

Gruppeforsikring

Dødsfaldssum

Invalidesum

Ulykkesforsikring

Visse kritiske sygdomme

Januar 2026

Indholdsfortegnelse

Forsikringsaftalerne	2
Hvem er dækket?	2
Ophør af dækningen	2
Ulykkesforsikring	3
Visse kritiske sygdomme	3
Hvis der bliver brug for forsikringen	3
Præmien	3
Rådighed og tvister	3
Hvis du har spørgsmål	3
Bilag 1 - ulykkesforsikring	4
Bilag 2 – kritisk sygdom	9

Forsikringsaftalerne

Gruffeforsikringen dækker ved død, invaliditet samt visse kritiske sygdomme.

Ulykkesforsikringen dækker ulykke. Forsikringerne er etårige forsikringer og kan ændres hvert år den 1. januar.

Gruffeforsikringen ved død, invaliditet og visse kritiske sygdomme er ved **aftale nr. 98634** indgået med:

Forenede Gruppeliv ('FG')
Krumtappen 4, 1
2500 Valby
Telefon 3916 7800
fg@fg.dk
www.fg.dk

FG er forsikringsformidler på vegne af FG's ejerselskaber. Information om FG's ejerselskaber og hæftelse findes på [FG's hjemmeside](#)

Et medlem af P+ er således dækket af en gruppelivsforsikring, der er tegnet af P+ (som forsikringstager) via FG (som forsikringsformidler) hos FG's 4 ejere (som forsikringselskaber).

FG rådgiver P+'s medlemmer om gruffeforsikringen ved død, invaliditet og visse kritiske sygdomme.

Ulykkesforsikringen er ved **police nr. 9139882366** tegnet i:

Codan Forsikring A/S
Skade Ulykke
Midtermolen 7
2100 København Ø
www.codan.dk

Codan er ejet af Alm. Brand Forsikring, CVR-nr. 10526949.

Codan rådgiver om ulykkesforsikringen.

Hvem er dækket?

1. Betalende medlemmer, som ikke er omfattet af regulativernes bestemmelser om pension med høj opsparing.
2. Medlemmer:
 - der er bidragsfrit dækket
 - der er overgået til aktuel egenpension uden forinden at være overgået til hvilende medlemskab
 - der efter det 60. år overgår til hvilende medlemskab.

Ophør af dækningen

Forsikringen ved dødsfald og visse sygdomme samt ulykkesforsikringen ophører senest ved udgangen af den måned, hvor du fylder 68 år, mens dækningen ved invaliditet ophører ved udgangen af den måned, hvor du fylder 62 år. Forsikringen omfatter ikke medlemmer, som var fyldt 67 år den 1. januar 2018.

Gruffeforsikringen dækker ikke ved aktiv deltagelse i krig eller lignende.

Forsikringerne ophører, hvis du overgår til hvilende medlemskab, før du fylder 60 år, eller hvis du udtræder af P+.

Klausuleringsperiode

Er du omfattet af en klausuleringsperiode og bliver invalid eller dør inden for klausuleringsperioden, vil du kun være berettiget til halvdelen af døds- og invalidedækningen.

Dette gælder dog kun, hvis P+ kan bevise, at du ikke havde kunnet afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger ved optagelsen, såfremt dette havde været et krav.

Fortsættelsesforsikring

Hvis din gruffeforsikring ophører, før du fylder 68 år, har du mulighed for, uden at afgive nye helbredsoplysninger, at tegne en fortsættelsesforsikring, der dækker ved dødsfald.

Ønsker du at tegne en fortsættelsesforsikring, skal du henvende dig til Forenede Gruppeliv senest to måneder efter, din gruffeforsikring i P+ er ophørt.

Fortsættelsesforsikringen tegnes på individuelt grundlag. Hvis du bliver omfattet af en ny gruffeforsikring, kan fortsættelsesforsikringen dog ikke tegnes.

Dødsfaldssum

Størrelsen af dødsfaldssummen afhænger af din alder på dødstidspunktet, idet dødsfaldssummen aftrappes med alderen.

Der sker ingen reduktion i dødsfaldssummen, selvom du eventuelt tidligere har fået udbetalt en invalide- eller ulykkesum. Derimod modregnes en eventuel kritisk sygdomssum i dødsfaldssummen, hvis du dør mindre end tre måneder efter, diagnosen for visse kritiske sygdomme er stillet.

Hvem udbetales dødsfaldssummen til?

Hvis du dør, inden du fylder 68 år, udbetales dødsfaldssummen til nærmeste pårørende, medmindre du har bestemt andet.

Nærmeste pårørende er i lovgivningen bestemt som følgende i den nævnte rækkefølge:

1. Ægtefælle/registreret partner – dog ikke hvis separation eller skilsmisse foreligger ved dødsfaldet.
2. Samlever, hvis din samlever har levet sammen med dig på fælles bopæl i et ægteskabslignende forhold de sidste to år før dødsfaldet, eller hvis I bor sammen på fælles bopæl og I venter, har eller har haft børn sammen.
3. Børn - hvis barnet ikke længere lever, træder barnets eventuelle børn i stedet etc. Ved børn menes egne biologiske børn samt adoptivbørn.
4. Arvinger efter testamente.
5. Arvinger ifølge lovgivningen, fx forældre.
6. Hvis der ingen begunstiget eller legale eller testamentariske arvinger er, tilfalder det opsparede beløb pensionskassen forud for staten.

Denne rækkefølge træder i kraft, medmindre du selv vælger at indsætte en begunstiget.

Hvem kan du begunstige?

Der er ingen begrænsninger for, hvem du kan begunstige. Du kan indsætte alle 'juridiske personer' som begunstiget, herunder en forening. Du kan også bestemme, at dødsfaldssummen skal fordeles mellem flere, fx en samlever og børn.

Hvis du ønsker at indsætte en eller flere begunstigede, skal du skriftligt meddele dette til Forenede Gruppeliv. Du kan bestille en blanket til dette formål hos Forenede Gruppeliv. Blanketten *Særlig begunstigelseserklæring – dødsfaldssum* kan også downloades på www.pplus.dk under blanketter.

En begunstivelse kan anfægtes ved domstolene af din ægtefælle eller af dine livsarvinger, hvis begunstivelsen må anses for urimelig.

