



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 2017

§ 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-T, 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
- at medlemmet ved månedens begyndelse er under 70 år
- at medlemmet ved månedens begyndelse ikke er alderspensioneret fra Lægernes Pension
- 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 og igen fra 1. januar 2017. 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-T, 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-T, 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.

§ 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-T 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.

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 inva-

sion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering).

Dækningen omfatter ikke:

- Tumorer klassificeret som præmaligne, non-invasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling).
- Alle former for hudkræft (inklusive lymfomer i hud), bortset fra dermatærkræft 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.

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

- 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.

Få mere at vide

§ 1 Forsikringsdækning

- Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS) og kronisk myelomonocytisk leukæmi (CMML)
- myelomatose/solitært myelom.

§ 2 Forsikringstiden

*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).

§ 3 Begrænsninger i dækning

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

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

B. Større blodprop til hjertet (STEMI)

Akut tillukning af en kranspulsåre, der medfører:

- tilstedeværelse af typiske symptomer
- typisk stigning og/eller fald i specifikke hjertemarkører med mindst én værdi, der er markant forhøjet
- udvikling af tegn på transmural iskæmi i EKG: signifikant ST-elevation eller Q-tak eller nyudviklet grenblok.

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Alle tre karakteristika skal være til stede.

Få mere at vide

Dækningen omfatter ikke mindre blodpropper (NSTEMI) eller AMI i forbindelse med PCI eller CABG.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk hospitals- eller sygehusafdeling eller af kardiologisk speciallæge.

C. Operation på hjertekar, som følge af svær åreforsnævring i kranspulsårerne (by-pass operation (CABG) eller PCI behandling)

En revaskulerende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:

- gennemført eller påbegyndt PCI behandling på mindst 2 ud af hjertets 3 kranspulsårer, som ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk, 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.

D. Hjerteklapfejl - med behov for operation

En planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl (forsnævring eller utæthed) med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese eller gennemført perkutan udskiftning eller reparation af aortaklap (TAVI) eller mitralklap (MitralClip eller lignende).

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

E. Blivende følger efter hjerneblødning/Blodprop i hjernen/Slagtilfælde/Apopleksi

En akut opstået beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, som enten skyldes;

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

§ 1 Forsikringsdækning

hvor tilfældet har medført blivende følger (vurderet efter 3 måneder) i form af neurologiske udfald, svarende til den ved hjernescanning (CT/MR) påviste hjernebeskadigelse.

§ 2 Forsikringstiden

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).

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.

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

§ 3 Begrænsninger i dækning

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

G. Visse godartede svulster 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-/hjernenerver
- Cyster eller granulomer
- Hypofyseadenomer

H. Multipel (dissemineret) sklerose (MS) – med to eller flere (gentagne) attack

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

- to eller flere (gentagne) episoder af neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af centralnervesystemet, efterfulgt af hel eller delvis remission, i kombination med mindst to karakteristiske læsioner i hjernens hvide substans (med påvist disseminering i tid og sted) på MR-scanning eller
- et attack med klart fremadskridende forløb (Primær Progressiv MS) eller et svært attack, hvor de diagnostiske kriterier for MS efter McDonald er opfyldte.

Diagnosen skal være stillet af neurologisk speciallæge.

§ 1 Forsikringsdækning

Dækningen kan også omfatte:

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

§ 2 Forsikringstiden

§ 3 Begrænsninger i dækning

Dækningen omfatter ikke tilfælde alene med synsnerveudfald (opticus neurit) eller transversel myelitis.

I. Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) eller anden lignende ikke-arvelig motorisk nervecellesygdom (MND) – med vedvarende og fremadskridende symptomer

En kronisk sygdom som skyldes fremadskridende nedbrydning af nervesystemets motoriske celler i rygmarv, hjernestamme og hjerne, medfører lammelser, muskelsvind og spasticitet. Dækningen omfatter ikke arvelig MND, herunder SMA.

Krav: Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge efter El Escorial kriterierne med lower motor neuron symptomer (LMN) og upper motor neuron symptomer (UMN) i mindst tre regioner samt progression af symptomerne og abnorme fund ved elektromyografi (EMG) i klinisk normal muskel.

