

Betingelser

**Forsikring ved visse kritiske sygdomme
for medlemmer optaget før 01.07.1999**

Pr. 01.01.2018

Betingelser – Forsikring ved visse kritiske sygdomme

Betingelser for Forsikring ved visse kritiske sygdomme for medlemmer optaget før 01.07.1999

§ 1. Tegning

Forsikringen omfatter forsikrede som er optaget i

- Pensionsordningen for social- og sundhedsgrupper
- Pensionsordningen for portører
- Trafikfunktionærernes pensionsordning
- Pensionsordningen for amtsvejmænd m.fl.
- Pensionsordningen for den pædagogiske sektor
- Pensionsordningen for ledere
- Pension 90

Forsikringen tegnes som led i en aftale med en arbejdsgiver i medfør af overenskomster, aftaler eller lignende, som foreskriver ret og pligt for den ansatte til som arbejdstager at være forsikret.

Forsikringen tegnes som en Forsikring ved visse kritiske sygdomme på gruppegrundlag med den ansatte som ejer og forsikret.

Ændrer forsikrede efter forsikringens tegning arbejdsforhold, kan forsikringen videreføres af den nye arbejdsgiver, hvis det nye ansættelsesforhold omfattes af de ovenfor nævnte overenskomster, aftaler eller lignende.

Forsikringen tegnes i klasse 1 og 2 for skadesforsikringsvirksomhed samt i henhold til Lov om forsikringsaftaler (forsikringsaftaleloven) kapitel 4 med henblik på dækning ved sygdom, der ifølge forsikringsbetingelsernes § 11 anses for kritisk.

§ 2. Ikrafttræden

Forsikringsdækningen træder i kraft kl. 00.00 den 01.01.2018 for forsikrede, som i kraft af deres ansættelse har ret og pligt til tegning af forsikringen, dog tidligst den dato, hvor der indbetales pligtmæssigt pensionsbidrag.

Mindre grupper kan endvidere blive omfattet af forsikringen på samme vilkår, som de ovenfor nævnte grupper, efter særlig overenskomst med PenSam Forsikring A/S.

§ 3. Præmie

Forsikrede, som ikke er fyldt 65 år, og for hvem pligtmæssigt pensionsbidrag andrager et af selskabet fastsat mindstebeløb, omfattes af ret til Forsikring ved visse kritiske sygdomme.

PenSam Forsikring fastsætter præmie til Forsikring ved visse kritiske sygdomme for 1 år ad gangen.

For diagnoser stillet efter den 01.07.2006 udgør forsikringssummen 100.000 kr. PenSam Forsikring fastsætter hvert år, hvor stor forsikringssummen skal være.

Der indbetales præmie, så længe arbejdsgiveren indbetaler pligtmæssigt pensionsbidrag for forsikrede, dog længst indtil den måned, hvori forsikrede fylder 65 år.

Indbetaling af præmie slutter

- ved lønophør, medmindre indbetaling af pligtmæssigt pensionsbidrag fortsættes af en ny arbejdsgiver, jf. dog § 10, eller
- ved forsikredes valg af overgang til ny pensionsordning (Fleksion), hvorefter præmien indgår til denne.

Ved manglende indbetaling af præmie kan selskabets ansvar bortfalde efter reglerne i forsikringsaftaleloven.

§ 4. Forsikringsaftalens grundlag

Forsikringen er tegnet, sat i kraft eller ændret på grundlag af oplysninger, som afgives af arbejdsgiveren, forsikrede eller andre berettigede.

Afgiver nogen af disse urigtige oplysninger, finder reglerne i forsikringsaftaleloven tilsvarende anvendelse.

§ 5. Oplysningspligt

Forsikrede og øvrige, der er berettiget til ydelser fra selskabet, er forpligtet til at afgive alle oplysninger, erklæringer, attester m.v., som af selskabet skønnes at være af betydning.

Forsikrede og andre berettigede kan af selskabet afkræves samtykkeerklæring til indhentelse, opbevaring, registrering og videregivelse af oplysninger, hvis sådant samtykke er nødvendigt.