Du kan også gøre begunstivelsen uigenkaldelig. Herefter kan begunstivelsen kun ændres, hvis den begunstigede giver sin tilladelse eller dør, eller hvis begunstivelsen er urimelig. Du skal derfor kun ændre en begunstivelse til uigenkaldelig efter nøje overvejelse.

Udbetaling til boet

Ønsker du, at udbetalingen skal ske til dit bo, skal du udfylde en begunstigelseserklæring og skrive 'boet'. Beløbet vil så blive udbetalt til boet, hvis du har legale eller testamentariske arvinger. I modsat fald tilfalder beløbet pensionskassen forud for staten.

Kreditorbeskyttelse

Dødsfaldssummen udbetales direkte til dine nærmeste pårørende eller indsatte begunstigede uden om boet og er således beskyttet mod eventuelle kreditorer.

Beskatning ved udbetaling

Dødsfaldssummen er skattefri, idet der dog skal betales boafgift efter gældende regler. Sker udbetalingen til din ægtefælle, skal der således ikke betales boafgift.

Dødsfaldssummens størrelse

Under 45 år	1.091.000 kr.
Under 55 år	865.000 kr.
Under 68 år	546.000 kr.
Fylt 68 år	0 kr.

Invalidesum

Hvis du får tilkendt varig invalidepension, og du er berettiget til første måneds pension, inden du fylder 62 år, udbetales en invalidesum. Størrelsen på invalidesummen er afhængig af din alder, idet invalidesummen aftrappes med alderen.

Dækningen ophører senest ved udgangen af den måned, hvor du fylder 62 år.

Den udbetalte invalidesum fratrækkes ikke i en eventuel senere forfalden dødsfaldssum.

Invalidesummens størrelse

Under 45 år	250.000 kr.
Under 62 år	150.000 kr.
Fylt 62 år	0 kr.

Invalidesummen udbetales skattefrit.

Ulykkesforsikring

Udbetalingens størrelse afhænger af skadesgraden (mén-graden) og den maksimale ulykkesum, idet ulykkesummen bliver udbetalt som en procentdel af den maksimale sum, der udgør 850.000 kr. Ved en méngrad på 50 pct. udbetales således 425.000 kr.

Tandskade dækkes efter regning.

Visse kritiske sygdomme

Hvis du pådrager dig en af de kritiske sygdomme, som er defineret i afsnittet *Forsikringsbetingelser - visse kritiske sygdomme*, inden du fylder 68 år, modtager du en forsikringssum.

Forsikringssum – visse kritiske sygdomme

Under 60 år	150.000 kr.
60-68 år	133.000 kr.
Fylt 68 år	0 kr.

Det er en betingelse for dækning ved visse kritiske sygdomme, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden. Diagnoser, der stilles efter forsikringstidens udløb, er ikke dækket af forsikringen.

Kritisk sygdomsforsikring udbetales skattefrit.

Hvis der bliver brug for forsikringen

Dødsfald

Ved dødsfald skal dine efterladte kontakte P+, som herefter underretter Forenede Gruppeliv. Udbetalingen af dødsfaldssummen sker direkte fra Forenede Gruppe liv.

Invaliditet

Hvis du får tilkendt invalidepension fra P+, underretter P+ Forenede Gruppeliv. Udbetaling af invalidesummen sker direkte fra Forenede Gruppeliv.

Ulykke

Hvis du bliver ramt af en ulykke, skal du kontakte Codan, der foretager sagsbehandlingen og udbetaler ulykkesummen, hvis betingelserne herfor er opfyldt. Du kan downloade en skadeanmeldelse på www.pplus.dk under blanketter.

Visse kritiske sygdomme

Hvis du pådrager dig én af visse kritiske sygdomme nævnt i forsikringsbetingelserne, skal du kontakte P+.

Præmien

P+ betaler præmien for gruppeforsikringen. Præmien er skattepligtig for dig, og udbetalingen er skattefri (bortset fra eventuel boafgift). P+ indberetter præmien til SKAT som personlig indkomst.

Rådighed og tvister

Dine forsikringer kan ikke afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning eller retsforfølgning.

Du kan indbringe tvister vedrørende forsikringerne for domstolene eller:

Ankenævnet for Forsikring
Østergade 18, 2. sal
1100 København K
Telefon 33 15 89 00

Klagen skal sammen med et mindre gebyr indsendes på et særligt klageskema, som du kan få ved henvendelse til Ankenævnet for Forsikring, Forenede Gruppeliv eller Codan Forsikring (se forsikringsbetingelserne pkt. 17).

Hvis du har spørgsmål

Du er naturligvis altid velkommen til at kontakte os kontakt@pplus.dk eller 3818 8700, hvis du har spørgsmål.

Forsikringsbetingelser - ulykkesforsikring

Se bilag 1.

Forsikringsbetingelser - kritiske sygdomme

Se bilag 2.

Bilag 1 - ulykkesforsikring

Generelle fællesbetingelser

1. Forsikringens omfang og personkreds

Medlemmet er omfattet af forsikringen ved bopæl eller arbejde i Danmark. Udstationerede medlemmer er omfattet af forsikringen, hvis betingelserne i pkt. 6 er opfyldt.

Den samlede erstatningsudbetaling ved én og samme skadebegivenhed kan maksimalt udgøre 1,5 mia. kr.

2. Hvad dækker forsikringen?

Forsikringen dækker ved ulykkestilfælde, hvor méngraden overstiger 5 pct.

Ved ulykkestilfælde forstås: En pludselig hændelse, der forårsager personskade.

Ulykkestilfældet skal være opstået i forsikringstiden – se pkt. 4.

For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskade. Det vil sige, om hændelsen i sig selv er nok til at forårsage/forklare skaden.

Forsikringen dækker, selvom ulykkestilfældet er opstået, mens den tilskadekomne var fører af privatfly eller motorcykel.

