



Gruppeforsikring

Dødsfaldssum
Invalidesum
Ulykkesforsikring
Visse kritiske sygdomme

Januar 2023



Indholdsfortegnelse

Forsikringsaftalerne	1
Hvem er dækket?.....	1
Ophør af dækningen.....	1
Klausuleringsperiode.....	1
Fortsættelsesforsikring.....	1
Dødsfaldssum.....	1
Hvem udbetales dødsfaldssummen til?	1
Hvem kan du begunstige?	2
Kreditorbeskyttelse	2
Beskatning ved udbetaling.....	2
Dødsfaldssummens størrelse	2
Invalidesum.....	2
Invalidesummens størrelse.....	2
Ulykkesforsikring	2
Visse kritiske sygdomme	3
Hvis der bliver brug for forsikringen	3
Dødsfald	3
Invaliditet	3
Ulykke.....	3
Visse kritiske sygdomme	3
Præmien	3
Rådighed og tvister	3
Hvis du har spørgsmål	3
Forsikringsbetingelser - ulykkesforsikring.....	3
Bilag 1 – ulykkesforsikring	5
Bilag 2 – kritisk sygdom	7

Forsikringsaftalerne

Gruffepforsikringen dækker ved død, invaliditet samt visse kritiske sygdomme.

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

Gruffepforsikringen ved død, invaliditet og visse kritiske sygdomme er ved **aftale nr. 98634** tegnet i:

Forenede Gruffeliv
Krumtappen 4, 1
2500 Valby
Telefon 39 16 78 00 fg@fg.dk
www.fg.dk

Ulykkesforsikringen er ved **police nr. 646-753-545-3** tegnet i:

Codan Forsikring A/S Skade
Ulykke Gammel Kongevej 60
1790 København V
www.codan.dk

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.

Ulykkesforsikringen udbetales ikke, hvis ulykken er forsætlig, skyldes grov uagtsomhed, beruselse, påvirkning af narkotika eller lignende.

Gruffepforsikringen 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 invalide-dækningen.

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

Ønsker du at tegne en fortsættelsesforsikring, skal du henvende dig til Forenede Gruffeliv senest to måneder efter, din gruffepforsikring i P+ er ophørt. Fortsættelsesforsikringen tegnes på individuelt grundlag. Hvis du bliver omfattet af en ny gruffepforsikring, 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 ulykkes-sum. 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 Gruffeliv. Du kan bestille en blanket til dette formål hos Forenede Gruffeliv. Blanketten *Særlig begunstigelseserklæring – dødsfaldssum* kan også downloades på www.pplus.dk under blanketter.

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

Du kan også gøre begunstigingelsen uigenkaldelig. Herefter kan begunstigingelsen kun ændres, hvis den begunstigede giver sin tilladelse eller dør, eller hvis begunstigingelsen er urimelig. Du skal derfor kun ændre en begunstigingelse 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 invalide- summen 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

Ulykkesforsikringen ophører senest ved udgangen af den måned, hvor du fylder 68 år. Se også afsnittene *Hvem er dækket?* og *Ophør af dækningen*.

Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

Tandskade opstået ved sammenbidning og tygning dækkes, såfremt skaden skyldes et påvist fremmedlegeme i munden.

Uddrag af Arbejdsskadestyrelsens méntabel af 8. november 1999:

Tab af synet på begge øjne	100 %
Tab af et øje	20 %
Totalt høretab på begge ører	75 %
Totalt høretab på et øre	10 %
Tab af et ben	65 %
Amputation i knæet eller på låret med god protesefunktion	50 %
Amputation i knæet eller på låret med dårlig protesefunktion	60 %
Tab af fod med god protesefunktion	30 %
Tab af fod med dårlig protesefunktion	35 %

Tab af alle tæer på én fod	10 %
Tab af 1. tå (storetå)	5 %
Tab af højre arm (hele armen)	70 %
Tab af venstre arm (hele armen)	65 %
Tab af højre hånd	60 %
Tab af venstre hånd	55 %
Tab af alle fingre på højre hånd	55 %
Tab af alle fingre på venstre hånd	50 %
Tab af tommelfinger	25 %

Hvis forsikrede er venstrehåndet, vurderes venstre som højre og omvendt.

Det er altid den på afgørelsestidspunktet gældende vejledende méntabel fra Arbejdsskadestyrelsen, der anvendes ved erstatningsfastsættelsen.

Udbetalingens størrelse afhænger af skadesgraden (mén-graden) og den maksimale ulykkesum, idet ulykkes- summen 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. Udbetaling 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 ulykkes- summen, 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. Præmien for 2023 udgør 2.350 kr.