J. Visse muskel- og nervesygdomme

J.1. Myasthenia gravis – med sværere symptomer

En autoimmun neuromuskulær sygdom kendetegnet ved varierende grader af kraftnedsættelse og hurtig udtrætning.

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

- Acetylcholinreceptor (AChR) antistoffer, anti-MuSK eller anti-Titin antistoffer i blodet

§ 4 Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

§ 6 Forældelse

Få mere at vide

- EMG der viser defekt neuromuskulær transmission
- Tydeligt behandlingsrespons på relevant medicinsk behandling.

Dækningen omfatter alene personer med sværere symptomer fra arme, ben eller ansigt, der påvirker funktionsevnen.

J.2. Muskelsvind (myopati og neuropati) med vedvarende fremadskridende symptomer

En veldiagnosticeret anerkendt arvelig muskeldystrofi kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og kraft som Duchennes muskeldystrofi, Beckers muskeldystrofi, Limb Girdle muskeldystrofi (LGMD), Facio-scapulo-humeral muskeldystrofi (FSHD), Okulopharyngealmuskeldystrofi (OPMD), Dystrofia myotonica, Charcot Marie Tooth mv.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling ved klinisk undersøgelse, blodprøve (enzym CK eller gentest) samt muskelbiopsi.

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.

§ 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

L. AIDS

En sygdom i immunsystemet forårsaget af infektion med human immundefekt virus type 1 (HIV).

Krav: Diagnosen skal opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS og være stillet på en infektionsmedicinsk hospitals- eller sygehusafdeling.

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

En tilstand med dobbeltsidigt nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere og med behov for varig dialysebehandling eller nyretransplantation.

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på anerkendt og officiel venteliste i forsikringstiden.

N. Større organtransplantation(er)

En planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, bugspytkirtel, hjertelunge eller hjertelungelever transplantat på grund af organsvigt hos forsikrede. Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

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

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 (oligokinesi).

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge og dækningen forudsætter tilstedeværelsen af hovedsymptomet bradykinesi/hypokinesi/akinesi (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. Praktisk blindhed – permanent og irreversibel

Et permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er 1/60 (0,0166) eller derunder, eller der er kikkertsyn med en synsfeltindskrænkning til under 10 pct.

Krav: Diagnosen skal være stillet af en speciallæge i øjensygdomme.

Q. Total døvhed – permanent og irreversibel

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

Krav: Diagnosen skal være stillet af læge eller hospitals- eller sygehusafdeling med speciale i øre/næse/hals-sygdomme.

§ 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

R. Svær sygdom i hovedpulsåren (aorta) – med tillukning, bristning eller større lokal udvidelse (5 cm eller mere)

En bristning (ruptur), tillukning (okklusion) eller lokal udvidelse (aneurisme) af hovedpulsåren fra 5 cm i diameter eller en aortadissektion med ruptur i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen. Dækningen omfatter den thorakale og den abdominale aorta, men ikke deres grene.

Krav: Diagnosen aortaaneurisme eller aorta-dissektion skal være stillet ved MR-scanning eller aortografi samt ultralydsundersøgelser, ekkokardiografi eller CT-scanning af abdomen.

S. Livstruende rytmeforstyrrelser – med indoperation af ICD-enhed (hjertestøder)

En planlagt eller gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse eller hjertestop (institio cordis) fremkaldt af ventrikelflimmer eller ventrikulær takykardi.

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

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

En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe mv., som har medført vedvarende objektive neurologiske følger, svarende til en méngrad på 30 pct. eller mere efter Arbejdsskadestyrelsens tabel (vurderet af en neurologisk speciallæge).

Ved hjerne- eller hjernehindebetændelse skal der være kliniske holdpunkter for diagnosen samt mindst ét af følgende kriterier skal være opfyldt:

- Påvisning af mikrober i spinalvæsken, eller

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

I samtlige tilfælde kan de neurologiske følger tidligst vurderes efter 3 måneder og følgerne skal være bekræftet af neurologisk speciallæge.

§ 5 Præmie, forsikringssum og regulering

Stk. 1. Udbetaling efter § 4, pkt. A-T 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.

§ 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

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.