

Anmeldelse af det tekniske grundlag m.v. for livsforsikringsvirksomhed

I henhold til § 20, stk. 1, i lov om finansiel virksomhed skal det tekniske grundlag mv. for livsforsikringsvirksomhed samt ændringer heri anmeldes til Finanstilsynet senest samtidig med, at grundlaget mv. tages i anvendelse. I medfør af lovens § 20, stk. 3, skal de anmeldte forhold opfylde kravene i bekendtgørelse om anmeldelse af det tekniske grundlag m.v. for livsforsikringsvirksomhed. I denne anmeldelse forstås ved livsforsikringsselskaber: livsforsikringsaktieselskaber, tværgående pensionskasser og filialer af udenlandske selskaber, der har tilladelse til at drive livsforsikringsvirksomhed efter § 11 i lov om finansiel virksomhed.

Brevdato
9. januar 2014
Livsforsikringsselskabets navn
Lægernes Pensionskasse
Overskrift
Livsforsikringsselskabet skal angive en præcis og sigende titel på anmeldelsen.
Ændrede forsikringsbetingelser for kritisk sygdom
Resumé
Livsforsikringsselskabet skal udarbejde et resumé, der giver et fyldestgørende billede af anmeldelsen.
Anmeldelsen omfatter ændrede forsikringsbetingelser med mindre ændringer i to af sygdomsdefinitionerne. En diagnose udvides lidt, mens den anden indsnævres lidt. Forsikringssummer og præmier er uændrede.
Lovgrundlaget
Livsforsikringsselskabet skal angive, hvilket/hvilke nr. i lovens § 20, stk. 1, anmeldelsen vedrører.
Anmeldelsen vedrører § 20, stk. 1, nr. 2
Ikrafttrædelse
Livsforsikringsselskabet skal angive datoen for anmeldelsens ikrafttrædelse.
1. januar 2014
Ændrer følgende tidligere anmeldte forhold
Livsforsikringsselskabet skal angive, hvilken tidligere anmeldelse eller hvilke tidligere anmeldelser denne anmeldelse ophæver eller ændrer.
Denne anmeldelse ændrer ved anmeldelse af 30. januar 2013
Angivelse af forsikringsklasse
Livsforsikringsselskabet skal angive, hvilken forsikringsklasse det anmeldte vedrører, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 2.
Forsikringsklasse I
Anmeldelsens indhold med matematisk beskrivelse og gennemgang af de anmeldte forhold
Livsforsikringsselskabet skal angive anmeldelsens indhold med analyser, beregninger mv. på en så klar og præcis form, at de uden videre kan danne basis for en kyndig aktuars kontrolberegninger, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 3.
Det anmeldte er vedtaget på bestyrelsesmøde den 27.-28. oktober 2013.
Der er tale om mindre justeringer i diagnoserne med henblik på at følge med de forbedrede diagnosticerings- og behandlingsmuligheder, ændrede sygdomskategoriseringer og tilnærme diagnoserne

til de anbefalede formuleringer fra Videncenter for Helbred og Forsikring. Følgende diagnoser justeres:

H: Multipel sklerose: Ændret til den anbefalede formulering fra Videncenter for Helbred og Forsikring. Hvilket er en lille udvidelse.

J: Visse muskel og nervesygdomme: Overskriften er ændret fra Muskelsvind, da Myastenia Gravis ikke længere kategoriseres som muskelsvind. Endvidere er diagnosen "Inklusionslegeme myositis" fjernet. Den skønnes ikke at være relevant og har aldrig været det. Derfor medfører ændringen ingen reel ændring.