3. Hvad dækker forsikringen ikke?

Uanset tilskadekomnes sindstilstand på skadetidspunktet dækker forsikringen ikke:

- Skader, der er fremkaldt af den tilskadekomne ved forsæt eller ved grov uagtsomhed.
- Skader, der sker som følge af overbelastning.
- Skader, der er forårsaget af den tilskadekomne under selvforskyldt beruselse eller under påvirkning af narkotika eller under en dertil svarende påvirkning.
- Skader, der skyldes forgiftning som følge af indtagelse af medicin.
- Skader, der skyldes smitte med virus, bakterier, andre mikroorganismer eller lignende.
- Skader, der overgår den tilskadekomne som følge af deltagelse i slagsmål.
- Skader, der overgår den tilskadekomne som følge af deltagelse i ulovlige handlinger.
- Skader, der indtræder under deltagelse i boksning, motorløb af enhver art, bjergbestigning, faldskærmsudspring og drageflyvning eller sportsgrene, der kan sidestilles hermed.
- Skader, der skyldes udløsning af atomenergi under alle forhold, herunder krig.
- Skader, der skyldes konflikter i form af krig, oprør eller borgerlige uroligheder, medmindre skaden indtræffer inden en måned efter konfliktens udbrud i et land, hvori den forsikrede opholder sig under rejse. Det er desuden en forudsætning for dækningen, at konflikten ikke var til stede ved indrejsen i landet, og at forsikrede ikke selv deltager i handlingerne.

4. Forsikringstiden

Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde, når ulykkestilfældet er indtrådt i forsikringstiden. Forsikringstiden er perioden mellem forsikringens begyndelsesdato og ophørs-

dato for den forsikrede.

Forsikringen dækker ikke følger, herunder forværring af følger, der viser sig senere end fem år efter, ulykkestilfældet er indtrådt, eller sygdommen er diagnosticeret.

5. Hvor dækker forsikringen?

Forsikringen dækker overalt i verden, medmindre andet særligt er aftalt eller følger af bestemmelserne i pkt. 3 og pkt. 6.

6. Udstationering

Medlemmer, der som led i deres arbejde er udstationeret uden for Danmark, er dækket af ulykkesforsikringen, såfremt:

- Udstationeringen sker fra Danmark.
- Codan er oplyst om navnet på udstationerede samt udstationeringslandet.

Medlemmet er omfattet af ulykkesforsikringen, når Codan har godkendt udstationeringslandet. Det er medlemmets ansvar at indhente godkendelse fra Codan.

Fastsættelse af varig mén og udbetaling af ménerstatningen sker på grundlag af speciallægeundersøgelse, der skal udføres i Danmark. Udgiften til speciallægeundersøgelsen betales af Codan.

En eventuel erstatning udbetales til medlemmet eller dennes pårørendes bankkonto i Danmark.

Forsikringen dækker ikke udgifter til behandling, ej heller tandbehandling, der udføres uden for Danmark.

7. Forhold ved skadetilfælde

Den tilskadekomne skal være under stadig behandling af en læge og følge dennes forskrifter. Codans erstatningspligt er betinget af, at den tilskadekomne straks søger læge.

Codan har ret til at indhente oplysninger hos enhver læge, lægelig institution eller andre, der behandler eller har behandlet den tilskadekomne og til at lade denne undersøge af en læge valgt af Codan.

Codan kan forlange, at tilskadekomne lader sig undersøge af en læge i Danmark, som Codan godkender og betaler. Hvis den tilskadekomne ikke ønsker at lade sig undersøge af en læge, Codan har godkendt, kan Codan afvise ethvert krav om erstatning.

Uanset om den tilskadekomne bor i Danmark eller i udlandet, betaler Codan ikke transportomkostninger eller udgifter til ophold.

Codan betaler alene for de lægeattester, som selskabet forlanger.

Omfatter forsikringen dækning ved tandskade, skal behandling og pris godkendes af Codan, inden en behandling påbegyndes, medmindre der er tale om akut behandling. Codan kan forlange, at tandbehandlingen udføres i Danmark.

8. Indsendelse af skadeanmeldelse

Skader, der er omfattet af forsikringen, skal hurtigst muligt anmeldes skriftligt til Codan.

Skader kan anmeldes telefonisk til Codan på telefon 33 55 34 50 eller www.codan.dk

Har en skade medført døden, skal Codan oplyses om dette inden 48 timer, og Codan er berettiget til at kræve obduktion.

9. Forældelse af sikredes krav

For dækning af skader gælder Forsikringsaftalelovens almindelige bestemmelser, jf. dog bestemmelsen i pkt. 4, 3. afsnit.

10. Beregning af erstatning

Erstatningen beregnes på grundlag af forsikringssummens størrelse ved skadens indtræden og efter de regler, der fremgår under de enkelte dækninger.

11. Udbetaling af erstatning

Codans almindelige betalingsmåde er bankoverførsel. Ved skadeudbetaling skal Codan derfor have oplysning om pengeinstitut og kontonummer.

Erstatningen kan dog også udbetales ved check mod et gebyr, der fratrækkes erstatningsbeløbet.

12. Hvis der er tegnet en anden forsikring

Forsikringens ydelser udbetales uafhængigt af eventuelle andre forsikringsydelser, der kommer til udbetaling som følge af den forsikredes tilskadekomst, medmindre andet særligt er bestemt i forsikringsbetingelserne for de enkelte dækninger.

13. Hvem kan disponere over forsikringen?

Retten til at disponere over forsikringen i sin helhed tilkommer forsikringstageren.

14. Arbejdsskadestyrelsen

Hvis en af parterne ønsker det, kan Arbejdsskadestyrelsen afgive en vejledende udtalelse om invaliditetsgradens størrelse, og om der er årsagssammenhæng mellem den anmeldte lidelse og skaden.

Arbejdsskadestyrelsens gebyr betales med 50 pct. af hver af parterne, idet Codan dog betaler det fulde gebyr, hvis Arbejdsskadestyrelsen fastsætter en invaliditetsgrad, der er højere end den, Codan har fastsat.

15. Opstår der uenighed om forsikringen

Er forsikrede ikke enig i Codans afgørelse af en sag, kan forsikrede kontakte den afdeling, der har behandlet sagen.

Hvis forsikrede stadig ikke er tilfreds, er der mulighed for at rette henvendelse til Codans klageansvarlige, enten pr. brev med att.: Codans klageansvarlige eller via klageansvarlig@codan.dk

Hvis problemet fortsat ikke kan løses, kan forsikrede også rette henvendelse til:

Ankenævnet for Forsikring
Østergade 18, 2. sal
1100 København K
Tlf. 3315 8900 mellem kl. 10.00-13.00
www.ankenævnet.dk

Klager til ankenævnet skal indsendes på et særligt klageskema, og forsikrede skal betale et gebyr. Klageskema og girokort kan forsikrede få hos Codan eller hos Forsikringsankenævnet.

