



LÆGERNES
PENSION

§ 1 Forsikringsdækning

§ 2 Forsikringstiden

**§ 3 Begrænsninger i
dækning**

**§ 4 Definitioner for
udvalgte kritiske
sygdomme**

**§ 5 Præmie,
forsikringssum og
regulering**

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

Dækning ved udvalgte kritiske sygdomme

Forsikringsbetingelser for udvalgte kritiske sygdomme diagnosticeret efter
1. januar 2020

§ 1 Forsikringsdækning

Dækning ved udvalgte kritiske sygdomme er betegnelsen for en forsikring, der omfatter medlemmerne af Lægernes Pension og som giver ret til udbetaling af en sum, hvis medlemmet i forsikringstiden får diagnosticeret en af de udvalgte kritiske sygdomme. En række betingelser nævnt nedenfor skal være opfyldt, før summen kan udbetales.

§ 2 Forsikringstiden

§ 1 Forsikringsdækning

Forsikringen dækker udvalgte kritiske sygdomme, jf. § 4, pkt. A-U, der diagnosticeres i forsikringstiden. Diagnose stillet uden for forsikringstiden er ikke dækket af forsikringen.

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 2 Forsikringstiden

Forsikringen træder i kraft 1. januar 2005 og gælder indtil videre, dog betinget af:

- at pensionsdækningen for den pågældende måned er beregnet ud fra et pensionsbidrag, der udgør mindst det almindelige medlemsbidrag som fastsat på generalforsamlingen, eller at medlemmet er alderspensioneret og ved alderspensioneringen havde en pensionsdækning, der var beregnet ud fra et pensionsbidrag, der mindst udgjorde det almindelige medlemsbidrag som fastsat af generalforsamlingen
- at medlemmet ved månedens begyndelse er under 70 år
- at medlemmet ved månedens begyndelse ikke er invalidepensioneret fra Lægernes Pension.

Forsikringsbetingelserne er ændret med virkning fra 1. januar 2008, fra 1. januar 2012, fra 1. januar 2013, fra 1. januar 2014, fra 1. januar 2015, fra 1. januar 2017, fra 1. januar 2018, fra 1. januar 2019 og igen fra 1. januar 2020. Diagnoser behandles i henhold til de forsikringsbetingelser, der var gældende på diagnosetidspunktet.

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

§ 3 Begrænsninger i dækning

Stk. 1. Forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme i § 4, pkt. A-U, som medlemmet har fået diagnosticeret inden forsikringstidens begyndelse (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor medlemmet får kendskab til diagnosen). For § 4 A (kræft) gælder dog, at hvis medlemmet inden forsikringstidens begyndelse har fået konstateret kræft, og der er gået mindst 10 år, siden en kræftdiagnose blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i henhold til § 4 A. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i nævnte periode.

Hvis medlemmet inden forsikringstiden har fået stillet diagnosen efter § 4 B (større blodprop til hjertet), § 4 C (bypass-operation /PCI behandling) eller § 4 N (større organtransplantationer), er medlemmet ikke omfattet af hverken § 4 B, § 4 C eller § 4 N. Er medlemmet konstateret HIV-positiv inden forsikringstiden, er medlemmet ikke dækket af § 4 K og L (HIV og AIDS).

Stk. 2. Når der er sket udbetaling for en kritisk sygdom efter § 4, pkt. A-U, dækker forsikringen ikke længere den pågældende og andre kritiske sygdomme omfattet af det punkt, der har medført udbetaling af forsikringssummen. Eksempelvis er alle kræftformer omfattet af ét punkt, således at der ikke kan ske udbetaling under dette punkt mere end én gang, selv om medlemmet efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer. Dog kan der ske udbetaling flere gange for kræftdiagnoser i henhold til § 4 A, hvis der ved diagnosticering af en kræftsygdom i henhold til § 4 A er gået mindst 10 år, siden der sidst blev stillet en kræftdiagnose i henhold til § 4 A. Det er yderligere en betingelse, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte 10-års-periode. For øvrige diagnoser under § 4 B, § 4 C osv. kan der kun udbetales højst én gang. Er der sket udbetaling efter

§ 1 Forsikringsdækning

§ 4 B (større blodprop til hjertet) eller § 4 C (bypass-operation /PCI behandling), dækker forsikringen fremover hverken § 4 B eller § 4 C.