Forsikringsbetingelserne fremgår af afsnit 26 i teknisk grundlag for afdeling LP, der efter ændringerne lyder:

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

26.1.0. Forsikringsbetingelser

§ 1 Forsikringsdækning

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

§ 2 Forsikringstiden

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

- at pensionsdækningen for den pågældende måned er beregnet ud fra et pensionsbidrag, der udgør mindst det almindelige medlemsbidrag som fastsat på generalforsamlingen,
- at medlemmet ved månedens begyndelse er under 65 år,
- at medlemmet ved månedens begyndelse ikke er alderspensioneret fra Lægernes Pensionskasse,
- at medlemmet ved månedens begyndelse ikke er invalidepensioneret fra Lægernes Pensionskasse.

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

§ 3 Begrænsninger i dækning

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



tilbagefald (recidiv) i nævnte periode.

Hvis medlemmet inden forsikringstiden har fået stillet diagnosen efter § 4 B (større blodprop til hjertet), § 4 C (bypass-operation/PCI behandling) eller § 4 N (større organtransplantationer) er medlemmet ikke omfattet af hverken § 4 B, § 4 C eller § 4 N.

Er medlemmet konstateret HIV-positiv inden forsikringstiden, er medlemmet ikke dækket af § 4 K og L (HIV og AIDS).

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

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

Stk. 4. Det er en betingelse for udbetaling af forsikringssummen ved udvalgte kritiske sygdomme, at medlemmet er i live en måned efter, at diagnose er stillet.

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

§ 4. Definitioner for udvalgte kritiske sygdomme

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

A. Kræft – undtaget de mindre aggressive

En ondartet (malign) svulst (tumor er mikroskopisk karakteriseret ved ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser)). Tillige omfattes alvorlige leukæmiformer og maligne lymfomer (lymfeknudekræft), dog kun stadi-



um II-IV for så vidt angår Hodgkin's sygdom, kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) klassificeret histologisk som high risk – Binet stadie C og myelomatose.

Specielt undtaget fra dækningen er alle former for hudkræft, herunder Kaposi's sarkom, men ikke malignt melanom (modermærkekræft).

Svulster/tumorer i prostata (blærehalskirtlen) undtages, medmindre de histologisk er udviklet til mindst TNM klassificering T2N0M0 eller kan klassificeres til en værdi større end 6 på Gleason score.

Endvidere undtager dækningen alle svulster, der ved den mikroskopiske (histologiske) undersøgelse beskrives som præmaligne (forstadier til kræft), non-invasive fx celleforandring i livmoderhalsen (Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN), alle stadier), "carcinoma in situ", blærepapillomer, stadium I af Hodgkin's sygdom og kronisk lymfatisk leukæmi. Endelig undtages svulster opstået som følge af infektion med humant immundefektvirus: dvs. HIV-positivitet med eller uden AIDS i udbrud og/eller AIDS Related Complex (ARC).

Krav: Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller biopsi heraf foretaget af speciallæge i patologisk anatomi.

B. Større blodprop til hjertet (STEMI)

Akut tillukning af en kranspulsåre, der medfører:

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

Alle tre karakteristika skal være til stede.

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

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

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

En revaskulerende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:

- Gennemført PCI behandling på mindst 2 ud af hjertets 3 kranspulsårer, som ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk, eller
- Gennemført eller planlagt åben hjertekirurgisk by-pass operation (CABG) på én eller flere af hjertets kranspulsårer.

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



eller af kardiologisk speciallæge. Ved planlagt operation er det et krav, at forsikrede er accepteret på anerkendt og officiel venteliste i forsikringstiden.

D. Hjerteklapfejl - med behov for operation

En planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese. Dækningen omfatter desuden gennemført homograft eller plastik på hjerteklapperne.

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

E. Hjerneblødning/Blodprop i hjernen/Slagtilfælde/Apopleksi – med blivende følger

En akut opstået læsion af hjernen, som medfører objektive, neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, som følge af et infarkt forårsaget af emboli eller trombose, af en subaraknoidalblødning eller af et intracerebralt hæmatom opstået spontant eller som følge af en vaskulær malformation. Der skal være blivende neurologiske følger i form af taleforstyrrelser, lammelser eller intellektuel reduktion,, og der skal foreligge hjernescanning (CT/MR) med fund svarende til ovennævnte.

Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/Transitorisk iskæmisk attack (TIA), traumatisk hjerneblødning og sensoriske udfaldssymptomer alene samt tidligere hjerneinfakter påvist ved skanning er ikke omfattet af dækningen.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk eller neurokirurgisk hospitals- eller sygehusafdeling eller bekræftet af speciallæge i neuromedicin.

F. Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (intrakranielt sakkulat aneurisme)

Planlagt eller foretaget behandling/operation af sækformet udvidelse af hjernens pulsårer, der er diagnosticeret på baggrund af en røntgenundersøgelse af hjernens pulsårer. Dækningen omfatter også tilfælde, hvor behandlingen af tekniske årsager ikke kan gennemføres.

Krav: Ved planlagt operation/behandling er det en betingelse, at forsikrede er accepteret på anerkendt og officiel venteliste i forsikringstiden.

G. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv– med svære blivende følger

Godartede svulster i hjerne og rygmarv eller disse organers hinder, som ikke har kunnet fjernes helt ved operation, eller som efter operation efterlader følgetilstande i nervesystemet, der efter Lægernes Pensionskasses skøn medfører en méngrad på mindst 30 pct. på baggrund af Arbejdsskadestyrelsens mén tabel af 1. januar 2004.

Dækningen omfatter ikke:

- Cyster eller granulomer
- Hypofyseadenomer
- Acusticus neurinomer



Forsikringssummen udbetales først, når følgetilstanden kan vurderes.

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

En kronisk sygdom i centralnervesystemet, der har vist sig ved

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

Diagnosen skal være stillet af neurologisk speciallæge.

Dækningen kan også omfatte:

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

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

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

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

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

J. Visse muskel- og nervesygdomme

Progressiv muskeldystrofi af en af typerne: Facio-scapulo-humeral dystrofi, Limbgirdle muskeldystrofi, Myastenia gravis eller Arvelig motorisk sensorisk neuropati (tidligere kaldet Mb. Charot-Marie-Tooth).

Krav: Diagnosen skal være stillet på en neurologisk hospitals- eller sygehusafdeling.

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

En infektion med HIV som følge:

- En blodtransfusion eller anden lægelig behandling modtaget efter forsikringstidens begyndelse, forudsat at forsikrede er berettiget til godtgørelse fra Sundhedsstyrelsen, eller
- En arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse



af forsikredes erhverv, foregået efter forsikringstidens begyndelse. Uheldet skal være anmeldt som arbejdsskade, med negativ HIV-test udført indenfor den første uge efter smitte, efterfulgt af en positiv test indenfor de næste 12 måneder

L. AIDS

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

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

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

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

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

N. Større organtransplantation(er)

Planlagt eller foretaget organtransplantation omfattende hjerte, hjerte-lunge, lunge, lever eller bugspytkirtel hos personer med intraktabelt organsvigt, hvor forsikrede er modtager.

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

O. Primær Parkinsons sygdom (Paralysis agitans, rystelammelse) – med vedvarende symptomer

En kronisk sygdom kendetegnet ved vedvarende øget muskelstivhed (rigiditet), rysten (tremor) og nedsættelse af de spontane bevægelser (oligokinesi).

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

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

Dækningen omfatter ikke:

Atypisk Parkinson (Parkinson+)

Sekundær Parkinson

P. Praktisk blindhed – permanent og irreversibel

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



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

Q. Total døvhed – permanent og irreversibel

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

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

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

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

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

§ 5. Præmie, forsikringssum og regulering

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

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

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

Stk. 4. Forsikringsdækningen for kritisk sygdom er obligatorisk for de medlemmer af Lægernes Pensionskasse, der opfylder betingelserne i § 2.

Præmien er for det enkelte medlem aldersafhængig til og med alder 59 år og herefter ens for alder 60 år til og med 64 år. Præmien beregnes månedsvis og betales så vidt muligt ud af det enkelte medlems bonus fra pensionsordninger i afdelingen LP i Lægernes Pensionskasse.

