



Finanstilsynet
Gl Kongevej 74 A
1850 Frederiksberg C

LÆGERNES
PENSIONSKASSE

28. december 2007

gg

DIVERSE ANMELDELSER

Hermed fremsendes anmeldelser vedrørende:

1. Ændrede forsikringsbetingelser, summer og præmier for kritisk sygdom
2. Risikoforrentning for 2008

Der vedlægges uddrag af det tekniske grundlag, hvoraf ændringerne fremgår.

Esplanaden 8 A
1263 København K

Telefon 33 12 21 41
(mandag - torsdag 10-16
fredag 10-15)
Fax 33 93 02 40

lpk@lpk.dk
www.lpk.dk

Med venlig hilsen


Niels Linn Jørgensen


Gyrithe Grindsted

Finanstilsynet
Gl. Kongevej 74 A
1850 Frederiksberg C

Anmeldelse af teknisk grundlag m.v.

I henhold til § 20, stk. 1, i lov om finansiel virksomhed skal det tekniske grundlag m.v. samt ændringer heri anmeldes til Finanstilsynet. Det skal anmeldes senest samtidig med, at grundlaget m.v. tages i anvendelse. I denne anmeldelse forstås ved forsikrings­selskaber: livsforsikringsaktieselskaber, tværgående pensionskasser og filialer af udenlandske selskaber, der har tilladelse til at drive livsforsikringsvirksomhed efter § 11 i lov om finansiel virksomhed.

Brevdato

28. december 2007

Forsikrings­selskabets navn

Lægernes Pensionskasse

Overskrift

Forsikrings­selskabet angiver en præcis og sigende titel på anmeldelsen.

Ændrede forsikringsbetingelser, summer og præmier for kritisk sygdom

Resumé

Resuméet skal give et fyldestgørende billede af anmeldelsen.

Anmeldelsen omfatter ændrede forsikringsbetingelser med ændring af visse sygdomsdefinitioner og tilføjelse af en ny diagnose. Endvidere dækkes nu gentagne kræfttilfælde og de stramme forældelsesregler ophæves. Forsikringssummen sættes op, og præmien nedsættes.

Lovgrundlaget

Det angives, hvilket/hvilke nr. i § 20, stk. 1, anmeldelsen vedrører.

Anmeldelsen vedrører § 20, stk. 1, nr. 2

Ikrafttrædelse

Dato for ikrafttrædelse angives.

1. januar 2008.

Ændrer følgende tidligere anmeldte forhold

Forsikrings­selskabet angiver, hvilken tidligere anmeldelse eller anmeldelser nuværende anmeldelse ophæver eller ændrer.

Denne anmeldelse ændrer anmeldelse af 29. december 2004.

Anmeldelsens indhold med matematisk beskrivelse og gennemgang

Anmeldelsens indhold med analyser, beregninger m.v. på en så klar og præcis form, at de uden videre kan danne basis for en kyndig aktuars kontrolberegninger. Det skal oplyses, hvilken forsikringsklasse det anmeldte vedrører.

Anmeldelsen vedrører forsikringsklasse I.

Det anmeldte er vedtaget på bestyrelsesmøde den 23. oktober 2007.

Forsikringsbetingelserne ændres på følgende områder:

1. der er nu dækning ved gentagne kræfttilfælde, når der er forløbet mindst 10 år siden sidste kræftdiagnose, og der ikke har været tilbagefald i den mellemliggende tid,

-
2. diagnose E indsnævres lidt, idet diagnoser med sensoriske udfaldssymptomer alene ikke længere er dækket,
 3. diagnose I udvides, så også motorisk neuronsygdom nu er dækket,
 4. der indføres nu dækning R ved svær sygdom i aorta,
 5. der anvendes nu de almindelige forældelsesregler

”Forsikringsbetingelserne er herefter som følger:

§ 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. Diagnoser stillet inden 1. januar 2008 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.

Såfremt medlemmet inden forsikringstiden har fået stillet diagnosen efter § 4 B (større blodprop til hjertet), § 4 C (bypass-operation/ballonudvidelse) 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-årsperiode. For øvrige diagnoser under § 4 B, § 4 C osv. kan der kun udbetales højst én gang.

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

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 stadium II-IV for så vidt angår Hodgkin's sygdom.

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), såsom 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.

