel til lande, som EØS anser for at yde passende beskyttelse af dine personoplysninger (f.eks. Storbritannien), eller etablering af kontraktlige forpligtelser med den part, der modtager oplysningerne.

Personlige data vil kun være tilgængelige for dem, der har brug for adgang til dataene for at udføre deres arbejde. Endvidere vil oplysninger kun blive stillet til rådighed i det omfang, det er nødvendigt til ovennævnte formål. Den forsikringstager/forsikrede, der ønsker information om, hvilke personoplysninger der er tilgængelige, kan efter en skriftlig ansøgning, som skal være underskrevet i hånden og angive forsikrings- eller personnummer, til Alivia Insurance AB, Olof Palmes gata 11, 111 37 Stockholm, Sverige få sådanne oplysninger og anmode om rettelse af ukorrekte oplysninger. Se mere på <https://alivia.se/integritetspolicy/>.

Forsikringstager kan også udøve deres rettigheder over for databeskyttelsesansvarlig for VYV ved at skrive til dpo@vyv-ib.com eller til:

VYV International Benefits
3 Square Max Hymans
75748 Paris Cedex 15
Frankrig

I tilfælde af en klage har Forsikringstager også ret til at appellere til CNIL – det franske datatilsynet - på www.cnil.fr - eller ved at skrive til:

CNIL
3 Place de Fontenoy
TSA 80715
75334 Paris Cedex 07
Frankrig

6 Klagemuligheder

Hvis den forsikrede er uenig i forsikringsselskabets afgørelse i en forsikringssag, kan den forsikrede kontakte klageansvarlige for at få en vurdering af sagen. Du kan sende din klage via forsikringsselskabets klageportal på <https://www.mgen.fr/contact/mail/> eller pr. post til: VYV International Benefits – Customers Department, 3 Square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15, Frankrig. alternativt på Alivias hjemmeside <https://alivia.se/om-du-inte-ar-nojd/>.

Modtagelse af klagen skal bekræftes inden for ti (10) dage, medmindre svaret gives i løbet af denne periode. Under alle omstændigheder skal et formelt svar sendes inden for to (2) måneder fra datoen for modtagelse af klagen.

Alivias klageudvalg

Den endelige afgørelse i en klagesag træffes af Alivias klagenævn. Nævnet består af en ekstern ekspert med stor erfaring inden for personskadeforsikring, en advokat, Alivias formand for klagenævnet og en repræsentant fra forsikringsselskabet.

Det finansielle klagenævn

Den forsikrede kan også rette klager vedrørende forsikringsaftalen til:

Ankenævnet for Forsikring
Østergade 18, 2
1100 København K
Telefon: +45 33 15 89 00 (kl 1000-1300)

Værneting og lovvalg

Denne aftale er underlagt dansk ret.

Twister mellem forsikringstager og forsikringsselskabet, herunder forsikringsselskabets repræsentanter, skal behandles af de svenske domstole med en byret som førsteinstans.

Twister mellem forsikrede, i forsikredes egenskab af privatperson, og forsikringsselskabet, herunder forsikringsselskabets repræsentanter, kan anlægges ved en dansk domstol i den retskreds, hvor forsikrede har fast bopæl.

Omkostninger til advokatbistand dækkes ikke af forsikringen.

7 Kræftforsikring

7.1 Generel information

Med Alivias Kræftforsikring kan du være sikker på, at du får den bedst mulige behandling, hvis du skulle rammes af kræft. Forsikringen fungerer som et supplement til det offentlige sundhedsvæsen i Danmark og sikrer, at du får den rigtige diagnose og behandling.

7.1.1 Alivias Medical Intelligence Unit

Gennem Alivia får du øjeblikkelig adgang til et erfarent medicinsk team - Medical Intelligence Unit - som består af følgende:

- medicinsk ansvarlig
- onkologer
- radiologer
- Case managers/concierge service
- et internationale medicinske råd, som består af flere internationale kræfteksperter internationale kræfteksperter – deres respektive biografier kan ses her <https://alivia.se/alivias-medicinskarad/>.

7.1.2 Medicinsk Concierge/Personlig Case Manager

Forsikringen aktiveres, når du får en kræftdiagnose. Umiddelbart efter du har anmeldt din kræftdiagnose til Alivia, får du adgang til en personlig "case manager" i Danmark, som følger dig gennem hele behandlingsperioden og giver dig råd og støtte undervejs. Alivias case managers er autoriserede sygeplejersker med erfaring fra danske sygehuse, som hjælper dig i kontakt med læger, speciallæger, diagnostiske udbydere og psykologer.