§ 6. Forældelse

Krav ifølge denne forsikring forældes efter lovgivningens almindelige regler, herunder reglerne i forsikringsaftaleloven.



26.2.0. Principper for præmiefastsættelse

Præmien beregnes med udgangspunkt i en nettotarif stillet til rådighed af Swiss Re. Tariffen er baseret på både nationale og internationale sygdomsstatistikker for de omfattede sygdomme og er pr. 1. januar 2008 justeret ud fra det faktiske risikoforløb i Lægernes Pensionskasse i perioden 2005-2007. Den benyttede tarif fra 1. januar 2012 fremgår af nedenstående tabel over præmien pr. 150.000 kr. sum op til og med alder 59 og pr. 115.000 kr. sum fra og med alder 60 år:

Alder	Mænd	Kvinder
25	83,35	87,34
26	96,16	102,13
27	111,10	119,71
28	122,09	133,29
29	134,52	147,18
30	147,25	162,64
31	160,58	179,50
32	176,20	196,22
33	190,34	212,56
34	207,52	229,26
35	226,02	247,66
36	250,73	267,66
37	278,49	290,48
38	307,55	311,71
39	340,17	334,40
40	374,50	358,17
41	408,85	381,59
42	441,77	405,49
43	493,69	446,86
44	549,12	491,78
45	609,64	539,18
46	680,21	588,60
47	762,46	640,07
48	866,70	701,62
49	984,27	767,20
50	1111,21	836,52
51	1242,22	908,17
52	1374,33	984,20
53	1444,97	1019,57
54	1509,98	1056,28
55	1581,24	1094,97
56	1657,54	1143,92
57	1745,88	1198,78
58	1919,13	1312,68
59	2115,27	1439,08
60	1785,48	1206,22
61	1957,59	1311,60
62	2133,68	1417,32
63	2310,43	1521,18
64	2487,01	1622,22



Præmien for hver enkelt aldersgruppe op til og med 59 år og for gruppen fra 60-64 år fastsættes ud fra ovenstående tarif samt ud fra antal og køn for de omfattede medlemmer i de pågældende aldersgrupper pr. 1. november året før, hvor der regnes med en aldersforhøjelse på 8 måneder svarende til den gennemsnitlige alder medio det år, præmien skal vedrøre. Præmien forhøjes med 1/0,97 således at der anvendes 3 pct. af bruttopræmien til at dække administrationsomkostninger.

26.3.0. Postering og finansiering af præmier

Præmierne betales på månedsbasis men posteres først på reservekontoen i forbindelse med bonustildeling, se afsnit 21. Præmien betales så vidt muligt ud af bonus for det enkelte medlems pensionsdækninger i afdelingen LP. Såfremt bonus ikke er tilstrækkelig til at dække præmien, tilføres de resterende midler som lån fra egenkapitalen. Der anvendes samme regler som for negative bonuselementer, jf. afsnit 21.6.0.”

Redegørelse for de juridiske konsekvenser for forsikringstagerne

Livsforsikringsselskabet skal redegøre for de juridiske konsekvenser for den enkelte forsikringstager og andre berettigede efter forsikringsaftalerne, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 6. Er der ingen konsekvenser, skal livsforsikringsselskabet redegøre herfor.

De nye forsikringsbetingelser gælder for diagnoser, der stilles 1. januar 2014 og senere. Diagnoser, der er stillet tidligere, behandles i henhold til de forsikringsbetingelser, der var gældende på diagnose tidspunktet. De nye forsikringsbetingelser har tilbagevirkende kraft fra 1. januar 2014. Skulle der være nogen medlemmer, der siden årets begyndelse og frem til nu har ansøgt om udbetaling på baggrund af diagnoser stillet efter 1. januar 2014, vil pensionskassen benytte det regelsæt, der stiller medlemmet bedst muligt.