For aftalen gælder dansk lovgivning, herunder eksisterende love om forsikringsaftaler. Hvis tvister om forsikringsaftalen bringes for retten, afgøres disse efter dansk ret ved de danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting.

16. Sanktioner

Codan Forsikring A/S og/eller deres datterselskaber/filialer dækker ikke og er ikke forpligtet til at betale nogen som helst form for erstatning eller andre ydelser under forsikringen i det omfang, en sådan forsikringdækning, betaling af et sådant krav eller tilvejebringelse af en sådan forsikringsydelse vil udsætte Codan Forsikring A/S og/eller deres datterselskaber/filialer for nogen sanktion, forbud eller restriktion vedtaget af Forenede Nationer (FN), Den Europæiske Union (EU), Storbritannien eller USA.

Bilag 1.A – ulykkesforsikring

Invaliditetsdækning ved ulykkestilfælde

1. Hvad omfatter invaliditetsdækningen?

Når et ulykkestilfælde, se fællesbetingelsernes pkt. 2, er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (= mén), fastsættes til mindst 5 pct., udbetales der erstatning.

Invaliditetsgraden fastsættes i overensstemmelse med den méntabel, som Arbejdsskadestyrelsen benytter på afgørelsestidspunktet, med de begrænsninger, der er anført nedenfor og i pkt. 3.

Hvis invaliditetsgraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel, fastsættes den tilskadekomnes medicinske invaliditetsgrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

I alle tilfælde fastsættes invaliditetsgraden på et rent medicinsk grundlag uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, tilskadekomnes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte invaliditetsgrad.

En bestående invaliditet kan ikke medføre, at erstatningen fastsættes højere, end hvis en sådan invaliditet ikke havde været til stede. Ved skade på parvise organer medfører dette, at invaliditetsgraden uanset forudbestående invaliditet fastsættes, som om der alene foreligger invaliditet på det senest beskadigede organ.

Invaliditetsgraden kan ikke overstige 100 pct. for samme ulykkestilfælde.

Erstatningen fastsættes, så snart det må anses for sikkert, at ulykkestilfældet og lidelser, der er en følge heraf, ikke vil medføre døden, og tilskadekomnes tilstand i øvrigt må betragtes som stationær.

2. Hvem udbetales erstatningen til?

Erstatningen tilfalder den tilskadekomne.

Hvis den tilskadekomne er et barn, og erstatningen overstiger 100.000 kr., tilfalder 10 pct. af erstatningen dog indehaveren af forældremyndigheden.

Den del af erstatningen, der tilfalder barnet, anbringes efter bestemmelserne om umyndiges midler.

3. Hvad omfatter invaliditetsdækningen ikke?

- Invaliditet, der skyldes skader nævnt under pkt. 3 i fællesbetingelserne.
- Invaliditet, når ulykkestilfældet skyldes sygdom.
- Invaliditet, der skyldes enhver sygdom, forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, uanset om sygdommen, sygdomsanlægget eller lidelsen har været symptomgivende eller ej før ulykken.
- Invaliditet, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde.
- Invaliditet, der bestod før ulykkestilfældet, jf. tillige pkt. 1.
- Invaliditet, der udelukkende er en forværring af en forudbestående lidelse.
- Invaliditet, der skyldes en følge af hedeslag, solstik og lignende.

- Invaliditet, der er en følge af overbelastning af andre legemsdele end de, der er beskadiget af ulykken.
- Invaliditet i form af psykiske følger efter hændelser, hvor tilskadekomne ikke selv har været udsat for direkte fare for fysisk personskaade.
- Invaliditet, som skyldes følger af tandlæge-/lægebehandling eller lignende behandling, hvis selve behandlingen ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

4. Udgifter til behandling/genoptræning

Den forsikrede har ret til dækning af nedenstående udgifter til behandling/genoptræning efter et ulykkestilfælde, der er omfattet af forsikringen, hvis forsikrede ved konsultation hos sin praktiserende læge får konstateret behov for behandling og derfor henvises til eller anbefales behandling.

Det er en forudsætning for dækning, at udgifterne, efter et lægeligt skøn, har en helbredende effekt. Forsikringen dækker ikke behandlinger, som kun har en kortvarig/lindrende effekt.

Udgifter til behandling for en overbelastning af andre legemsdele end de, der er beskadiget ved ulykken, er ikke dækket af forsikringen.

Under den enkelte dækning kan være anført tidsmæssige eller antalsmæssige begrænsninger.

Udgifter til behandling/genoptræning kan dækkes, indtil invaliditetsgraden er vurderet, og den samlede maksimale erstatning til alle dækninger udgør 2 pct. af invaliditetssummen på skadetidspunktet.

Udgifterne dækkes kun, hvis tilskadekomne ikke har ret til at få udgifterne dækket andre steder – fx via en arbejdsskade-forsikring, den offentlige sygesikring, Sygeforsikringen danmark osv.

Fysioterapi/kiropraktik

Forsikringen dækker udgifter til behandling hos kiropraktor eller fysioterapeut.

Forsikringen dækker med et beløb svarende til patientandelen for behandlinger, der er tilskudsberettiget fra det offentlige.

Akupunktur

Dækkes med op til 10 behandlinger. Behandleren skal være læge, medlem af Foreningen af praktiserende akupunktører eller Registreret Alternativ Behandler (RAB).

Zoneterapi

Dækkes med op til 10 behandlinger. Zoneterapeuten skal være Registreret Alternativ Behandler (RAB).

Kraniosakralterapi

Dækkes med 5 behandlinger. Behandleren skal være Registreret Alternativ Behandler (RAB).

Psykolog/krisehjælp

Forsikringen dækker, jf. pkt. 3, næstsidsste afsnit, ikke invaliditet i form af psykiske følger efter hændelser, hvor den tilskadekomne ikke selv har været udsat for direkte fare for fysisk personskaade.

Forsikringen dækker dog udgifter til krisehjælp hos autoriseret psykolog i forbindelse med følgende traumatiske hændelser:

- Forsikrede udsættes for ulykkestilfælde, naturkatastrofe, terror, krig (se dog fællesbetingelsernes pkt. 3, sidste afsnit), røveri, overfald, kidnapning.
- Forsikrede overværer en kollegas eller et familie-

medlems pludselige, uventede død eller alvorlige tilskadekomst.