7.1.3 Kontinuerlig Second Opinion

Kræft er en kompliceret sygdom, hvor hver diagnose er lige så unik som et fingeraftryk. Dette kan føre til usikkerhed i den foreslåede behandlingsplan. Derfor er en second opinion fra speciallæger med ekspertviden af stor værdi for dig, der er blevet ramt, men også som støtte til den ansvarlige læge. Internationale undersøgelser viser, at ca. 30 % af kræftdiagnoserne justeres i forbindelse med en second opinion.

Vi sikrer, at du får en second opinion fra en internationalt anerkendt kræftspecialist. Hvis der er usikkerhed om diagnosen, foretages yderligere analyser og prøveudtagning for at sikre den korrekte diagnose og behandling.

Kræft er en «lang» sygdom. Den følger dig og din familie hele dit liv, uanset om du dør af sygdommen, dør med sygdommen eller bliver helbredt. Alivias medicinske team vil være der med dig under forløbet. Sker der tilbagefald vil Alivias Medical Intelligence Unit være behjælpelig med kontinuerlige second opinions afhængig af hvorledes din sygdom udvikler sig.

7.1.4 Individuel diagnostik og behandling/Præcisionsmedicin

For at finde ud af, hvilke genetiske ændringer der er til stede i en tumor, kræves der nogle gange en biopsi, hvor lægen fjerner en del af tumoren. Prøven sendes til et laboratorium, hvor en DNA-sekventeringsmaskine leder efter genetiske ændringer, der kan få tumoren til at vokse. Processen kaldes DNA-sekventering, genomisk testning, molekylær profilering eller tumorprofilering. Alivia dækker både somatiske og kimlinje DNA- og RNA-analyser i tillæg til andre histokemiske analyser for at karakterisere den indikation på en kræftsvulst.

Vi arrangerer - og forsikringen inkluderer - en molekylær profilering, hvis vores speciallæger mener, at avanceret diagnostik er nødvendig for at bekræfte din diagnose eller behandlingsplan

Hvis der er en mere passende behandling tilgængelig, sørger vi for, at du får den. Behandlingen skal primært udføres af det offentlige sundhedsvæsen i Danmark, men hvis dette ikke er muligt, foregår det gennem en privat sundhedsudbyder, som Alivia har kvalitetssikret og har en aftale med, inden for EU/EØS.

7.2 Ved kræftdiagnose dækker forsikringen:

- Second opinion (se afsnit 7.3)
- Supplerende diagnostik og undersøgelser (se afsnit 7.4)
- Behandling på privathospital/privatlæge (se pkt. 7.5)
- Behandling på privathospitaler ved lang offentlig venteliste (se afsnit 7.6)
- Psykologisk støtte til forsikrede og familie (se afsnit 7.7)
- Rehabilitering (se afsnit 7.8)
- Medicinudgifter (se afsnit 7.9)
- Rejse og ophold (se afsnit 7.10)
- Hjælp i hjemmet (se afsnit 7.11)
- Rådgivning (se afsnit 7.12)

I tilfælde af en kræftdiagnose dækker forsikringen:

7.3 Second Opinion - Ny medicinsk vurdering

En forsikringssag starter altid med, at Alivias specialister foretager en second opinion af den primære diagnose og behandlingsplan, som den behandlende læge har lagt. Forsikringen dækker de nødvendige og rimelige omkostninger til udførelsen af second opinion. Hvis Alivias specialister bekræfter den behandlende læges primære diagnose og behandlingsplan, vil den forsikrede fortsætte behandlingen i det offentlige sundhedssystem.

7.4 Supplerende diagnostik og undersøgelser

Hvis Alivias specialist vurderer, at der er grund til at foretage supplerende undersøgelser for

at fastlægge den endelige diagnose og/eller den mest hensigtsmæssige, tilgængelige behandlingsmetode, vil der blive foretaget supplerende diagnostik. Forsikringen dækker nødvendige og rimelige udgifter til supplerende diagnostik og undersøgelser.

Hvis den supplerende diagnose bekræfter den primære diagnose og behandlingsplan, der er fastlagt af den behandlende læge, skal den forsikrede fortsætte den planlagte behandling i det offentlige sundhedssystem.

7.5 Behandling på privathospital/privatlæge

Hvis forsikrede ikke kan få kræftbehandling anbefalet af Alivias speciallæge i det offentlige sundhedsvæsen, har forsikrede ret til behandling på private hospitaler, klinikker, læger eller behandlere, der er godkendt af Alivia. Privat kræftbehandling på hospitaler skal primært foregå inden for EU/EØS, medmindre andet er aftalt med Alivia.

