

Finanstilsynet
Århusgade 100
2100 København Ø

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

22. november 2010

Forsikringsselskabets navn

SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S

Overskrift

Forsikringsselskabet angiver en præcis og sigende titel på anmeldelsen:

Anmeldelse af forhøjede rammer for dødsfaldssummer samt nye helbredsskemaer for den del af bestanden, som er omfattet af samarbejdet Forenede Gruppeliv.

Resumé

Resumét skal give et fyldende billede af anmeldelsen.

Der anmeldes for gruppeforsikringerne udvidelse af rammerne for maksimal dødsfaldssum for at imødekomme kundeønsker (teknisk grundlag afsnit 2.2) samt nye helbredsskemaer (teknisk grundlag bilag 3.1 og 3.3)

Lovgrundlaget

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

FIL §20, stk.1 nr. 1 og nr. 2

Ikræfttrædelse

Dato for ikræfttrædelse angives:

22. november 2010

Ændrer følgende tidligere anmeldte forhold

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

Anmeldelsen ændrer *Anmeldelse af teknisk grundlag mv. for gruppelivsforsikring af 6. marts 2000*

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 omfatter alene forsikringsklasse I (alm. livsforsikring)

Afsnit 2.2 næstsidsste afsnit ændres fra:

"I særlige tilfælde kan der aftales en højere hovedforsikringssum. Højeste hovedforsikringssum kan forøges med 10 % i grupper med 2000 eller flere personer. Højeste hovedforsikringssum kan udgøre 5/3 af 1.120.000 kr., såfremt der er tale om en pensionsordning med en obligatorisk gruppelivsdækning."

til

"For grupper med mindst 2000 forsikrede kan hovedforsikringssummen forhøjes til 6/3 af 1.120.000 kr. For disse grupper kan hovedforsikringssummen forhøjes yderligere til 10/3 af 1.120.000 kr., hvis en af følgende betingelser er opfyldt:

- Gruppen har et kendt, stabilt og acceptabelt risikoforløb, eller
- andre forhold vurderes at give tilsvarende sandsynlighed for, at gruppen kan afholde egne erstatninger."

Bilag 3.1 erstattes med:

Gruppelivsftale nr.

NY HELBREDSERKLÆRING

Jeg ønsker herved optagelse i gruppelivsftalen på de betingelser, der er aftalt mellem

Fornavn og efternavn		
Stilling		Cpr.nr.
Adresse	Postnr.	By
Har du inden for de sidste 3 år konsulteret, været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut, psykolog/ psykiater, fået foretaget laboratorieundersøgelse, fået udskrevet receptpligtig medicin eller været indlagt på sygehus, ambulatorium e.l.? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvor? For hvad? Hvornår? Hvor længe? Evt. følger?	
Er du under revalidering eller indstillet til/ ansat i flexjob? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvad er årsagen? Hvornår?	
Er du indstillet til eller får du pension, eller invaliditetsydelse fra det offentlige på grund af dit helbred? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Har du nogensinde været syg eller sygmeldt i mere end 1 måned? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvilken lidelse? Hvornår? Hvor længe? Evt. følger?	

	Ja	Nej	Hvis nej: Hvorfor ikke?
Er du fuldstændig rask ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Er du fuldt arbejdsdygtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvem er din læge? (anfør navn og adresse)			

Jeg erklærer, at alle spørgsmål er besvaret efter bedste overbevisning, og at jeg ikke har fortiet noget. Jeg er klar over, at urigtige eller manglende oplysninger, som kan være af betydning for Forenede Gruppelivs vurdering af den forsikringsmæssige risiko, kan medføre at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra selskabet.

Jeg er indforstået med at andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.

Jeg er bekendt med, at Forenede Gruppeliv forbeholder sig ret til at opbevare de anførte oplysninger også i tilfælde af afslag på ansøgning om forsikring

_____ den / _____ Underskrift

Bilag 3.3 ændres til:

NY Gruppeliv og kritisk sygdom forsikring

HELBREDSERKLÆRING Gruppelivsaftale nr.

Navn		
Stilling	Cpr.nr.	
Adresse	Postnr.	By

Du skal **selv** udfylde erklæringen og besvare **alle** spørgsmål omhyggeligt. Du må ikke fortie noget - heller ikke selv om du tror, det er uden betydning for FG. Hvis dine svar ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge Lov om forsikringsaftaler ophæves med det resultat, at du ikke får udbetalt forsikringssummen.