Forsikringen dækker op til 10 konsultationer, der skal påbegyndes senest 4 uger efter forsikringsbegivenheden og afsluttes senest 3 måneder efter første behandling.

Codan skal (så vidt det er muligt) kontaktes, inden behandlingen påbegyndes med henblik på at vurdere behovet for behandling og bistå med at arrangere denne.

Anden genoptræning

Refusion af ekstraordinært afholdte udgifter til forløb i træningscenter, anbefalet af læge, kiropraktor eller fysioterapeut i op til 3 måneder.

Endvidere dækkes udgifter til bassintræning i varmt vand (individuelt eller hold), anbefalet af læge, kiropraktor eller fysioterapeut, i op til 3 måneder.

5. Andre udgifter, der kan dækkes

Medfører et ulykkestilfælde omfattet af forsikringen en méngrad på mindst 5 pct., dækker forsikringen for hver af følgende dækninger rimelige og nødvendige udgifter op til 35.000 kr. (2013) til:

Ændring af bolig

Hvis ulykkestilfældets følger medfører behov for at foretage fysiske ændringer i forsikredes private bolig.

Ændringerne skal i stå i rimeligt forhold til det pådragne mén.

Ændring af arbejdsplads

Hvis ulykkestilfældets følger medfører behov for at foretage fysiske ændringer på forsikredes arbejdsplads.

Ændringerne skal være nødvendige for, at forsikrede kan udføre sit normale arbejde og skal stå i rimeligt forhold til det pådragne mén.

For alle de ovenfor anførte udgifter gælder, at disse kun dækkes, hvis den tilskadekomne ikke har ret til at få udgifterne dækket andre steder – fx via en arbejdsskade-forsikring, den offentlige sygesikring osv.

Udgifter, der ikke dækkes

Forsikringen dækker ikke andre end de i pkt. 4 og pkt. 5 nævnte. Fx dækkes følgende udgifter ikke: Udgifter til befordring, advokatbistand, lægebehandling, behandling på privathospital eller anden behandling. Ligesom udgifter til medicin eller hjælpemidler af enhver art, fx halskrave og støttebind ikke er dækket af forsikringen.

Bilag 1.B – ulykkesforsikring

Tandskadedækning

1. Hvad omfatter tandskadedækningen?

Når et ulykkestilfælde, se fællesbetingelsernes pkt. 2, er direkte årsag til en tandskade, dækkes de udgifter til tandbehandling, der er nødvendige for opnåelse af samme tandstatus som før ulykken.

Tandskadedækningen omfatter også aftagelige tandproteser, der beskadiges, når de sidder i munden, og ulykkestilfældet i øvrigt har medført anden legemsbeskadigelse.

Tandskader opstået ved spisning dækkes kun, hvis skaden skyldes en påvist fremmed genstand i maden. Codan kan forlange genstanden indsendt.

Ved sygelige eller unormale forandringer i tænderne sker der kun betaling for den del af skaden, som ville være blevet en følge af ulykkestilfældet, hvis disse forandringer ikke havde været til stede.

Erstatningen kan blive nedsat eller bortfalde, hvis tændernes eller protesens tilstand inden ulykken var forringet. Forringelserne kan fx være fyldninger, caries, genopbygning, rodbehandling, slid, paradentose, fæstetab eller andre sygdomme i tænderne og de omgivende knogler. Ved vurderingen bliver der lagt vægt på forringelsens omfang i forhold til velbevarede tænder eller proteser.

Medfører en tandskade behov for en tandbro, og viser det sig, at nabotænder til den beskadigede tand mangler eller er svækkede, dækker forsikringen ikke de ekstra omkostninger, som sådanne forhold medfører.

Hvis den beskadigede tand er et led i en eksisterende tandbro, dækker forsikringen kun for reparation eller udskiftning af det broled, der er beskadiget ved ulykken.

Når Codan har betalt udgiften til tandbehandling, betragtes denne behandling som endelig, og der ydes ikke erstatning til en eventuel udskiftning på et senere tidspunkt.

2. Hvad omfatter tandskadedækningen ikke?

- Skader, der er nævnt under pkt. 3 i fællesbetingelserne.
- Tandbehandling, når ulykkestilfældet, skyldes sygdom.
- Tandbehandling, der skyldes enhver sygdom, forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, uanset om sygdommen, sygdomsanlægget eller lidelsen har været symptomgivende eller ej før ulykken.
- Tandbehandling, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde.
- Tandbehandling, der skyldes en følge af hedeslag, solstik og lignende.
- Tandbehandling, som skyldes følger af tandlæge-lægebehandling eller lignende behandling, hvis selve behandlingen ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.
- Tandbehandling, der ydes af den forsikrede selv, dennes familie, forældre eller børn eller en virksomhed, som tilhører en af de nævnte.

3. Andre dækningsmuligheder

Erstatning ydes kun, hvis den tilskadekomne ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side. Fx via den offentlige sygesikring, Sygeforsikringen Danmark, arbejdsskade-forsikringen osv.

Bilag 2 – kritisk sygdom

Forsikringsbetingelser

Ved uoverensstemmelser mellem nedenstående forsikringsbetingelser og FG's forsikringsbetingelser på www.fg.dk, er det betingelserne på www.fg.dk, der er gældende.

§ 1. For forsikringen gælder nedennævnte betingelser i tilslutning til FG's gruppelivsaftaler og forsikringsbetingelser.

Forsikringen dækker de sygdomme, planlagte- eller gennemførte operationer og følger efter en sygdom, der er nævnt i § 7 A-Y. Sygdomme, operationer og følger efter en sygdom omtales herefter som diagnoser.

Når en diagnose er stillet, som krævet i forsikringsbetingelserne, kan forsikringssummen udbetales.

Der anvendes deforsikringsbetingelser, og der udbetales den forsikringssum, som var gældende den dag, hvor diagnosen blev stillet.

§ 2. Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at diagnosen stilles i forsikringstiden. Diagnose-tidspunktet er afgørende og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringstiden fremgår af gruppelivsaftalen.

Forsikringsdækningen omfatter ikke diagnoser i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse. Diagnoser dækket efter hver af bestemmelserne § 7 A-Y betragtes som én diagnose. For kræft gælder Udvidet dækning for § 7 A.