Redegørelse for de økonomiske konsekvenser for forsikringstagerne

Livsforsikringsselskabet skal redegøre for de økonomiske konsekvenser for de enkelte forsikringstager og andre berettigede efter forsikringsaftalerne, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 6. Er der ingen konsekvenser, skal livsforsikringsselskabet redegøre herfor.

Redegørelsen skal som minimum overholde kravene i bekendtgørelsens § 3, stk. 1, og stk. 3-5.

Diagnose H får udvidet dækningsomfanget, og diagnose J får i teorien indskrænket dækningsomfanget. Indskrænkningen vurderes dog ikke at have betydning i praksis, da den fjernede diagnose aldrig har givet anledning til udbetalinger. Samlet set er vurderingen, at ændringerne vil medføre en meget lille stigning i antal udbetalinger, hvorfor præmierne er uændrede. De nye forsikringsbetingelser har tilbagevirkende kraft fra 1. januar 2014. Skulle der være medlemmer, der siden årets begyndelse og frem til nu har ansøgt om udbetaling på baggrund af diagnoser stillet efter 1. januar 2014, vil pensionskassen benytte det regelsæt, der stiller medlemmet bedst muligt. Det anmeldte skønnes at være betryggende og rimeligt, da det kun i yderst begrænset omfang ændrer på de hidtidige regler.

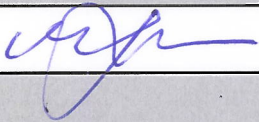

Redegørelse for de juridiske konsekvenser for livsforsikringsselskabet

Livsforsikringsselskabet skal redegøre for de juridiske konsekvenser for livsforsikringsselskabet, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 7. Er der ingen konsekvenser, skal livsforsikringsselskabet redegøre herfor. Redegørelsen kan alternativt anføres i "Redegørelse i henhold til § 6 stk. 1.", jf. bekendtgørelsens § 6, stk. 1.

De nye forsikringsbetingelser har tilbagevirkende kraft fra 1. januar 2014. Skulle der være nogen medlemmer, der siden årets begyndelse og frem til nu har ansøgt om udbetaling på baggrund af diagnoser stillet efter 1. januar 2014, vil pensionskassen benytte det regelsæt, der stiller medlemmet bedst muligt. Der skønnes ikke herudover at være juridiske konsekvenser for pensionskassen.

Redegørelse for de økonomiske og aktuariemæssige konsekvenser for livsforsikringsselskabet

Livsforsikringsselskabet skal redegøre for de økonomiske og aktuariemæssige konsekvenser for livsforsikringsselskabet, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 6. Er der ingen konsekvenser, skal livsforsikringsselskabet redegøre herfor.

<p>Redegørelsen skal som minimum overholde kravene i bekendtgørelsens § 3, stk. 2, og stk. 6-7. Redegørelsen kan alternativt anføres i "Redegørelse i henhold til § 6, stk. 1.", jf. bekendtgørelsens § 6, stk. 1.</p>
<p>Fra og med 2008, hvor tariffen blev reguleret og præmierne sat betydeligt ned, har der været god overensstemmelse mellem præmier og udbetalinger, der er dog fortsat overskud. Det er vurderingen, at de anmeldte ændringer vil medføre en meget lille stigning i antallet af udbetalinger. Endvidere vil der komme lidt øgede administrationsomkostninger til håndtering af endnu et sæt forsikringsbetingelser. Men det er vurderingen, at ordningen fortsat vil have et lille overskud. Der skønnes ikke at være aktuarmæssige konsekvenser af ændringerne.</p>
<p>Navn Angivelse af navn</p>
<p>Niels Lihn Jørgensen</p>
<p>Dato og underskrift</p>
<p>9/12014 </p>
<p>Navn Angivelse af navn</p>
<p>Gyrithe Grindsted</p>
<p>Dato og underskrift</p>
<p>9/1-2014 </p>
<p>Navn Angivelse af navn</p>
<p></p>
<p>Dato og underskrift</p>
<p></p>