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, tlf. 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 på kontakt@pplus.dk eller 3818 8700, hvis du har spørgsmål.

Forsikringsbetingelser - ulykkesforsikring

Se bilag 1.

Forsikringsbetingelser - kritiske sygdomme

Se bilag 2.

Bilag 1 – Ulykkesforsikring

Forsikringsbetingelser

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 en og samme skadebegivenhed kan maksimalt udgøre 1,5 mia. kr.

2. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker ved ulykkestilfælde, hvor méngraden overstiger 5 %.

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 årsags- sammenhæng 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, bjerg- bestigning, faldskærms udspiring og drage- flyvning 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 begyndelses-dato og ophørsdato 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:

- Udstationering 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 varigt mén og udbetaling af mén erstatning sker på grundlag af speciallæge-undersøgelse, 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 eller tandbehandling, der udføres udenfor 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 tandskader, 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 skadesanmeldelse

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

Skader kan anmeldes telefonisk til Codan på telefon 3355 3830 eller på 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 forsikrings betingelserne for de enkelte dækninger.

13. Hvem kan disponere over forsikringen?

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

14. Opsigelse af forsikringen

Forsikringen fornyes for et år ad gangen, medmindre den med en måneds varsel skriftligt opsiges af en af parterne til en præmieforfaldsdag.

15. Arbejdsskadestyrelsen

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

16. 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 (ml. kl. 10.00-13.00)
www.ankeforsikring.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 Forsikringsanke-nævnet.

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

17. 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 forsikringsdækning, betaling af en 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 Forende Nationer (FN), Den Europæiske Union (EU), Storbritannien eller USA.

Bilag 2 – Kritisk sygdom

Forsikringsbetingelser

§ 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 de forsikringsbetingelser, 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 kritisk sygdom 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"), f.eks. 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 vævs- undersøgelser (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 lymfo- cytært 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 (hjerteinfarkt)

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 hjertemuskel- væv, svarende til en LVEF på 50 % 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, eller
- 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 (hjerteinfarkt).

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

C. Bypassoperation eller ballonudvidelse ved krans- pulsåreforkalkning

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 forstillet 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 (hjerteklapkirurgi) og/eller § 7 W (indoperation af ICD- enhed) og/eller § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 C.

D. Hjerteklapkirurgi

Planlagt eller foretaget behandling af hjerteklapsygdomme med indsættelse af kunstig mekanisk eller biologisk hjerte- klapprotese samt homograft eller klapplastik (reparation af hjerteklap).

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Diagnosen anses forstillet 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 udfalds- symptomer 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 hjerne-scanning (CT/MR), f.eks. som led i udredning af anden sygdom
- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen, f.eks. 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 rygmarv
Godartede svulster opstået i hjerne, hjernestamme, rygmarv 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 % efter Arbejds-markedets Erhvervs sikrings 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 muskeltrofi (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 smitteudsættelsen, 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.

O. 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.

P. 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 øjensygdomme har vurderet og bekræftet synstabet i journalen.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2002.

Q. Døvhed

Totalt og irreversibelt høretab på begge ører, med en høre tærskel 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.

R. 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.

S. Følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse

Blivende neurologiske følger efter infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira eller svampe. De blivende neurologiske følger skal have medført en méngrad på mindst 8 % 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 måneders dagen efter foretaget spinalvæskeundersøgelse, som påviste hjerne- eller hjernehindebetændelse.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2005.

T. 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 % 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 måneders dagen efter foretaget spinalvæskeundersøgelse, som påviste Borrelia-infektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE).

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2005.

U. Større forbrændinger, forfrysninger eller ætsninger
Brandsår, forfrysninger eller ætsninger af 3. grad, der dækker mindst 20 % 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.

V. Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) Gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytme-forstyrrelse (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 (hjerteklapkirurgi) 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.

W. Kronisk hjertesvigt

Kronisk hjertesvigt med nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 35 % eller derunder trods optimeret medicinsk behandling. Der skal være gennemført implantation af et avanceret pacemakersystem (cardioverter defibrillator (ICD-enhed) eller biventrikulær pacemaker (CRT-enhed)) eller langtidsholdbar mekanisk hjertepumpe, f.eks. 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 (hjerteklapkirurgi) 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, f.eks. Heartmate, er dækket fra 1. januar 2017.

Diagnosen Amyloidose med hjerteinvolvering er dækket fra 1. januar 2023.

X. Idiopatisk pulmonal arterial 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
CVR-nr. 19676889

www.pplus.dk
kontakt@pplus.dk
+45 3818 8700