Forhøjelse af specifikke hjertemarkører: CK-MB eller troponin.
Udvikling af tegn på transmural iskæmi i EKG: signifikant ST-elevation eller Q-tak eller nyudviklet grenblok.

Alle tre karakteristika skal være til stede.

Mindre blodpropper (NSTEMI) er ikke omfattet af dækningen.

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

C. Bypass-opererede tilfælde af koronarsklerose/Ballonudvidelse af kranspulsårer
Planlagt eller foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) omfattende en eller flere kranspulsårer med anlæggelse af vene og/eller arterie grafts udført hos personer med symptomer forenelige med iskæmisk hjertesygdom/myokardieiskæmi.
Ballonudvidelse sidestilles med operation, forudsat den omfatter mindst 2 ud af de 3 kranspulsårer, og i dette tilfælde skal operation være gennemført, før udbetaling kan finde sted.
Ballonudvidelse af mindst 2 af de 3 kranspulsårer skal have fundet sted i forsikringstiden.

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. Hjerteklapkirurgi/Hjerteklapplastik

Planlagt eller foretaget åben hjertekirurgisk behandling af medfødte eller erhvervede hjerteklapsygdomme med indsættelse af kunstige mekaniske eller biologiske hjerteklapprotoser samt homograft eller klapplastik.

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

En 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 objektive neurologiske udfald, og der skal foreligge hjernescanning (CT/MR) med fund svarende til ovennævnte karlidelser.

Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/Transitorisk iskæmisk attack (TIA), traumatisk hjerneblødning og sensoriske udfaldssymptomer alene 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

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 méntabel af 1. januar 2004.

Forsikringssummen udbetales først, når følgetilstanden kan vurderes.

H. Dissemineret sklerose

Der skal være fremadskridende forværringer, som må henregnes til dissemineret sklerose.

Diagnosen skal være bekræftet ved typiske forandringer ved MR-scanning af hjernen, med talrige affektioner af den hvide substans og mindst en af følgende to undersøgelser:

Forhøjet IgG indeks i hjernerygmarvsvæsken.

Forlænget latens ved VEP (ikke tilstrækkeligt, hvis der klinisk kun er affektion af nervus opticus).

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

I. Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) eller motorisk neuronsygdom – med vedvarende symptomer

En kronisk sygdom af ukendt årsag med fremadskridende nedbrydning (degeneration) af nervesystemets motoriske celler i rygmarv, hjernestamme og hjerne, der medfører lammelser, muskelsvind og spasticitet.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling med symptomer fra to til tre motoriske regioner eller være bekræftet ved elektromyografi (EMG), der viser akut denervation fra to eller flere ekstremiteter.

J. Muskelsvind

Progressiv muskeldystrofi af en af typerne: Facio-scapulo-humeral dystrofi, Limb-girdle muskeldystrofi, Myastenia gravis, Hereditær motorisk sensorisk neuropati (tidligere kaldet Mb. Charot-Marie-Tooth) eller Inklusionslegeme myositis.

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

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

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

Krav: 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.

Krav: Til dokumentation af smitteoverførelsen kræves, at uheldet er anmeldt som arbejdsskade af Arbejdsskadestyrelsen 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.

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

Nyresvigt i sidste fase, der viser sig på den måde, at begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt holder op med at fungere, hvilket resulterer i, at enten peritoneal-/hæmodialyse eller nyretransplantation iværksættes.

N. Større organtransplantation(er)

Planlagt eller foretaget organtransplantation omfattende hjerte, hjerte-lunge, lunge eller lever 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. Parkinsons sygdom (Paralysis agitans)

Diagnosen idiopatisk Parkinsons sygdom på grund af mangel på signalstoffet dopamin skal være stillet på grundlag af muskelrigiditet, tremor og hypo-/oligokinesier.

Undtaget fra dækning er alle typer parkinsonisme af andre årsager, herunder tilfælde fremkaldt af medicin eller forgiftning.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en neurologisk hospitals- eller sygehusafdeling eller af en speciallæge i neurologi

P. Blindhed

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

Krav: Diagnosen skal være stillet af en speciallæge i øjensygdomme

Q. Døvhed

Totalt og irreversibelt høretab på begge ører.

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

R. Svær sygdom i aorta (hovedpulsåren)

En bristning (ruptur) eller lokal udvidelse af aorta (aortaaneurisme) til over 5 cm i diameter eller en aortadissektion med ruptur i aortas indre lag og blødning ind i aorta-væggen.

