



LÆGERNES
PENSION

§ 1 Forsikringsdækning

§ 2 Forsikringstiden

**§ 3 Begrænsninger i
dækning**

**§ 4 Definitioner for
visse kritiske sygdomme**

**§ 5 Præmie,
forsikringssum og
regulering**

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

§ 1 Forsikringsdækning

§ 2 Forsikringstiden

01.01.2023 52/13-1

Dækning ved visse kritiske sygdomme

Forsikringsbetingelser for visse kritiske sygdomme diagnosticeret efter
1. januar 2023

§ 1 Forsikringsdækning

Dækning ved visse 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 kritiske sygdomme. En række betingelser nævnt nedenfor skal være opfyldt, før summen kan udbetales.

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

§ 1 Forsikringsdækning

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

§ 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 for medlemmer omfattet af Traditionel Pension (læger, der er blevet medlemmer af Lægernes Pension før 1. januar 2023) 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 dækningen fremgår af pensionsaftalen for et medlem omfattet af Flexibel Pension (læger, der er blevet medlemmer af Lægernes Pension efter 1. januar 2023)
- at medlemmet ved månedens begyndelse er under 70 år
- at medlemmet ved månedens begyndelse ikke er invalidepensioneret eller modtager dækning ved tab af erhvervsevne 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, fra 1. januar 2020, 1. januar 2021, 1. januar 2022 og igen fra 1. januar 2023. Diagnoser behandles i henhold til de forsikringsbetingelser, der var gældende på diagnose-tidspunktet.

§ 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), § 4 N (større organtransplantationer), § 4 S (Indoperation af IDC-enhed) eller § 4 U (Kronisk hjertesvigt), er medlemmet ikke omfattet af hverken § 4 B, § 4 C, § 4 N, § 4 S eller § 4 U. Er medlemmet konstateret HIV-positiv inden forsikringstiden, er medlemmet ikke dækket af § 4 L (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



§ 1 Forsikringsdækning

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 § 4 B (større blodprop til hjertet), § 4 C (bypass-operation /PCI behandling), § 4 N (Større organtransplantation), § 4 S (Indoperation af ICD-enhed eller § 4 U (Kronisk hjertesvigt), dækker forsikringen fremover hverken § 4 B, § 4 C, § 4 N, § 4 S eller § 4 U.

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

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.

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

Stk. 4. Retten til udbetaling af den for dækning ved visse 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.

§ 6 Forældelse

§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

Ved en 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 kritiske sygdomme foreligger, efterfulgt af en bestemmelse af sygdommens art, natur og navn.

A. Kræft

A.1. Kræft – med undtagelse af mindre aggressive former
Dækningen omfatter en ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering).

Diagnosen anses for stillet, når diagnosen er verificeret ved en histologisk undersøgelse af tumorvævet af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologi).

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 tendens til invasion af omkringliggende væv eller metastaser.

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



§ 1 Forsikringsdækning

Dækningen omfatter behandlingskrævende*:

- Akut leukæmi, kronisk myeloid leukæmi (CML) i accelereret fase eller blastkrise samt aktiv kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) i stadium C.
- 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 (inkl. morbus Waldenstrøm).

*Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (inkl. kemoterapi og anden målrettet (targeteret) kræftbehandling) eller stråleterapi samt transplantation med stamceller (autolog knoglemarvstransplantation) eller knoglemarv fra en donor (allogen knoglemarvstransplantation).

Diagnosen anses for stillet når de histologiske eller cytologiske undersøgelser, samt eventuel molekylærbiologisk information baseret på blod og knoglemarv, er vurderet af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologi) og der i journalen fra en onkologisk eller hæmatologisk afdeling er anført, at der er behandlingsindikation for celledræbende behandling, stråling eller transplantation af stamceller eller knoglemarv fra donor.