Forsikrede er forpligtet til på opfordring at lade sig helbredsundersøge af en af selskabet valgt læge i det omfang, selskabet skønner det påkrævet. Disse helbredsundersøgelser betales af selskabet.

§ 6. Helbredsforhold

Forsikringen tegnes uden helbredsbedømmelse.

§ 7. Forsikringens personlige karakter

Rettigheder i henhold til forsikringen, herunder retten til udbetalinger fra selskabet, er for såvel forsikrede som øvrige berettigede strengt personlige.

De rettigheder, som forsikrede eller øvrige berettigede måtte have i selskabet, kan ikke overdrages, pantsættes eller på anden måde rådes over.

Disse rettigheder kan heller ikke være genstand for nogen form for retsforfølgning fra kreditorers side.

§ 8. Beskatningsforhold

Forsikringen omfattes af reglerne § 53A i Lov om beskatningen af pensionsordninger m.v. (pensionsbeskatningsloven).

§ 9. Udbetaling

Forsikringssummen udbetales, hvis forsikrede i forsikringstiden får diagnosticeret en kritisk sygdom, som er nævnt i § 11, den 01.01.2018 eller senere, og der er betalt til dækningen fra den 01.01.2018.

Dækningen opretholdes i de første 12 måneder efter:

- at præmiebetalingen er ophørt, dog længst til forsikrede fylder 65 år.

Dækningen kan være begrænset, jf. § 10.

Forsikrede er dog ikke omfattet af opretholdt dækning, såfremt forsikrede ophører med at betale til fortsættelsesforsikring, forsikrede får pensionsordningen udbetalt samlet eller forsikrede har valgt overgang til ny pensionsordning (Fleksion). I så fald bortfalder dækningen straks.

Udbetaling fra forsikringen kan dog først finde sted, når selskabet har modtaget dokumentation for, at betingelserne for dækning er opfyldt.

Vurderingen af, om diagnosen opfylder kravene i § 11, foretages af selskabet.

§ 10. Undtagelser

PenSam Forsikring udbetaler ikke forsikring ved visse kritiske sygdomme,

- hvis gruppeaftalen er ophørt
- når forsikrede er fyldt 65 år inden diagnosen blev stillet
- ved forsikredes valg af overgang til ny pensionsordning (Fleksion)
- 12 måneder efter, at pligtmæssigt pensionsbidrag er ophørt, jf. dog § 9
- hvis en diagnose først er anmeldt til selskabet efter forsikredes død
- hvis forsikrede har fået stillet samme eller tilsvarende diagnose som nævnt i § 11, inden forsikringen trådte i kraft. Det er uden betydning, hvornår forsikrede selv har fået kendskab til diagnosen, ligesom det er uden betydning, om der er en sammenhæng mellem de 2 diagnoser
- hvis en ny diagnose, jf. § 11, er blevet stillet mindre end 6 måneder efter, at forsikrede har fået stillet en anden diagnose efter § 11, som har medført udbetaling af forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Når der er forløbet 6 måneder efter diagnosens dato, dækker forsikringen nye diagnoser nævnt i § 11

- hvis forsikrede tidligere har fået udbetalt forsikring ved visse kritiske sygdomme fra PenSam Forsikring på grund af samme eller tilsvarende diagnose, uanset om der er sammenhæng mellem diagnoserne
- hvis diagnosen er "Planlagt eller gennemført bypass-operation eller ballonudvidelse" (C), hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnosen "Akut blodprop i hjertet" (D)
- hvis diagnosen er "Akut blodprop i hjertet" (D), hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnosen "Planlagt eller gennemført bypass-operation eller ballonudvidelse" (C)
- hvis kritisk sygdom er opstået som følge af fareforøgelse (udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter, aktiv deltagelse i krig, oprør eller lignende uden for Danmark og krig, borgerkrig og tilsvarende fareforøgelse i Danmark)
- hvis kritisk sygdom er opstået som følge af selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika eller andre giftstoffer

PenSam Forsikring udbetaler dog forsikring ved visse kritiske sygdomme i følgende tilfælde:

1. hvis forsikrede på ny får diagnosticeret "Kritiske former for kræft" (F), jf. § 11, såfremt diagnosen er stillet i forsikringstiden, og den er stillet mere end 7 år efter, at forsikredes "behandling"* for en tidligere kræftsygdom blev afsluttet. "Behandling" i forhold til diagnosen "Kræft" er defineret nedenfor.

eller

2. hvis forsikrede på ny opfylder betingelserne for at få udbetaling for diagnosen "Planlagt større organtransplantation" (H), såfremt forsikrede ikke tidligere har fået eller været på venteliste til transplantation af samme organ

Forsikringen ophører den 1. i måneden efter udbetaling efter § 11 W.