§ 2 Forsikringstiden

Stk. 3. Det er en betingelse for udbetaling af mere end én dækning, at der er forløbet mindst 12 måneder, siden sidste dækningsberettigede diagnose blev stillet og tidspunktet for den nye diagnose. Er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes 12-måneders-fristen først fra foretaget operation.

§ 3 Begrænsninger i dækning

Stk. 4. Det er en betingelse for udbetaling af forsikringssummen ved udvalgte kritiske sygdomme, at medlemmet er i live en måned efter, at diagnose er stillet. Det gælder dog ikke, hvis diagnosen er stillet efter § 4, pkt. E, G, T eller U.

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

Stk. 5. Retten til udbetaling af den for dækning ved udvalgte kritiske sygdomme fastsatte forsikringssum bortfalder ved medlemmets død, medmindre medlemmet skriftligt har bedt om udbetaling over for Lægernes Pension og på dette tidspunkt opfylder betingelserne for at få udbetalt forsikringssummen. I sådanne tilfælde udbetales forsikringssummen til medlemmets bo.

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

Ved en udvalgt kritisk sygdom forstås en sygdom beskrevet i pkt. A-U med tilhørende beskrivelse, krav og undtagelser. Ved en diagnose i forsikringsbetingelsernes forstand forstås en konstatering af, at en af de udvalgte kritiske sygdomme foreligger, efterfulgt af en bestemmelse af sygdommens art, natur og navn.

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

A. Kræft

A.1. Kræft – undtaget de mindre aggressive

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 (metastasing).

Dækningen omfatter ikke:

- Tumorer klassificeret som præmaligne, non-invasive, carcinoma in situ, dysplasi, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling).
- Alle former for hudkræft (inklusive lymfomer og sarkomer i hud), bortset fra modermærkekræft stadie 1B-4 (malignt melanom).
- Prostata cancer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2N0M0 er dækket).
- Blærepapillomer.
- Neuroendokrine (karcinoide) tumorer uden spredning eller metastaser.

Tumor skal være verificeret ved en histologisk undersøgelse, udført af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).

A.2. Kræft i blod, lymfe og knoglemarvens bloddannende celler — med undtagelse af mindre aggressive (indolente) former

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 behandlingskrævende*:

§ 1 Forsikringsdækning

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

- Akut leukæmi, kronisk myeloid leukæmi (CML) i accelereret fase eller blastkrise og behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)
- Hodgkins lymfom stadie II til IV
- Non-Hodgkins lymfom med undtagelse af mindre aggressive former som:
 - lokaliseret MALT lymfom,
 - mucosis fungoides i plaquestadiet
 - hudlymfomer som lokaliseret CD30 positivt lymfom og kutant B-celle lymfom lokaliseret til huden.
- Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS) og kronisk myelomonocytisk leukæmi (CMML)
- Myelomatose/solitært myelom (herunder morbus Waldenstrøm).

*Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (inkl. kemoterapi, biologiske midler (designerdrugs) og stråleterapi) og/eller transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvs-transplantation).

Dækningen omfatter ikke monoklonal gammopati (MGUS) eller myeloproliferative neoplasmer (MPN), som fx primær myelofibrose, essentiel trombocytose (ET) eller Polycytæmia vera (PV).

B. Større blodprop til hjertet – spontant myokardieinfarkt relateret til iskæmi (type 1 AMI)

Et pludseligt (akut) opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv, som følge af ophørt eller utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.

Diagnosen skal være klar og entydig for akut myokardieinfarkt type 1, ud fra en typisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører (fortrinsvis troponin), hvor mindst én værdi er klart diagnostisk forhøjet. Derudover skal mindst to af følgende kriterier være opfyldt:

- Symptomer på myokardieiskæmi ved pludseligt opståede typiske, vedvarende brystmerter.
- EKG-forandringer tydende på nyopstået iskæmi (nye ST-T ændringer, nyt venstresidigt grenblok) eller udvikling af patologiske Q-takker på EKG'et.
- Billeddiagnostisk evidens (ekkokardiografi, myokardiescintigrafi eller MR-scanning) for nytillkommet tab af hjertemuskel/regional dyskinesi.
- Identifikation af en intrakoronar trombe ved koronarangiografi (KAG).