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

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

B. Større blodprop i hjertet – spontant myokardieinfarkt relateret til lukket koronar arterie

Dækningen omfatter et pludseligt (akut) opstået henfald (nekrose) af en del af hjertets muskelvæv, som følge af en ophørt eller utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet, der har medført skade på hjertemusklen og nedsat pumpefunktionen (LVEF) til 50 pct. eller derunder.

Diagnosen anses for stillet, når der i forbindelse med episoden har været en klar og entydig diagnostisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører (fortrinsvis troponin I og T), hvor mindst én værdi er klart diagnostisk forhøjet (over 99 pct. – percentilen), samtidig med at mindst to af følgende kriterier er opfyldt:

- Tilstedeværelse af karakteristiske kliniske symptomer på akut iskæmi som brystubehag, dyspnø eller arytmi.
- EKG-forandringer tydende på nyopstået iskæmi i form af nye ST-ændringer, inverterede T-takker eller nyt venstresidigt grenblok
- Billeddiagnostisk evidens for nytillkommet tab af funktionsdygtigt hjertemuskelvæv på MR-scanning eller ekkokardiografi med LVEF på 50 pct. eller derunder.
- Identifikation af en intrakoronar trombe ved koronarangiografi (KAG).

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

Dækningen omfatter ikke:

- AKS uden sikre tegn på myokardienekrose
- Myokardieinfarkt i forbindelse med PCI eller CABG (type 4 og 5).



§ 1 Forsikringsdækning

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

C. Kirurgisk behandling som følge af svær åreforsnævring i hjertekar i form af by-pass operation (CABG) eller PCI behandling på to eller flere kar.

Dækningen omfatter en revaskulerende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:

- En gennemført eller PCI behandling på mindst 2 af hjertets 3 kranspulsårer inden for en 3 måneders periode, eller
- En gennemført eller planlagt åben hjertekirurgisk by-pass operation (CABG) på én eller flere af hjertets kranspulsårer. Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Diagnosen anses for stillet på operationsdagen eller den dato forsikrede er accepteret på venteliste for CABG.

Dækningen omfatter desuden svært aterosklerotiske tilfælde med indikation for PCI-behandling pga. dokumenteret svær aterosklerose på mindst to af hjertets tre kranspulsårer, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager

D. Hjertekirurgisk behandling af hjerteklapperne som følge af hjerteklapfejl

Dækningen omfatter en planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl (forsnævring eller utæthed) med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese eller gennemført klapplastik.

Dækningen omfatter desuden en gennemført perkutan udskiftning eller reparation af aortaklap (TAVI) eller mitralklap (MitralClip eller lignende).

Diagnosen anses for stillet på operationsdagen eller den dato forsikrede er accepteret på venteliste.

E. Hjerneblødning eller større blodprop i hjernen (apopleksi) med påvist hjernebeskadigelse og blivende udfald i den neurologiske funktion

Dækningen omfatter en pludseligt (akut) opstået beskadigelse af hjernen eller hjernestammen på grund af forstyrrelser i hjernens blodcirkulation, med samtidigt opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer (lammelser, føle-, syns- eller taleforstyrrelser), som har været tilstede i mere end 24 timer (og dermed opfylder kriterierne for apopleksi).

Det er en forudsætning for dækning, at episoden er dokumenteret ved hjernescanning (MR/CT) og enten skyldes:

- En spontant eller traumatisk opstået blødning i hjernen eller mellem hjernehalvdele, eller
- En forsnævring eller tillukning af en pulsåre opstået i hjernen pga. trombose eller emboli, hvor tilfældet har medført blivende udfald i den neurologiske funktion (vurderet tidligst efter én måned) i form af lammelser, nedsat kraft eller sensibilitet, sprog- eller synsforstyrrelser, svarende til den ved hjernescanningen påviste hjernebeskadigelse. Emotionelle symptomer, kognitive gener eller træthed alene er ikke tilstrækkeligt for dækning.

Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling har stillet diagnosen apopleksi. Ved en blodprop i hjernen skal de blivende neurologiske udfald være bekræftet af en neurologisk speciallæge, som har udelukket anden årsag til de neurologiske følger.