Benævnelsen aorta inkluderer både den thorakale og abdominale aorta, men ikke deres grene.

Krav: Diagnosen aortaaneurisme eller aortadissektion skal være stillet ved ultralyd af abdomen, ekkokardiografi, CT-scanning, MR-scanning eller evt. aortografi

§ 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. Den aktuelle forsikringssum fremgår af den årlige pensionsmeddelelse.

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.”

I forbindelse med ændring af forsikringsbetingelserne er præmier og forsikringssum justeret; men beregnes stadig efter uændrede principper i øvrigt.

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 2008 fremgår af nedenstående tabel over præmien pr. 130.000 kr. sum op til og med alder 59 og pr. 100.000 kr. sum fra og med alder 60 år:

Alder	Mænd	Kvinder
25	72,23	75,69
26	83,34	88,51
27	96,29	103,75
28	105,81	115,52
29	116,58	127,56
30	127,62	140,95
31	139,17	155,57

32	152,71	170,06
33	164,96	184,22
34	179,85	198,70
35	195,88	214,63
36	217,30	231,98
37	241,36	251,75
38	266,54	270,15
39	294,82	289,81
40	324,57	310,42
41	354,34	330,71
42	382,87	351,43
43	427,87	387,28
44	475,90	426,21
45	528,36	467,29
46	589,51	510,12
47	660,80	554,73
48	751,14	608,07
49	853,03	664,91
50	963,05	724,99
51	1076,59	787,08
52	1191,09	852,97
53	1252,30	883,63
54	1308,65	915,44
55	1370,41	948,98
56	1436,53	991,40
57	1513,10	1038,94
58	1663,25	1137,66
59	1833,24	1247,20
60	1552,60	1048,89
61	1702,25	1140,53
62	1855,38	1232,46
63	2009,07	1322,76
64	2162,62	1410,63

Redegørelse for de juridiske konsekvenser for forsikringstagerne

Forsikringsselskabet angiver de juridiske konsekvenser for forsikringstagerne. Er der ingen konsekvenser, anføres dette.

De nye forsikringsbetingelser gælder for diagnoser, der stilles 1. januar 2008 og senere.

Diagnoser, der er stillet tidligere, behandles i henhold til de forsikringsbetingelser, der var

gældende på diagnosetidspunktet.

Redegørelse for de økonomiske konsekvenser for forsikringstagerne

Forsikringsselskabet angiver de økonomiske konsekvenser for forsikringstagerne. Er der ingen konsekvenser, anføres dette. Hvis anmeldelsen vedrører § 20, stk. 1, nr. 1 - 5, i lov om finansiel virksomhed skal der endvidere redegøres for at de anmeldte forhold er betryggende og rimelige. Redegørelsen skal endvidere overholde kravene i § 3.

Præmier og summer er fastsat ud fra det forventede risikoforløb baseret på de faktiske erfaringer i 2005-2007. Forsikringssummen er sat betydeligt op, og præmien er sat ned. Det anmeldte skønnes at være betryggende og rimeligt.

Redegørelse for de juridiske konsekvenser for forsikringsselskabet

Forsikringsselskabet angiver de juridiske konsekvenser for forsikringsselskabet. Er der ingen konsekvenser, anføres dette. Kan alternativt anføres i "Redegørelse i henhold til § 4 stk. 4."

Der skønnes ikke at være juridiske konsekvenser for pensionskassen.

Redegørelse for de økonomiske og aktuariemæssige konsekvenser for forsikringsselskabet

Forsikringsselskabet angiver de økonomiske og aktuariemæssige konsekvenser for forsikringsselskabet. Er der ingen konsekvenser, anføres dette. Kan alternativt anføres i "Redegørelse i henhold til § 4 stk. 4."

Der har hidtil været et betydeligt færre antal skader end forventet. Med justeringen af summer og præmier forventes det fremover, at præmierne kan dække udgifter til skader, administration og erstatningshensættelser.

Navn

Angivelse af navn

Niels Lihn Jørgensen

Dato og underskrift

28/12 07



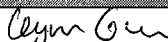
Navn

Angivelse af navn

Gyrithe Grindsted

Dato og underskrift

28/12-2007



Navn

Angivelse af navn

Dato og underskrift