Forsikrede er berettiget til at tegne fortsættelsesforsikring efter selskabets fastsatte regler, som længst kan løbe til forsikredes fyldte 65. år.

* Med "behandling" i forhold til diagnosen "Kræft" forstås behandling med cellegifte/kemoterapi, biologiske lægemidler, stråleterapi, stamcelle-/knoglemarvstransplantation og/eller antihormonbehandling.

§ 11. Dækningsberettigede diagnoser

Kun de diagnoser, der er nævnt nedenfor (A-W), er dækningsberettigede.

A. Følger efter hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi)

Spontan opstået beskadigelse af hjernen eller hjernestammen som følge af en blodprop (infarkt) eller en blødning i hjernen/hjernestammen eller en blødning mellem hjernehalvdele.

Beskadigelsen skal have medført samtidigt opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed regnet fra det tidspunkt, hvor en læge første gang påviste disse udfaldssymptomer. Beskadigelsen skal være påvist ved en hjerneskaning (CT/MR).

Hvis en apopleksi ikke er påvist ved en hjerneskaning, er tilfældet omfattet, hvis der er klassiske kliniske tegn på apopleksi samt varige objektive neurologiske udfaldssymptomer i form af lammelser, taleforstyrrelser, synsforstyrrelser eller intellektuel reduktion. I dette tilfælde kan de objektive neurologiske udfaldssymptomer først vurderes efter 3 måneder. De 3 måneder skal ligge indenfor forsikringstiden for, at diagnosen er dækningsberettiget.

Undtaget fra dækning er transitorisk cerebral iskæmi (TCI), multiinfarktsyndrom, småkarssygdom samt hjerneinfarkter påvist tilfældigt ved hjerneskaning, f.eks. som led i udredning af anden sygdom.

Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk eller neurokirurgisk afdeling eller af en speciallæge i neuromedicin eller neurokirurgi.

B. Abnorm udposning af en af hjernens pulsårer (aneurisme)

Aneurismet skal være påvist ved røntgenundersøgelse af hjernens pulsårer (angiografi) eller ved CT/MR-skanning. Operation/behandling skal være gennemført, eller forsikrede skal være optaget på venteliste til operation/behandling. Der er også dækning, hvis der er indikation for operation/behandling, men denne ikke kan gennemføres af tekniske eller medicinske årsager.

Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk eller neurokirurgisk afdeling.

C. Planlagt eller gennemført bypass-operation eller ballonudvidelse af hjertets kranspulsårer pga. kranspulsåreforkalkning (koronarsklerose)

Forsikrede skal have fået foretaget eller være optaget på venteliste til hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) af en eller flere af hjertets kranspulsårer ved bypass-operation eller ballonudvidelse med eller uden anlæggelse af stent.

D. Akut blodprop i hjertet (hjerteinfarkt)

Akut opstået henfald af en del af hjertets muskulatur som følge af utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet. Diagnosen skal være baseret på:

1. Stigning og/eller fald i hjertespecifikke biomarkører (fortrinsvis troponin) med en værdi, der mindst overstiger 99 % percentilen af øvre referencegrænse.
For Troponin T regnes med en grænseværdi på 14 ng/l. Hvis den første værdi er under eller lig 14 ng/l kræves en stigning på mindst 50 %. For Troponin I regnes med en grænseværdi på 40 ng/l.

samt mindst ét af punkterne 2 eller 3:

2. Nye signifikante EKG-forandringer i form af ændringer i ST-segmentet, nye T-taks-ændringer, nyt venstresidigt grenblok eller nye patologiske Q-takker.
3. Typiske vedvarende brystmerter.