§ 3. Det fastsættes i gruppelivsaftalen, om dækning ved kritisksygdom ophører efter udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom, se nedenfor under a), eller om der fortsat er dækning ved kritisk sygdom, se nedenfor under b):

- a) Når der er sket udbetaling efter § 7, ophører gruppe medlemmets ret til yderligere udbetaling i tilfælde af kritisk sygdom.
- b) Når der er sket udbetaling efter § 7, dækker forsikringen ikke længere den eller de diagnoser, der har medført udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Der kan kun ske udbetaling én gang for hver af bestemmelserne § 7 A-Y. For kræft gælder *Udvidet dækning for § 7 A*.

Det er en betingelse for udbetaling af mere end én dækning, at der er forløbet mindst 6 måneder, siden sidste dækningsberettigede diagnose blev stillet og tidspunktet for den nye diagnose. Er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes 6-månedersfristen først fra foretaget operation.

§ 4. Hvis forsikrede dør inden for den i gruppelivsaftalen fastsatte modregningsperiode, modregnes den udbetalte sum ved kritisk sygdom i dødsfaldssummen.

§ 5. Retten til udbetaling af den for kritisk sygdom fastsatte forsikringssum bortfalder ved forsikredes død, med mindre der inden skriftligt er søgt om udbetaling over for FG.

§ 6. Er forsikrede udtrådt af gruppelivsaftalen, eller er gruppelivsaftalen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, skal skriftlig anmodning om udbetaling være fremsat over for FG inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringssummen for kritisk sygdom, der ikke er anmeldt.

§ 7. Ved kritisk sygdom forstås:

A. Kræft

1) Kræft med undtagelse af mindre aggressive former

Ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteriseret ved abnorme celler og ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser).

Dækningen omfatter **ikke**:

- Forstadier til kræft (dysplasi og "in situ cancer"), fx i livmoderhals, bryst eller testikler
- Borderline forandringer
- Kræft alene lokaliseret til huden, dog fraset malignt melanom (modermærkekræft)
- Kaposi's sarkom
- Godartede blærepapillomer
- Neuroendokrine (karcinoide) tumorer grad 1 uden tegn til invasiv vækst eller metastasering

Diagnosen kræft anses for stillet, når en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi) har stillet diagnosen baseret på mikroskopisk undersøgelse af en vævsprøve (biopsi), eller eventuelt af en celleprøve (cytologi).

2) Kræft i blod, lymfe og knoglemarvens bloddannende celler

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:

- Akut leukæmi
- Kronisk myeloid leukæmi
- Myelomatose
- Non-Hodgkin's lymfom
- Hodgkin's lymfom i stadie II-IV
- Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS)
- Kronisk myelomonocytær leukæmi (CMML)

Diagnosen kræft anses for stillet, når en speciallæge i diagnostisk vævsundersøgelse har stillet en af ovenstående diagnoser baseret på mikroskopisk og/eller flowcytometrisk undersøgelse af blod, knoglemarv eller andet væv.

Tillige omfattes behandlingskrævende:

- Kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)/småcellet lymfocytært lymfom (SLL)
- Essentiel trombocytose
- Polycytæmia vera
- Myelofibrose

Med behandlingskrævende forstås sygdom, der kræver celledræbende behandling (inkl. kemoterapi, strålebehandling og biologisk behandling) rettet mod

sygdommen. Behandling med acetylsalicylsyre, binyrebarkhormon og åreladning anses ikke for celledræbende behandling.

For kræftformer, hvor det er et krav, at sygdommen er behandlingskrævende, anses diagnosen for stillet på datoen, hvor det fremgår i journalen fra en onkologisk eller hæmatologisk afdeling, at der er indikation for behandling af sygdommen.

Dækningen omfatter **ikke**:

- Forstadier til kræft i blod, lymfe eller de bloddannende organer
- Lymfomer alene lokaliseret til huden

Udvidet dækning for § 7 A

Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år, uden for- sikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne i § 7 A.

Der kan ske udbetaling for op til to kræftdiagnoser, der diagnosticeres i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne i § 7 A. Det er dog en betingelse for udbetaling for den anden kræftdiagnose, at der er gået mindst 10 år, siden den første kræftdiagnose i forsikringstiden blev stillet. Det er yderligere en betingelse for anden udbetaling, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) af kræftdiagnosen eller diagnosticeret en anden kræftsygdom i 10-års perioden.

B. Blodprop i hjertet (hjerterinfarkt)

Akut opstået henfald af en del af hjertets muskulatur som følge af utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet, der har medført tab af funktionsdygtigt hjertemuskulvæv, svarende til en LVEF på 50 pct. eller derunder.

Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på:

- Typisk stigning og fald af blodværdierne (troponiner eller CK-MB).

Sammen med mindst ét af følgende kriterier:

- Sygehistorie med pludseligt opståede typiske, vedvarende brystmerter.
- Samtidigt opståede elektrokardiografiske forandringer, forenelige med diagnosen akut myokardieinfarkt.

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt, og en kardiologisk speciallæge har stillet diagnosen blodprop i hjertet (hjerterinfarkt).

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller § 7 D (hjerterklapkirurgi) og/eller § 7 W (indoperation af ICD-enhed) og/eller § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 B.

C. Bypass operation eller ballonudvidelse ved kranspulsåreforkalkning

Foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) omfattende en eller flere kranspulsårer med anlæggelse af vene- og/eller arteriegrafts eller foretaget ballonudvidelse på en eller

flere af hjertets kranspulsårer.

Ved bypassoperation er der ret til udbetaling, hvis forsikrede er accepteret på venteliste.

Ved ballonudvidelse skal operation være gennemført.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt bypassoperation er det datoen for accept på venteliste.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 B (blodprop i hjertet) og/eller § 7 D (hjerterklapkirurgi) og/eller § 7 W (indoperation af ICD- enhed) og/eller § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 C.

D. Hjerterklapkirurgi

Planlagt eller foretaget behandling af hjerterklap-sygdomme med indsættelse af kunstig mekanisk eller biologisk hjerterklapprotese samt homograft eller klapplastik (reparation af hjerterklap).

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt operation er det datoen for accept på venteliste.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 B (blodprop i hjertet) og/eller § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller § 7 W (indoperation af ICD-enhed) og/eller § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 D.

E. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi)

En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed som følge af et infarkt forårsaget af emboli eller trombose, af en blødning i hjernen eller mellem hjernehalvdele. Der skal foreligge hjernescanning (CT/MR) med fund svarende til ovennævnte lidelser.