Dækningen omfatter ikke:

- Forbigående kortvarig blodprop (transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/TIA))
- Tidlige hjerneinfarkter påvist ved hjernescanning (CT/MR)

§ 1 Forsikringsdækning

- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen (fx øjne, øre, hypofyse).

§ 2 Forsikringstiden

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

Dækningen omfatter et planlagt eller gennemført endovaskulært eller andet kirurgisk indgreb mod en defekt i hjernens kar i form af:

- én eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer eller
- arteriovenøs karmisdannelse eller
- kavernøst anginom.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling og defekten skal være påvist billeddiagnostisk (MR- eller CT-skanning)

Dækningen omfatter desuden tilfælde med behov for kirurgisk indgreb, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

G. Vise godartede og mindre aggressive tumorer i hjerne eller rygmarv, der har medført 10 pct. mén

Dækningen omfatter en godartet eller mindre aggressiv (grad 1-2) svulst (tumor) opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), der har medført betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 10 pct. mén (vurderet efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings tabel).

Diagnosen anses for stillet når en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling har stillet diagnosen og en neurologisk speciallæge har bekræftet de objektive neurologiske bortfaldssymptomer og udelukket anden årsag til følgerne.

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

Dækningen omfatter ikke:

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

H. Multipel (dissemineret) sklerose (MS)

Dækningen omfatter 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, som er forenelige med MS efter McDonald-kriterierne eller
- Et klinisk attack med to eller flere MR-påviste læsioner forenelige med MS efter McDonald-kriterierne eller diagnosticeret disseminering i tid ved gentagelse af MR-scanning (monosymptomatisk MS) eller
- Et langvarigt attack med progression (primær progressiv MS) med mindst to MR-påviste læsioner forenelige med primær progressiv MS efter McDonald-kriterierne.

Dækningen omfatter også:

- Neuromyelitis optica (NMO) med bilateral opticus neuritis eller myelopati og opticus neuritis med positiv test for antistof mod aquaporin-4 i blod samt MR-forandringer centralt i medulla over mere end tre segmenter.

Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk afdeling eller neurologisk speciallæge har stillet diagnosen efter ovenstående kriterier.



§ 1 Forsikringsdækning

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

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

Dækningen omfatter en kronisk sygdom der skyldes fremadskridende nedbrydning af nervesystemets motoriske celler i rygmarven og hjernen, som medfører lammelser, muskelsvind og spasticitet.

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge som arbejder i et ALS-team efter El Escorial kriterierne for klassisk ALS, 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 andre former for ALS, hvor diagnosen er stillet af en neurologisk speciallæge som arbejder i et ALS-team. Det drejer sig om:

- Progressiv bulbær parese (PBP), hvor der primært er bulbære symptomer (fx tale- og synkebesvær),
- Progressiv muskelatrofi (PMA), hvor der primært er anden neuronudfald (muskelatrofi uden spasticitet og hyperrefleksi) og
- Primær lateral sklerose (PLS), hvor der primært er første neuronudfald (muskelspasticitet og hyperrefleksi, men kun begrænset atrofi).

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

J. Udgået

K. Udgået

L. AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome)

Dækningen omfatter en sygdom i immunsystemet forårsaget af infektion med human immundefekt 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

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

Diagnosen anses for stillet, når varig dialyse er igangsat eller på transplantationsdagen. Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på aktiv venteliste til transplantation.

N. Større organtransplantation

Dækningen omfatter en planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, bugspytkirtel, hjertelunge eller hjertelungelever transplanteret på grund af organsvigt hos forsikrede.

Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation), for andre tilstande end anført under dækning for blodkræft.

Diagnosen anses for stillet på transplantationsdagen eller fra den dato forsikrede er accepteret på aktiv venteliste til transplantation.