Diagnosen skal være stillet på en hjerteafdeling eller af en kardiologisk speciallæge.

Dækningen omfatter ikke:

- AMI i forbindelse med PCI
- AMI i forbindelse med CABG.

C. Hjertekaroperation som følge af svær åreforsnævring i kranspulsårerne (by-pass operation (CABG) eller PCI behandling)

En revaskulerende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:

- en gennemført eller påbegyndt PCI behandling på mindst 2 af hjertets 3 kranspulsårer, eller
- gennemført eller planlagt åben hjertekirurgisk by-pass operation (CABG) på én eller flere af hjertets kranspulsårer.

Krav: Ved planlagt operation er det et krav, at forsikrede er accepteret på anerkendt og officiel venteliste i forsikringstiden.

Dækningen omfatter desuden:

- Svært aterosklerotiske tilfælde, hvor der er indikation for PCI-behandling pga. dokumenteret svær aterosklerose på mindste to af hjertets



§ 1 Forsikringsdækning

tre kranspulsårer, men behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

D. Hjerterklapoperation på grund af hjerterklapfejl

En planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerterklapfejl (forsnævring eller utæthed) med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerterklapprotese eller gennemført klappplastik. Derudover er gennemført perkutan udskiftning eller reparation af aortaklap (TAVI) eller mitralklap (MitralClip eller lignende) dækket.

Krav: Ved planlagt operation er det et krav, at forsikrede er accepteret på anerkendt og officiel venteliste i forsikringstiden.

E. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) – med svære blivende følger

En pludseligt (akut) indsættende beskadigelse af hjernen eller hjernestammen på grund af forstyrrelser i hjernens blodcirkulation, med samtidigt opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer (lammelser, føle-, syns- eller taleforstyrrelser) af mere end 24 timers varighed, som enten skyldes:

- en spontant eller traumatisk opstået blødning i hjernen eller mellem hjernehalvdele, eller
- en forsnævring eller tillukning af en pulsåre (arterie) opstået i hjernen pga. en trombose eller emboli.

Det er en forudsætning, at:

- der er foretaget undersøgelse/behandling af speciallæge/sygehus senest 48 timer efter symptomdebut
- der ved scanning er påvist relevant og akut hjerneskade

- der efter 3 måneder som konsekvens af infarkt er svære objektiviserbare udfaldssymptomer i form af enten væsentligt nedsat muskelstyrke, svære taleforstyrrelser, svære balanceproblemer eller markant intellektuel reduktion

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.

Dækningen omfatter ikke:

- 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).
- emotionelle symptomer, lettere kognitive gener eller træthed.

F. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller karmisdannelse inde i kraniet (AV-malformation) — med behov for operation

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 påvist ved røntgen af hjernens pulsårer (angiografi) eller ved CT/MR scanning.

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.



§ 1 Forsikringsdækning

Dækningen omfatter desuden tilfælde med operationsindikation, hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

§ 2 Forsikringstiden

G. Visse godartede tumorer i hjerne og rygmarv – med aggressivt forløb og svære blivende følger

En svulst (tumor) opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), der medfører betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 30 pct. mén, vurderet efter Arbejdsskadestyrelsens tabel.

Forsikringen udbetales først når følgetilstanden vurderes rimeligt stabil, dvs. tidligst 3 måneder efter diagnosticering eller operation.

Dækningen omfatter ikke:

- Tumorer i kranie-/hjernenenerver (herunder Schwannomer/neurinomer)
- Granulomer eller isolerede cyster uden malign patologi
- Hypofyseadenomer

H. Multipel (dissemineret) sklerose (MS)

En kronisk sygdom i centralnervesystemet, der har vist sig ved:

- to eller flere kliniske adskilte perioder med neurologiske udfald fra centralnervesystemet samt mindst to MR-påviste læsioner i centralnervesystemet forenelige med MS efter McDonald-kriterierne eller
- et klinisk attack, hvor der er to eller flere MR-påviste læsioner forenelige med MS eller diagnosticeret disseminering i tid ved gentagelse af MR-scanning (monosymptomatisk MS) eller
- et langvarigt attack med progression, hvor McDonald-kriterierne for progredierende MS er opfyldte.