Forsikringen refunderer nødvendige og rimelige udgifter til lægeundersøgelser, behandling og konsultationer på privathospitaler og hos private speciallæger anbefalet af Alivia.

Privat behandling skal altid godkendes og instrueres af Alivia på forhånd.

7.6 Behandling på privathospitaler under ventetid i det offentlige sundhedssystem

Forsikringen refunderer nødvendige og rimelige udgifter til lægebehandling, rådgivning og undersøgelse på privathospitaler og hos privatpraktiserende læger i EU/EØS, hvis ventetiden til det offentlige sundhedsvæsen i Danmark overstiger de anbefalede behandlingstider, som er defineret i afsnit 7.13.

Privat behandling skal altid forhåndsgodkendes af Alivia.

7.7 Psykologisk støtte

Forsikringen refunderer nødvendige og rimelige udgifter til behandling hos psykolog eller psykoterapeut som følge af kræftdiagnosen. Forsikringen refunderer op til ti behandlinger pr. skade og kan bruges af den forsikrede og nærmeste pårørende, og for andre nærtstående op til fem behandlinger pr. skade.

Psykologisk behandling skal altid forhåndsgodkendes af Alivia.

7.8 Rehabiliteringsprogrammer

Forsikringen dækker medicinsk nødvendige og rimelige omkostninger til rehabilitering som følge af en bekræftet kræftdiagnose. Forsikringen dækker op til 50.000 (halvtreds tusinde) kroner pr. skade og kan bruges af både den forsikrede og pårørende.

Rehabilitering skal altid forhåndsgodkendes af Alivia.

7.9 Udgifter til medicin

Forsikringen dækker udgifter til følgende medicin:

1. Medicin godkendt af og har opnået markedsføringstilladelse af den amerikanske food & drug administration (FDA) eller den Europæiske lægemiddelagentur (EMA) og
2. Ikke er opført med status som «Markedsført» i Danmark af lægemiddelstyrelsen til behandling af den kræftform, som skadesanmeldelsen vedrører.

Forsikringen refunderer nødvendige og rimelige udgifter til medicin, der indgår i den behandling, som Alivias speciallæger foreslår, og som ikke refunderes af offentlige tilskudsordninger. Forsikringen yder dog tilskud til medicin, der gives i forbindelse med behandling inden for EU/EØS, og som foregår i regi af Alivia. Medicin, hvor indikationen ikke er relateret til kræftsygdommen, gives der ikke tilskud til, medmindre andet er aftalt.

Udgifter til medicin skal altid forhåndsgodkendes af Alivia.

7.10 Rejse og ophold

Forsikringen refunderer nødvendige og rimelige rejse- og opholdsudgifter i forbindelse med privat diagnose eller behandling ordineret af Alivia. Normalt vil Alivia dække den mest rimelige rejse, men hvis der af medicinske årsager må træffes andre rejsevalg, dækkes dette, hvis det er medicinsk begrundet af en læge. Alivia forbeholder sig ret til at konsultere medicinske eksperter på området for at vurdere, hvad der anses for medicinsk nødvendigt. At en rejse er ordineret af en læge, er ikke i sig selv tilstrækkeligt.

Der udbetales erstatning for rejser over 100 kilometer pr. individuel rejse. Forsikringen refunderer derefter den fulde pris for rejsen. En ledsager er dækket, hvis det er medicinsk nødvendigt. De udgifter, der refunderes, er rejse- og opholdsudgifter.

Forsikringen dækker ikke rejse- eller opholdsudgifter, som allerede er dækket af andre parter. Forsikringen dækker ikke rejse- og opholdsudgifter i forbindelse med offentlig behandling. Hjælpemidler til permanent brug refunderes ikke.

7.11 Hjælp i hjemmet

Forsikringen refunderer nødvendige og rimelige omkostninger, der er ordineret af den forsikredes behandlende læge eller Alivia. Der udbetales erstatning på op til 15.000 kroner for støtte og hjælp til huslige gøremål.

Hjemmehjælp skal altid forhåndsgodkendes af Alivia.

7.12 Hjælp og rådgivning

Forsikringen dækker opfølgning ved Alivias sygeplejerske og rådgivning i forbindelse med en forsikringsbegivenhed. Opfølgning og bestilling af behandling/diagnostik sker på hverdage i kontortiden 8-16.

Der er opfølgning i den første behandlingsperiode og derefter i højst 24 måneder.