Hvis punkt 1 og 3 er opfyldt, men ikke punkt 2, kræves yderligere nyttilkommet billeddiagnostisk påvist tab af en del af hjertemusklen eller nyttilkommen patologisk bevægelse af en del af hjertemusklen.

Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk eller internmedicinsk afdeling af en kardiologisk speciallæge eller af en speciallæge i intern medicin.

E. Hjerteklapsygdom

Forsikrede skal have fået foretaget eller være optaget på venteliste til hjertekirurgisk behandling af hjerteklapsygdom med indsættelse af kunstig mekanisk eller biologisk hjerteklap, herunder homograft, eller klapplastik (hjerteklapskirurgi uden indsættelse af ny hjerteklap).

Forsikringen dækker også, hvis forsikrede har måttet afstå fra i øvrigt indiceret hjerteklapoperation på grund af høj operationsrisiko.

F. Kritiske former for kræft

Ved kræft forstås ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteriseret ved ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning

til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser), herunder malignt melanom (modermærkekræft).

Endvidere dækkes:

1. Leukæmi. Dog dækkes kronisk lymfatisk leukæmi kun, hvis sygdommen kræver "behandling"* (se definition angivet i § 10)
2. Lymfeknudekræft (non-Hodgkins lymfom alle stadier og Hodgkins sygdom stadie II-IV)
3. Prostatakræft fra stadie 6 (Gleason 6)
4. Myelomatose, Solitært myelom, Essentiel trombocytose, Polycytæmia Vera, Myelofibroose og Myelodysplastisk syndrom, hvis sygdommene kræver "behandling"* (se definition angivet i § 10)

Følgende kræftformer dækkes ikke:

1. Hudkræft, herunder Kaposis sarkom
2. Forstadier til kræft (dysplasi og "in situ-cancer") f.eks. celleforandringer i livmoderhalsen (Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN), alle stadier)
3. Godartede blærepapillomer
4. Hodgkins sygdom stadie I
5. Kronisk lymfatisk leukæmi, der ikke kræver "behandling"* (se definition angivet i § 10)
6. Prostatakræft stadie 1-5 (Gleason 1-5)

Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse foretaget af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologi).

G. Livstruende nyresvigt

Nyresvigt i en sværhedsgrad, så begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere, hvilket har resulteret i, at enten peritoneal- eller hæmodialyse er iværksat eller, at forsikrede er blevet optaget på venteliste til nyretransplantation.

H. Planlagt større organtransplantation

Forsikrede skal have fået foretaget eller være optaget på venteliste til transplantation af hjerte, lunge, lever eller bugspytkirtel. Der skal være tale om transplantation pga. intraktabelt organsvigt. Herudover dækkes transplantation af knoglemarv.

Forsikringen dækker ligeledes, hvis forsikrede har måttet afstå fra operation på grund af høj operationsrisiko.

Undtaget fra dækning er organtransplantation, hvis transplantationen er begrundet i sygdom, som tidligere har medført udbetaling.

I. Dissemineret sklerose

En kronisk sygdom, der klinisk er karakteriseret af gentagne anfald med neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af centralnervesystemet. Der skal have været mere end ét veldefi-

neret attack, eller der skal være tale om et fremadskridende forløb. Diagnosen skal være understøttet af mindst 1 af følgende 2 kriterier:

1. Typiske forandringer påvist ved MR-skanning af hjernen/rygmarven med multiple affektio-
ner af den hvide substans
2. Oligoklonale bånd eller forhøjet IgG-indeks i rygmarvsvæsken

Hvis der kun har været konstateret ét attack, er sygdommen omfattet, hvis McDonald-kriterierne er opfyldte.

Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk afdeling.

J. ALS

En fremadskridende sygdom af ukendt årsag med degeneration af motoriske forhornsceller bekræftet ved elektromyografi.

Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk afdeling.

K. Muskelsvind og neuromuskulære sygdomme

Følgende diagnoser er dækkede:

1. Limb-Girdle Muskeldystrofi
2. Myastenia Gravis
3. Distal Muskelatrofi (Charcot-Marie-Tooth)
4. Duchennes Muskeldystrofi
5. Facio-scapulo-humeral dystrofi

Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk afdeling.