Diagnosen skal være stillet af neurologisk speciallæge.

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

Dækningen omfatter også:

- neuromyelitis optica (NMO) med bilateral opticus neuritis eller myelopati og opticus neuritis samt MR-forandringer centralt i medulla over mere end tre segmenter.

I. Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) eller lignende progressive ikke-arvelige motorneuronsygdomme (MND) – med vedvarende og fremadskridende symptomer

En kronisk sygdom som skyldes fremadskridende nedbrydning af nervesystemets motoriske celler i rygmarv, hjernestamme og hjernen, som medfører lammelser, muskelsvind og spasticitet.

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge efter El Escorial kriterierne, med:

- forekomst af progredierende nedre motor neuron symptomer (LMN) og øvre motor neuron symptomer (UMN) i mindst tre regioner (bulbære, overekstremiteter, trunkus og underekstremiteter) samt
- abnorme fund ved elektromyografi (EMG) i klinisk normal muskel.

Dækningen omfatter desuden progressiv bulbær parese (PBP), progressiv muskelatrofi (PMA) og primær lateral sklerose (PLS).

Dækningen omfatter ikke arvelig MND, herunder SMA (spinal muskelatrofi).

J. Visse muskel- og nervesygdomme

J.1. Generaliseret Myasthenia gravis – med sværere symptomer

En autoimmun neuromuskulær sygdom kendetegnet ved varierende grader af kraftnedsættelse og hurtig og objektiv udtrætning af tværstribeede muskler, hvor der er svære symptomer fra arme, ben eller ansigt eller respirationspåvirkning, der påvirker funktionsevnen.

§ 1 Forsikringsdækning

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge, og skal være bekræftet ved mindst to af følgende punkter:

§ 2 Forsikringstiden

- Påvisning af antistoffer mod acetylcholinreceptor, MuSK-, Titin- eller ryanodinantistoffer i blodet
- EMG der viser defekt neuromuskulær transmission
- Tydeligt behandlingsrespons på relevant medicinsk behandling.

§ 3 Begrænsninger i dækning

Dækningen omfatter ikke okulær myasteni, hvor kun øjenmuskler er påvirkede.

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

J.2. Visse progressive muskelsygdomme (muskeldystrofi og myopati) med vedvarende fremadskridende symptomer
Visse genetisk verificerede og anerkendte arvelige muskelsvindsygdomme, kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og muskelkraft, hvor symptomerne først er anderkendt efter alder 18 år, og diagnosen derfor ikke har været overvejet forud for dette.

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

Dækningen omfatter følgende progressive muskelsygdomme:

- Beckers muskeldystrofi (BMD)
- Charcot-Marie-Tooth (CMT) eller hereditær motorisk sensorisk neuropati (HMSN)
- Duchennes muskeldystrofi (DMD)
- Dystrofia myotonica (DM)
- Emery-Dreifuss muskeldystrofi (EMDM)
- Facio-scapulo-humeral muskeldystrofi (FSHD)
- Friedrieichs ataksi (FA)
- Limb Girdle muskeldystrofi (LGMD)
- Sjældnere arvelig muskelsvindsygdom, som kan sidestilles med de forannævnte.

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

Dækningen forudsætter, at det kan dokumenteres, at symptomerne er debuteret i forsikringstiden, og at diagnosen er stillet af neurologisk speciallæge

K. HIV-infektion - overført ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte

En infektion med HIV som følge af:

- en blodtransfusion eller anden lægelig behandling modtaget efter forsikringstidens begyndelse, forudsat at forsikrede er berettiget til godtgørelse fra Sundhedsstyrelsen, eller
- en arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes erhverv, foregået efter forsikringstidens begyndelse. Uheldet skal være anmeldt som arbejdsskade med negativ HIV-test udført inden for den første uge efter smitte, efterfulgt af en positiv test inden for de næste 12 måneder.