Såfremt en blodprop i hjernen ikke er påvist ved en hjernescanning (CT/MR), er tilfældet omfattet, hvis klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er varige objektive neurologiske udfaldssymptomer i form af lammelser, taleforstyrrelser, synsforstyrrelser eller intellektuel reduktion.

De objektive neurologiske udfaldssymptomer kan tidligst vurderes efter 3 måneder.

Når ovenstående betingelser er opfyldt, og en neurologisk speciallæge har bekræftet objektive neurologiske udfaldssymptomer og har stillet diagnosen apopleksi, anses diagnosen for stillet på datoen for indlæggelsen på neurologisk afdeling eller datoen for første konsultation hos en neurologisk speciallæge i forbindelse med apopleksien.

Dækningen omfatter **ikke**:

- Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/ Transitorisk iskæmisk attack (TIA).
- Hjerneinfarkter påvist tilfældigt ved hjernescanning (CT/MR), fx som led i udredning af anden sygdom.
- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. uden for hjernen, fx i øjne og ører.

F. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse (AV-malformation) samt kavernøst angiom i hjernen

Planlagt eller gennemført operation for sækformet udvidelse af hjernens pulsårer, intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse eller kavernøst angiom, som skal være påvist ved røntgenundersøgelse af hjernens pulsårer (angiografi) eller CT/MR-scanning.

Dækning omfatter også tilfælde, hvor der er operationsindikation, men operation ikke kan gennemføres af tekniske årsager.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Ved planlagt operation er det datoen for accept på venteliste. Hvis operation ikke er teknisk mulig, er det datoen, hvor det fremgår i journalen fra en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling, at der er operationsindikation, men operation ikke er teknisk mulig.

G. Visse godartede svulster i hjerne og rygmær

Godartede svulster opstået i hjerne, hjernestamme, rygmær eller disse organers hinde (centralnervesystemet), som enten:

- ikke kan fjernes helt (radikalt) ved operation.
- som efter radikal operation efterlader følger tilstande i nervesystemet, der medfører en méngrad på mindst 15 pct. efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings mén-tabel. Méngraden kan tidligst vurderes 3 måneder efter operationen
- hvor der er operationsindikation, men operation ikke kan gennemføres af tekniske årsager.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen.

Hvis operation ikke er teknisk mulig, er det datoen, hvor det fremgår i journalen fra en neurokirurgisk afdeling, at der er operationsindikation, men operation ikke er teknisk mulig.

Dækningen omfatter **ikke**:

- Cyster eller granulomer.
- Schwannomer/neurinomer, herunder acusticusneurinomer.
- Hypofyseadenomer.

H. Dissemineret sklerose

En kronisk sygdom, der klinisk er karakteriseret af gentagne angreb med neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af centralnervesystemet.

Diagnosen skal dokumenteres ved én eller flere veldefinerede episoder (angreb) af symptomer, som må henregnes til dissemineret sklerose. Desuden dækkes primær progressiv sklerose. Diagnoserne skal være bekræftet ved mindst én af følgende tre undersøgelser:

- Forhøjet IgG indeks eller oligoklonale bånd i spinalvæsken.
- Forlænget latens ved VEP (ikke tilstrækkeligt, hvis der klinisk kun er affektion af nervus opticus).

- Typiske forandringer ved MR-scanning af centralnervesystemet, med multiple affektioner af den hvide substans.

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt, og en neurologisk speciallæge har stillet diagnosen dissemineret sklerose.

I. Motorisk nervecellesygdom (MND)

Motorisk nervecellesygdom (MND) af en af typerne:

- Amyotrofisk lateral sklerose (ALS).
- Progressiv bulbær parese (PBP).
- Progressiv muskelatrofi (PMA).
- Primær lateral sklerose (PLS).

Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk speciallæge har stillet en af de dækkede diagnoser.

J. Visse muskel- og nervesygdomme

Progressiv muskeldystrofi af en af typerne:

- Facio-/scapulo-/humeral dystrofi.
- Limb-girdle muskeldystrofi.
- Myastenia gravis.
- Arvet motorisk sensorisk neuropati (tidligere kaldet Mb. Charcot-Marie-Tooth).
- Inklusionslegememyositis.

Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk speciallæge eller en speciallæge i reumatologi har stillet en af de dækkede diagnoser.

K. HIV-infektion som følge af blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte

Infektion med hiv som følge af blodtransfusion modtaget efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt.

Kun personer, der af Sundhedsstyrelsen er fundet berettigede til godtgørelse for transfusionsoverført hiv-infektion, opfylder betingelserne for udbetaling af forsikringen.

Desuden omfattes personer, der under udførelse af deres professionelle erhverv i forbindelse med arbejdsbetingede læsioner eller udsættelse for smitte på slimhinderne, udvikler hiv-infektion.

Til dokumentation af smitteoverførelsen kræves, at uheldet er anmeldt som arbejdsskade samt en negativ hiv-test udført inden for den første uge efter smitte-udsættelsen efterfulgt af en positiv hiv-test inden for de næste 12 måneder.

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt, og en infektionsmedicinsk speciallæge har stillet diagnosen hiv.

L. Aids

En sygdom i immunsystemet forårsaget af infektion med human immunodefekt virus (hiv).

Diagnosen skal opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig aids.

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelse er opfyldt, og en infektionsmedicinsk speciallæge har stillet diagnosen aids.

Er forsikrede diagnosticeret hiv-positiv inden forsikringstiden, har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 L.

M. Kronisk nyresvigt

Nyresvigt i en sværhedsgrad så begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt holder op med at fungere, hvilket resulterer i, at enten varig dialyse eller nyretransplantation foretages. Ved planlagt nyretransplantation med nekronyre skal forsikrede være accepteret på aktiv venteliste.

Diagnosen anses for stillet, når varig dialyse er igangsat.

Ved nyretransplantation fra levende donor anses diagnosen for stillet på transplantationsdatoen, og ved planlagt nyretransplantation med nekronyre anses diagnosen for stillet på dato for accept på aktiv venteliste.

N. Større organtransplantationer

Planlagt eller foretaget organtransplantation omfattende hjerte, lunge, lever, bugspytkirtel eller stamceller/knoglemarv, hvor forsikrede er modtager.