Er du i tvivl om besvarelsen af spørgsmålene, fx med hensyn til diagnoser og datoer, kan du kontakte din læge, inden du udfylder erklæringen. Lægen har ofte oplysningerne i journalen. Du er dog **selv** ansvarlig for oplysningerne. Lægens evt. honorar betales **ikke** af FG.

Hvis der ikke er plads nok i de enkelte rubrikker, kan du vedlægge supplerende oplysninger, som også skal underskrives og påføres dit cpr.nr.

1	Har du nogensinde lidt af:	Nej	Ja	Hvis ja: Hvilke(n) sygdomme, hvor/hvem har behandlet dig samt hvilken behandling? _____ _____ _____
	Sygdom i hjertet eller blodårerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	For højt blodtryk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Slagtilfælde (apopleksi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nervesygdomme, herunder epilepsi, hukommelsesbesvær, lammelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Kræft, svulster eller andre ondartede sygdomme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Sukkersyge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Nyre- eller urinvejslidelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Lever sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Astma / bronchitis eller andre sygdomme i åndedrætsorganer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2	Har du indenfor de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut, psykolog eller psykiater fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt på sygehus, ambulatorium e.l.?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: For hvad _____ Hvor? _____ Hvornår? _____ Eventuelle følger? _____
3	Har du nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: For hvad? _____ Hvornår? _____ Hvor længe? _____ Eventuelle følger? _____
4	a. Drikker du øl, vin eller spiritus?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Gennemsnitlig _____ genstande dagligt
	b. Har du tidligere haft et større forbrug af øl, vin eller spiritus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gennemsnitlig _____ genstande dagligt I hvilke perioder? _____
	c. Modtager du, eller har du tidligere modtaget behandling herfor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken behandling? _____ I hvilke perioder? _____
5	a. Ryger du?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvor ofte/hvor meget ryger du? _____ _____
	b. Har du tidligere røget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja: I hvilke perioder? _____
6	Modtager du behandling eller bruger du for tiden nogen	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvilken?

	form for medicin?			For hvad? _____
7	Er du under revalidering eller indstillet til/ ansat i flexjob?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvad er årsagen? Hvornår? (dato) _____
	Er du indstillet til eller får du pension eller invaliditetsydelse fra det offentlige på grund af dit helbred?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvad er årsagen? Hvornår? (dato) _____
8	a. Hvor høj er du?			a. _____ cm
	b. Hvor meget vejer du?			b. _____ kg
9	a. Er du fuldstændig rask?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Hvis nej: Hvorfor ikke? a. _____
	b. Er du fuldt arbejdsdygtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. _____
10	Hvem er din læge? (anfør lægens navn og adresse)			

Jeg erklærer, at alle spørgsmål er besvaret efter bedste overbevisning, og at jeg ikke har fortiet noget. Jeg er klar over, at urigtige eller manglende oplysninger, som kan være af betydning for Forenede Gruppelivs vurdering af den forsikringsmæssige risiko, kan medføre at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra selskabet. Jeg er indforstået med at andre forsikringselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger. Jeg er bekendt med, at Forenede Gruppeliv forbeholder sig ret til at opbevare de anførte oplysninger også i tilfælde af afslag på ansøgning om forsikring

_____ den / _____
Underskrift

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

Ændringerne har ingen juridiske konsekvenser for forsikringstagerne.

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

Udvidelsen af dækningsmulighederne for dødsfaldssummer forventes alene at øge volumenet i de berørte grupper, men hverken skadesgraden eller bonusandelene. De enkelte forsikringstager forventes derfor ikke berørt økonomisk af ændringerne. De nye helbredsskemaer har ingen økonomiske betydning for forsikringstagerne.

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

Ændringerne har ingen juridiske konsekvenser for selskabet.

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

Udvidelsen af dækningsmulighederne for dødsfaldssummer forventes ikke at øge risikoen i væsentlig grad. Der vil kun ske en udvidelse i grupper, hvor det konkret vurderes, at erstatningerne kan rummes inden for gruppens bruttopræmie. Det anmeldte har ingen aktuariemæssige konsekvenser.

Ændringen af helbredsskemaerne forventes alene at have en betydning for mere præcis fastsættelse af den forsikringsgøgendes helbred.

Navn
Angivelse af navn

Flemming Windfeld, ansvarshavende aktuar

Dato og underskrift

22/11-2010 

Navn
Angivelse af navn

Martin Teilmann Melchior, afdelingschef

Dato og underskrift

22/11-2010 