L. AIDS

En sygdom i immunsystemet forårsaget af infektion med human immunodefekt virus (HIV), der har givet en så alvorligt påvirket immunfunktion, at det har medført opportunistiske infektioner eller visse cancertyper.

Diagnosen skal opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS og være stillet af en infektionsmedicinsk speciallæge.

M. Kronisk nyresvigt – med behov for varig dialyse eller transplantation

Kronisk nyresvigt i en grad, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere, hvilket har resulteret i enten dialysebehandling eller nyretransplantation.

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på aktiv venteliste til transplantation.

§ 1 Forsikringsdækning

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

N. Større organtransplantation(er)

En planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, bugspytkirtel, hjertelunge eller hjertelungelever transplantat på grund af organsvigt hos forsikrede.

Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation), for andre tilstande end de, som er dækket under paragraffen for kræft i blod, lymfe og knoglemarvens bloddannende celler.

Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på aktiv venteliste til transplantation.

Dækningen omfatter ikke transplantation af andre organer, dele af organer, væv eller celler.

O. Primær 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 (oligokinesesi).

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge og dækningen forudsætter tilstedeværelsen af hovedsymptomet bradykinesi/hypokinesesi/akinesesi (langsomhed) samt et af følgende symptomer:

- Rigiditet (stivhed i muskulaturen), eller
- Tremor (rysten).

Dækningen omfatter ikke:

- Atypisk Parkinson (Parkinson+)

- Sekundær Parkinson
- Parkinsonsymptomer i forbindelse med Lewy Body demens.

P. Udgået

Q. Udgået

R. Svær aortasygdom (hovedpulsåren) med total tillukning, bristning eller større lokal udvidelse med indikation for operation

Svær aortasygdom omfatter følgende aortasygdomme i den thorakale eller abdominale del af aorta:

- En bristning af aorta (aortaruptur)
- En total tillukning af aorta (aortaokklusion)
- En større lokal udvidelse af aorta (aortaaneurisme) større end 5 cm med operationsindikation
- En bristning i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen (aortadissektion) med operationsindikation.

Diagnosen aneurisme eller dissektion skal være stillet ved CT-scanning, MR-scanning, aortografi, ultralydsundersøgelse eller ekkokardiografi.

Dækningen omfatter desuden:

- Aortaaneurismer eller aortadissektion med operationsindikation, hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

Dækningen omfatter ikke:

- Sygdom i aortas sidegrene.



§ 1 Forsikringsdækning

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

S. Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) på grund af livstruende rytmeforstyrrelser

En planlagt eller gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret forudgående livstruende hjerterytmeforstyrrelse eller hjertestop (instinctio cordis) fremkaldt af ventrikelflimmer eller ventrikulær takykardi (arytmi).

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Dækningen omfatter ikke indoperation af almindelig pacemaker.

T. Svære neurologiske følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. Borrelia og TBE)

En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe eller andre mikrober, som har medført blivende objektive neurologiske udfaldssymptomer i form af lammelser, føle-, syns- eller taleforstyrrelser, svarende til en méngrad på 30 pct. eller mere vurderet efter Arbejdsskadestyrelsens tabel (vurderet af en neurologisk speciallæge).

Ved hjerne- eller hjernehindebetændelse skal diagnosen være stillet ud fra:

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

Ved en neuroborreliose skal diagnosen være verificeret ved påvisning af borreliaspecifikke antistoffer (IgM/IgG) i spinalvæske sammenlignet med blod (spinal/serum indeks eller intratekal antistofsyntese).

Ved Tick-Borne-Encephalitis (TBE) skal diagnosen være verificeret ved påvisning af TBE specifikt antistof (IgM/IgG) i blod eller spinalvæske.

Desuden kan hjerneabcesser være dækkede, hvis diagnosen er stillet ud fra MR- eller CT-scanning og der er påvist mikrober i aspirat fra abscesserne.

Dækningen forudsætter i alle tilfælde, at følgetilstanden vurderes rimelig stabil af en neurologisk speciallæge. Det betyder, at de blivende neurologiske følger og nedsættelsen af førligheden tidligst kan vurderes 3 måneder efter den spinalvæskeundersøgelse, som påviste hjerne- eller hjernehindebetændelsen.