Ved planlagt organtransplantation skal forsikrede være accepteret på aktiv venteliste.

Diagnosen anses for stillet på transplantationsdatoen. Ved planlagt organtransplantation er det dato for accept på aktiv venteliste. Ved organtransplantation med autologe stamceller/knoglemarv anses diagnosen for stillet på transplantationsdatoen.

P. Parkinsons sygdom (paralysis agitans)

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

Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk speciallæge har stillet diagnosen Parkinsons sygdom (paralysis agitans).

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2002.

Q. Blindhed

Totalt og irreversibelt tab af synsfunktionen på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er 1/60 eller derunder.

Diagnosen anses for stillet, når en speciallæge i øjenssygdomme har vurderet og bekræftet synstabet i journalen.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2002.

R. Døvhed

Totalt og irreversibelt høretab på begge ører med en høretærskel på 100 dB eller derover på alle frekvenser.

Diagnosen anses for stillet, når en speciallæge fra audiologisk afdeling har vurderet og bekræftet høretabet i journalen.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2002.

S. Aorta sygdom (sygdom i hovedpulsåren)

Aorta sygdom omfatter:

- En lokal udvidelse af aorta (aortaaneurisme) til over 5 cm i diameter.
- En lokal udvidelse af aorta (aortaaneurisme), som er opereret.
- Bristning af aorta (aortaruptur).
- Bristning i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen (aortadissektion).
- Total aflukning af aorta (total aortaokklusion).

Benævnelsen aorta inkluderer både den thorakale og den abdominale del af aorta, men ikke dens grene.

Diagnoserne skal være dokumenteret ved enten:

- Ultralydsscanning.
- Ekkokardiografi.
- CT-/MR-scanning.

Ved aortaaneurisme anses diagnosen for stillet på operationsdatoen, eller når udvidelsen af aorta er målt til over 5 cm i diameter.

Ved aortaruptur, aortadissektion og total aortaokklusion anses diagnosen for stillet, når der foreligger dokumentation ved kliniske fund og ultralyd, ekkokardiografi eller CT-/MR-scanning.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2005.

T. Følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse

Blivende neurologiske følger efter infektion i hjerne, hjerne-nerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira eller svampe. De blivende neurologiske følger skal have medført en méngrad på mindst 8 pct. efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel.

Diagnosen skal være stillet ud fra:

- Påvisning af mikrober i spinalvæsken.
- Spinalvæskeundersøgelse med påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose), herunder forhøjet antal hvide blodlegemer og protein og eventuelt suppleret med CT-/MR-scanning.

Méngraden kan tidligst vurderes 3 måneder efter foretaget spinalvæskeundersøgelse, som påviste hjerne- eller hjernehindebetændelse. Méngraden skal være vurderet og bekræftet af en neurologisk eller infektionsmedicinsk speciallæge.

Når ovenstående betingelser er opfyldt, anses diagnosen for stillet på 3 månedersdagen efter foretaget spinalvæskeundersøgelse, som påviste hjerne- eller hjernehindebetændelse. Diagnosen er dækket fra 1. januar 2005.

U. Følger efter Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE)

Længerevarende eller kronisk neuroborreliose som følge af flåtbid, der har medført blivende neurologiske følger. De blivende neurologiske følger skal have medført en méngrad på mindst 8 pct. efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel.

Diagnosen skal være stillet ud fra spinalvæskeundersøgelser med borrelia/TBE-specifikke antistoffer.

Méngraden kan tidligst vurderes 3 måneder efter foretaget spinalvæskeundersøgelse, som påviste Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE). Méngraden skal være vurderet og bekræftet af en neurologisk eller infektionsmedicinsk speciallæge.

Når ovenstående betingelser er opfyldt, anses diagnosen for stillet på 3 månedersdagen efter foretaget spinalvæskeundersøgelse, som påviste Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE).

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2005.

V. Større forbrændinger, forfrysninger eller ætsninger

Brandsår, forfrysninger eller ætsninger af 3. grad, der dækker mindst 20 pct. af forsikredes legemsoverflade.

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt, og der i journalen foreligger en vurdering og bekræftelse fra en brandsårsafdeling.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2007.

W. Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder)

Gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse (sekundær profylakse).

Derudover dækkes gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) som primær profylakse for følgende diagnoser:

- Sarkoidose med hjerteinvolvering.
- Hypertrofisk kardiomyopati
- Langt QT-syndrom.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen.

Undtaget fra dækning er indoperation af almindelig pacemaker.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 B (blodprop i hjertet) og/eller § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller § 7 D (hjerterklapkirurgi) og/eller § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 W.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2014. Diagnoserne nævnt under primær profylakse er dækket fra 1. januar 2023.

X. Kronisk hjertesvigt

Kronisk hjertesvigt med nedsat udrykningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 35 pct. eller derunder trods optimeret medicinsk behandling. Der skal være gennemført implantation af et avanceret pacemaker-system (cardioverter defibrillator (ICD-enhed) eller biventrikulær pacemaker (CRT-enhed)) eller langtidsholdbar mekanisk hjertepumpe, fx Heartmate.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen, når ovenstående betingelser er opfyldt.

Undtaget fra dækning er indoperation af almindelig pacemaker.

Derudover dækkes kronisk hjertesvigt uden indoperation af ICD/CRT-enhed for følgende diagnose:

- Amyloidose med hjerteinvolvering.

Diagnosen anses for stillet, når en kardiologisk speciallæge har stillet diagnosen Amyloidose med hjerteinvolvering.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 B (blodprop i hjertet) og/eller § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller § 7 D (hjerterklapkirurgi) og/eller § 7 W (indoperation af ICD-enhed), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 X.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2016. Indoperation af langtidsholdbar mekanisk hjertepumpe, fx Heartmate, er dækket fra 1. januar 2017. Diagnosen Amyloidose med hjerteinvolvering er dækket fra 1. januar 2023.

Y. Idiopatisk pulmonal hypertension (IPAH1)

Pulmonal arterial hypertension gruppe 1.1 i specifik medicinsk behandling rettet mod pulmonal arterial hypertension på idiopatisk baggrund (IPAH).

Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på en hjertekateterundersøgelse.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2023.



P+

Pensionskassen for Akademikere
Dirch Passers Allé 76
2000 Frederiksberg

www.pplus.dk
kontakt@pplus.dk
+45 3818 8700
CVR-nr. 19676889