L. Arbejdsbetinget HIV-1 og smitte med HIV-1 ved blodtransfusion

Arbejdsbetinget smitte med HIV-1 ved et uheld, der er anmeldt som arbejdsskade, og hvor 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. De 12 måneder skal ligge indenfor forsikrings-
tiden for, at diagnosen er dækningsberettiget.

Smitte med HIV-1 ved blodtransfusion modtaget i forsikringstiden, hvis forsikrede af Sundhedsstyrelsen er fundet berettiget til godtgørelse for transfusionsoverført HIV-infektion.

M. Parkinsons sygdom

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

Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk afdeling eller af en speciallæge i neuromedicin.

N. Kardiomyopati

Følgende diagnoser er dækkede:

1. Dilateret kardiomyopati
2. Hypertrofisk kardiomyopati
3. Restriktiv kardiomyopati

Undtaget for dækning er kardiomyopati forårsaget af iskæmisk hjertesygdom, hypertension (forhøjet blodtryk) og hjerteklapsygdom.

Diagnosen skal være stillet på en hjertemedicinsk afdeling.

O. Aorta sygdom (sygdom i hovedpulsåren)

Sygdom i aorta (hovedpulsåren) i form af bristning (ruptur), lokal udvidelse (aortaaneurisme) til over 5 cm i diameter, aortadissektion med ruptur af aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen eller total aortaokklusion.

Benævnelsen aorta omfatter både den thorakale (bryst) og den abdominale (mave) aorta, men ikke dens grene.

Diagnoserne aortaaneurisme og aortadissektion skal være stillet ved ultralyd, ekkokardiografi, CT/MR-skanning eller aortografi.

Diagnosen aortaokklusionen skal være stillet ved aortografi eller MR-angiografi.

P. Følger efter Borreliainfektion (TBE) i nervesystemet efter flåtbid

Neuroborreliose som følge af flåtbid, der har medført vedvarende (perifere eller kranielle) betydelige objektive neurologiske følger. Infektionen skal være diagnosticeret i forsikringstiden, og de neurologiske følger skal have været tilstede i 6 måneder eller mere i forsikringstiden og være bekræftet af en speciallæge i neuromedicin.

Diagnosen skal være stillet ud fra borrelia/TBE-specifikke antistoffer i spinalvæske eller blod.

Q. Følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse

Vedvarende betydelige objektive neurologiske følger efter infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe eller andre mikroorganismer.

Infektionen skal være diagnosticeret i forsikringstiden, og de neurologiske følger skal have været til stede i 6 måneder eller mere i forsikringstiden, og diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk eller medicinsk afdeling ud fra:

1. Påvisning af mikroorganismer i spinalvæsken eller blod, eller
2. En spinalvæskeundersøgelse med påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose), herunder forhøjet antal hvide blodlegemer og protein, eventuelt suppleret med CT/MR-skanning

R. Visse godartede svulster

Godartede svulster i hjerne og rygmarv eller disse organers hinder, som ikke kan fjernes ved operation eller som efter operation efterlader følgetilstande i nervesystemet, der medfører en méngrad på mindst 30 % efter méntabellen fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (tidligere Arbejdsskadestyrelsen). Méngraden kan tidligst vurderes efter 6 måneder. De 6 måneder skal ligge indenfor forsikringstiden for, at diagnosen er dækningsberettiget.

Undtaget for dækningen er cyster, granulomer, hypofyseadenomer og schwannomer/neurinomer, herunder acusticusneurinomer.

S. Blindhed

Ved blindhed forstås totalt og irreversibelt tab af synsfunktionen på begge øjne, hvor synsstyrken målt med korrektion på bedste øje er 3/60 eller derunder eller, hvor synsfeltet er < 10 grader på det bedste øje i horisontal udstrækning.

Diagnosen skal være stillet af en speciallæge i øjensygdomme.

T. Døvhed

Ved døvhed forstås totalt og irreversibelt høretab på begge ører med en høretærskel på 100 dB eller derover ved alle frekvenser.