§ 1 Forsikringsdækning

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

§ 2 Forsikringstiden

O. Udgået

P. Udgået

§ 3 Begrænsninger i dækning

Q. Udgået

§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

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

Dækningen omfatter svær aortasygdom i den thorakale eller abdominale del af aorta i form af:

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

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Dækningen omfatter desuden:

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

Diagnosen anses for stillet på operationsdagen eller når diagnoserne aortaaneurisme større end 5 cm, aortadissektion eller total aortaokklusion er dokumenteret ved kliniske fund CT-/ MR-scanning, ultralydsundersøgelse eller ekkokardiografi.

Dækningen omfatter ikke sygdom i aortas sidegrene.

Få mere at vide

S. Implantation af hjertestarter (ICD-enhed) på grund af livstruende rytmeforstyrrelser

Dækningen omfatter en planlagt eller gennemført implantation af et avanceret pacemakersystem som implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret forudgående livstruende hjerterytmeforstyrrelse eller hjertestop (institia cordis).

Diagnosen anses for stillet på operationsdagen eller den dato hvor forsikrede er accepteret på venteliste.

Dækningen omfatter ikke indoperation af almindelig pacemaker.

T. Svære neurologiske følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse, neuroborreliose og Tick-Borne-Encephalitis

Dækningen omfatter en infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehindere 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 15 pct. eller mere vurderet af en neurologisk speciallæge efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings vejledende méntabel.

Diagnosen hjerne- eller hjernehindebetændelse skal være stillet ud fra:

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

Diagnosen neuroborreliose skal være verificeret ved:

- Påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose) i cerebrospinalvæsken med forhøjet antal hvide blodlegemer og

§ 1 Forsikringsdækning

- Positiv intrathekal antistofsyntese for både IgM og IgG i cerebrospinalvæske.

§ 2 Forsikringstiden

Diagnosen Tick-Borne-Encephalitis (TBE) skal være verificeret ved:

- Påvisning af TBE specifikke IgM og IgG antistoffer i blod eller cerebrospinalvæske.

§ 3 Begrænsninger i dækning

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

§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt og følger tilstanden vurderes rimeligt 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.

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

U. Kronisk venstresidig eller højresidig hjertesvigt – med svære symptomer og betydeligt nedsat funktionsevne

Dækningen omfatter svær kronisk hjertesvigt med svære symptomer eller funktional begrænsning i hvile eller almindelig gang, svarende til NYHA III-IV, på trods af sufficient medicinsk behandling i mere end 6 måneder, hvor tilstanden enten skyldes:

- Venstresidig hjertesvigt, hvor uddrivningsfraktionen i venstre ventrikel (LVEF) er nedsat til 35 pct. eller derunder, eller højresidig hjertesvigt, hvor der er påvist pulmonal arteriel hypertension gruppe 1 (PAH1) ved en højresidig hjertekaterisation

Dækningen omfatter desuden tilfælde, hvor der på grund af kronisk venstresidig hjertesvigt (dvs. med NYHA III-IV) er gennemført indoperation af:

- et avanceret pacemakersystem (cardioverter defibrillator (ICD-enhed)) eller
- biventrikulær pacemaker (CRT enhed) eller
- en LVAD (HeartMate eller anden mekanisk hjertestøtte).

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt og diagnosen er stillet af en kardiologisk speciallæge eller på en kardiologisk afdeling. Ved indoperation af avanceret pacemaker eller LVAD anses diagnosen for stillet på operationsdagen.

Dækningen omfatter ikke indoperation af almindelig pacemaker.

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

Stk. 1. Udbetaling efter § 4, pkt. A-U omfatter den forsikringssum ved visse 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 visse 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

Få mere at vide



§ 1 Forsikringsdækning

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 for medlemmer omfattet af Traditionel Pension så vidt muligt ud af det enkelte medlems bonus fra pensionsordninger i afdelingen LP i Lægernes Pension. - For medlemmer omfattet af Flexibel Pension beregnes præmien ligeledes månedsvis og betales af indbetalingerne eller opsparingen og for medlemmer på alderspension ved fradrag i udbetalingerne.

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

§ 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/dækning ved tab af erhvervsevne, 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.