U. Kronisk hjertesvigt –med svære symptomer og betydelig nedsat funktionsevne

En tilstand med svær kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel, hvor uddrivningsfraktionen i venstre ventrikel (LVEF) er nedsat til 35% eller derunder, og der er svære symptomer eller funktionel begrænsning i hvile eller almindelig gang, svarende til NYHA III-IV, på trods af sufficient medicinsk behandling i mere end 6 måneder.

Dækningen omfatter desuden:

- tilfælde, hvor der er gennemført indoperation af et avanceret pacemakersystem (cardioverter defibrillator (ICD-enhed), biventrikulær pacemaker (CRT enhed) eller indsættelse af LVAD (HeartMate).

Diagnosen skal være stillet af en kardiologisk speciallæge eller på en kardiologisk afdeling.

Dækningen omfatter ikke:

- indoperation af almindelig pacemaker.

§ 1 Forsikringsdækning

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

Stk. 1. Udbetaling efter § 4, pkt. A-U omfatter den forsikringssum ved udvalgte kritiske sygdomme, der var gældende den dag, hvor sygdommen blev diagnosticeret. Forsikringssummen nedsættes fra det fyldte 60 år. Du kan se den aktuelle forsikringssum i **Min pension** på lpb.dk.

Stk. 2. Lægernes Pension kan til enhver tid forlange de oplysninger, som Lægernes Pension anser nødvendige til bedømmelse af, om betingelserne for udbetaling af forsikringssummen er opfyldt. Lægernes Pension betaler udgifterne i forbindelse med de helbredsoplysninger, som Lægernes Pension skønner nødvendige til bedømmelse af, om betingelserne for udbetaling af forsikringssummen er opfyldt.

Stk. 3. Dækning ved udvalgte kritiske sygdomme er en etårig gruppeforsikring, hvor præmie, forsikringssum og forsikringsbetingelser fastsættes en gang årligt.

Stk. 4. Forsikringsdækningen for kritisk sygdom er obligatorisk for de medlemmer af Lægernes Pension, der opfylder betingelserne i § 2. Præmien er for det enkelte medlem aldersafhængig til og med alder 59 år og herefter ens for alder 60 år til og med 64 år og for alder 65 år til og med 69 år. Præmien beregnes månedsvis og betales så vidt muligt ud af det enkelte medlems bonus fra pensionsordninger i afdelingen LP i Lægernes Pension.

§ 6 Forældelse

For diagnoser stillet den 1. januar 2017 eller senere, vil en anmeldelse ikke være forældet, hvis ansøgeren på anmeldelsestidspunktet har en pensionsordning i Lægernes Pension.

For diagnoser stillet før 1. januar 2017 eller for ansøgere, der på anmeldelsestidspunktet ikke har en pensionsordning i Lægernes Pension, gælder lovgivningens almindelige regler for forældelse, herunder reglerne i forsikringsaftaleloven. Det betyder, at anmeldelse af en dækningsberettiget lidelse skal ske senest 3 år efter, at diagnosen er stillet. Hvis du har været i undskyldelig uvidenhed om, at du har haft en dækningsberettiget lidelse, kan forældelsen være suspenderet indtil din uvidenhed ikke længere er undskyldelig. Forældelsen vil derimod ikke være suspenderet, hvis du er vidende om en stillet diagnose men ikke har været opmærksom på, at diagnosen var omfattet af forsikringen.

Få mere at vide

Hvis du ønsker yderligere oplysninger, kan du kontakte Lægernes Pension på telefon 33 12 21 41, mandag-torsdag kl. 9-16, fredag kl. 9-15, eller sende os en e-mail på pension@lpb.dk.

Hvis du har brug for et samlet overblik over dine dækninger ved alderspensionering, invaliditet, sygdom og død for at kunne vurdere, om du har brug for supplerende dækning, kan du bestille et individuelt møde med en af Lægernes Pensions medlemskonsulenter, som kan træffes i alle regioner. Bestil et møde via lpb.dk.