Diagnosen skal være stillet på en audiologisk afdeling.

U. Alzheimers sygdom

Degenerativ sygdom i hjernen, der er karakteriseret ved fremadskridende hukommelsestab og tab af evnen til at tænke, tale og løse problemer.

Undtaget for dækning er demens ledsaget af bevægelsesforstyrrelser (f.eks. ved Huntingtons chorea), Parkinsons sygdom og demens som følge af forkalknings sygdom i hjernekar, traumer eller infektioner.

Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk afdeling efter de internationalt anerkendte kriterier for Alzheimers demens.

V. Større forbrændinger, forfrysninger eller ætsninger

Brandsår, forfrysninger eller ætsninger af 3. grad, der dækker mindst 20 % af forsikredes legems-overflade.

Diagnosen skal være stillet på en brandsårsafdeling.

W. Terminal sygdom – ved andre diagnoser end A – V

Ved terminal sygdom forstås en fremskreden eller hurtigt udviklende uhelbredelig sygdom som følge af andre diagnoser end de under A - V nævnte, hvor diagnosen er stillet i forsikringstiden, og hvor forventet restlevetid trods lægelig behandling maksimalt er 12 måneder. De 12 måneder regnes fra diagnosedatoen.

Den terminale sygdom må ikke være en følge af:

1. Et ulykkestilfælde, hvorved forstås legemsbeskadigelse, som rammer forsikrede ved en pludselig hændelse
2. Infektioner eller epidemier

Vurderingen skal foretages af en speciallæge inden for 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 PenSam Forsikring, og PenSam's egen læge skal godkende udbetalingen. Erklæringen skal suppleres af journalmateriale, der dokumenterer, at sygdommen skønnes terminal.

Forsikringen ophører tillige den 1. i måneden efter udbetaling efter § 11 W.

§ 12. Anmeldelse

Forsikrede skal anmelde diagnosen til PenSam Forsikring uden unødigt ophold.

§ 13. Forældelse

Krav ifølge denne forsikring forældes efter lovgivningens almindelige regler, herunder reglerne i forsikringsaftaleloven.

§ 14. Ændring og ophør af forsikringen

Forsikringen er beregnet på gruppebasis og tegnes for et år ad gangen.

Forsikringen kan opsiges med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår.

PenSam Forsikring kan ændre forsikringsbetingelserne med virkning for allerede tegnede og fremtidige forsikringer. En eventuel varsling sker i henhold til informationsbekendtgørelsen.

§ 15. Tilbagekøb

Forsikringen opnår ikke tilbagekøbsværdi.

§ 16. Klager

Forsikrede eller andre berettigede modtager en klagevejledning, hvis PenSam Forsikring giver afslag på deres anmodning. Det fremgår af klagevejledningen, hvordan forsikrede eller andre berettigede kan klage over afslaget. Der er følgende muligheder:

Forsikrede skal altid først klage til PenSam Forsikring.

Både forsikrede og PenSam Forsikring kan herunder kræve, at sagen bliver forelagt for bestyrelsen.

Forsikrede og andre berettigede kan også klage til Ankenævnet for Forsikring over afgørelser truffet af PenSam Forsikring. PenSam Forsikring sender klageskema til forsikrede og andre berettigede, som beder om det.

Forsikrede og andre berettigede kan også søge sagen løst ved domstolene efter dansk ret.

Forsikrede, som vil klage over den måde, PenSam Forsikring behandler personoplysninger på, kan klage til Datatilsynet.

17. Tilsyn og garantifond

Selskabet er under tilsyn af Finanstilsynet, Århusgade 110, 2100 København Ø, tlf. 33 55 82 82, www.finanstilsynet.dk, og er tilsluttet garantifonden for skadesforsikringsselskaber.

§ 18. Forsikringsbetingelsernes ikrafttræden

Disse forsikringsbetingelser træder i kraft den 01.01.2018.



PenSam Forsikring A/S

Jørgen Knudsens Vej 2

3520 Farum

Telefon 44 39 39 99

forsikring@pensam.dk

www.pensam.dk/forsikring

CVR-nr. 17 11 81 88

Hjemsted Furesø, Danmark