7.13 Begrænsninger i forsikringen og ansvarsbegrænsning

Forsikringen dækker ikke:

- operationer for den forsikrede person, der ryger, medmindre den forsikrede person er holdt op med at ryge før operationen efter lægelig vurdering
- organ donationer, bortset fra stamcelletransplantationer, der er nødvendige for behandling
- alle former for refusion for behandling, der finder sted i det offentligt finansierede sundhedssystem

Forsikringen dækker ikke sygdom/skade/ubehag eller følger af sygdom/skade/ubehag forårsaget af:

- behandlinger, der ikke er baseret på videnskabelig og

dokumenteret erfaring Forsikringen dækker ikke omkostninger i forbindelse

med:

- støtte til permanent brug
- forebyggende behandling, herunder sundhedstjek
- kompensation for ophold i spa eller lignende faciliteter
- diagnostiske tests og undersøgelser, der ikke er blevet forhåndsgodkendt af Alivia
- kosmetisk behandling og kirurgi eller følgerne heraf, hvis det ikke er et resultat af erstatning for skader
- alternative behandlingsformer leveret af ikke-autoriserede sundhedsudbydere
- Vaccination, herunder hyposensibilisering
- tandbehandling, kæbe- og bidfysiologi, herunder bestilling af enhver årsag
- Ældrepleje, dvs. pleje, der har til formål at give de ældre økonomisk sikkerhed, bolig, hjælpemidler og personlig pleje, f.eks. hjemmepleje.
- private udgifter under hospitalsbehandling og udgifter til pårørende eller andre personer i forbindelse med hospitalsbehandling, som kan kræves refunderet fra andre, det være sig det offentlige eller private virksomheder/institutioner/fonde eller lignende.
- sen aflysning eller udeblivelse på grund af medicinsk behandling eller operation. Afbestilling skal ske inden for 24 timer. Alivia forbeholder sig ret til at inddrive omkostninger fra den forsikrede.
- lægemidler, hvor den primære behandlingseffekt ikke gælder for kræftsygdommen, får ikke tilskud

Forsikringsselskabet er ikke ansvarlig for eventuelle fejlvurderinger, som Alivia har foretaget.

Forsikringsselskabet garanterer ikke, at behandlingsforslag/anbefalinger givet af Alivia fører til det ønskede resultat. Forsikringsselskabet er ikke ansvarlig, hvis behandlingsforslag/anbefalinger givet af Alivia ikke fører til det ønskede resultat for den forsikrede.

7.14

Behandlingsgaranti og tidsfrister

Den forsikrede person vil modtage en bekræftelse på modtagelsen af den anmeldte skade inden for en almindelig arbejdsdag.

Fra det tidspunkt, hvor Alivia har indhentet de nødvendige lægelige oplysninger, herunder resultater af yderligere diagnostiske undersøgelser, som Alivias specialister har skønnet nødvendige for at stille en sikker diagnose og på den baggrund anbefale en behandling, er den forsikrede:

- (A) garanteret inden for 10 arbejdsdage at modtage en anden lægeudtalelse om diagnosen og den foreslåede behandling
- (B) fra det tidspunkt, hvor Alivia har gennemført Second Opinion, garanteret at modtage tilstrækkelig kræftbehandling i Danmark eller hos de udvalgte behandlingsudbydere i EU i overensstemmelse med de maksimale ventetider for kræft, der er fastsat af Sundhedsstyrelsen, med tillæg af den tid, det tager at gennemføre Second Opinion i overensstemmelse med punkt (A).

Hvis en operation eller anden behandling forsinkes af medicinske årsager, eller hvis den

forsikrede person ikke accepterer behandlingstidspunktet, eller ikke accepterer foreslået eller bekræftet behandling i henhold til Alivias Second Opinion, gælder behandlingsgarantien ikke.

Hvis behandlingsgarantien under punkt (B) ikke opfyldes, udbetales DKK 1.000 (et tusinde) pr. dag indtil indmeldelsesdatoen for operation, second opinion eller anden behandling, forudsat at forsikrede har indsendt et krav om erstatning for manglende opfyldelse af behandlingsgarantien til Alivia. Den maksimale kompensation er fem (5) årlige præmier relateret til den forsikrede. Tilbagebetaling sker til præmiebetaleren.

Garantien dækker behandling, der er tilgængelig i den offentlige og private sektor i EU.

7.15 Ansvarlig periode

Ansvarsperioden for forsikringen er pr. anmeldt og godkendt skade 24 måneder efter behandlingsperiodens afslutning, forudsat at forsikringen er i kraft og gyldig. Hvis forsikringen ophører med at gælde, ophører ansvarsperioden og dermed også erstatningen.

7.16 Egenbetaling

Forsikringen gælder uden selvrisiko.

7.17 Forsikringsbeløb

Den maksimale forsikringssum, som er uafhængig af antallet af skader, er 5.000.000 (fem millioner) kroner pr. forsikret.