

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 livsforsikringssselskaber: livsforsikringsaktieselskaber, tværgående pensionskasser og filialer af udenlandske selskaber, der har tilladelse til at drive livsforsikringsvirksomhed efter § 11 i lov om finansiel virksomhed.

Brevdato
20. juni 2022
Livsforsikringsselskabets navn
Forsikrings-Aktieselskabet Alka Liv II
Overskrift
Livsforsikringsselskabet skal angive en præcis og sigende titel på anmeldelsen.
Forenklet teknisk grundlag
Resumé
Livsforsikringsselskabet skal udarbejde et resumé, der giver et fyldestgørende billede af anmeldelsen.
Teknisk grundlag er blevet saneret og forenklet: Produkter, der ikke tegnes, er fjernet, bonusgrupperne er samlet til en, omkostningsfordelingen er forenklet og beregningen af præmie- og erstatningshensættelser er ændret til samme principper, som anvendes i de øvrige selskaber i koncernen. Endeligt er grundlaget sprogligt ensrettet
Lovgrundlaget
Livsforsikringsselskabet skal angive, hvilket/hvilke nr. i lovens § 20, stk. 1, anmeldelsen vedrører.
Anmeldelsen vedrører Fil §20 stk 1, nr. 1, 3 og 6.
Ikrafttrædelse
Livsforsikringsselskabet skal angive datoen for anmeldelsens ikrafttrædelse.
1. juli 2022.
Ændrer følgende tidligere anmeldte forhold
Livsforsikringsselskabet skal angive, hvilken tidligere anmeldelse eller hvilke tidligere anmeldelser denne anmeldelse ophæver eller ændrer.
Anmeldelsen ændrer anmeldelse af sammenskrevet teknisk grundlag af 17. juni 2022.
Angivelse af forsikringsklasse
Livsforsikringsselskabet skal angive, hvilken forsikringsklasse det anmeldte vedrører, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 2.
Anmeldelsen vedrører Livsforsikringsklasse 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.
Der vedlægges det anmeldte tekniske grundlag. Grundlaget indeholder fortsat de samme elementer som det nugældende, der ikke er offentligt tilgængelige, hvorfor der vedlægges to versioner, hvoraf den ene er markeret som ikke-offentligt tilgængelig.

Produkter, der ikke tegnes: invaliderenter og øvrige løbende forsikringer er fjernet fra teknisk grundlag, idet de aldrig har været brugt i selskabet og ej heller vil blive tegnet fremover.

Bonusgrupperne er samlet fra 4 til 1, der omfatter alle forsikringer jævnfør afsnit 4.1

Præmie- og erstatningshensættelser er ændret fra skematiske faktorer til almindelige pro rata hensættelser for præmien og en chain-ladder-baseret hensættelse for rapporterede ikke-færdig-behandlede skader samt estimat for ikke-rapporterede sager jævnfør afsnit 4.2.

Endeligt er de forhold, som i det hidtidige grundlag blot var udtryk for udmøntningen af de anmeldte principper (navnlig de specifikke tariffer i det hidtidige grundlags afsnit 4 og helbredsskemaerne i bilag 1-4) samt forhold, der retteligt hører hjemme i anmeldelsen af det tekniske grundlag og ikke i selve grundlaget (navnlig begrundelsen for metodevalg og data m.m. i det hidtidige grundlags afsnit 7 og 8 med tilhørende bilag), udeladt.

For at tydeliggøre de dele, som ikke er offentligt tilgængelige, er de nu samlet i bilag A og markeret med blå skrift.

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.

Anmeldelsen har ingen juridiske konsekvenser for forsikringstagerne.

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.

Samlingen af bonusgrupperne vil kun få den betydning, at de små forsikringer, der ligger i bonusgrupper med få forsikringer og som har overskud, ikke længere risikerer at miste hele dette overskud for at dække underskud fra en anden forsikring i samme bonusgruppe. Fremover vil de kun bære en tabsdel svarende til gruppens overskud i forhold til alle forsikrings overskud. De store forsikringer og de store bonusgrupper vil ikke kunne mærke noget, idet de små bonusgruppers evne til at dække egne tab er stærkt begrænset og de store grupper/forsikringer derfor i forvejen skal dække tabene fra de andre bonusgrupper forholdsmæssigt. Dertil kommer, at pga. den treårige bonusperiode er tabsgivne forsikringer sjældne og som udgangspunkt kun med ubetydelige beløb.

Den ændrede omkostningsfordeling vil kun ændre de fordelte omkostninger pr. forsikring med ubetydelige beløb. Tilsvarende vil de ændrede hensættelsesprincipper kun betyde ubetydelige ændringer i niveauerne og i det omfang estimaterne realiseres alene blive til periodeforskydning af skadesudgifterne.

Selskabet finder de anmeldte forhold betryggende og rimelige.

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.

Anmeldelsen har ingen juridiske konsekvenser for selskabet.

Redegørelse for de økonomiske og aktuarmæssige konsekvenser for livsforsikringsselskabet

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

<p>selskabet redegøre herfor. 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>Anmeldelsen har begrænset konsekvens for selskabet, idet bonusgruppernes regnskab omfatter omkostningsfordeling og ændring i tekniske hensættelser. Derfor vedrører disse ændringer primært de forsikrede og er beskrevet i afsnittet ovenfor.</p> <p>Selskabet har i de senere år haft et svingende omkostningsresultat, hvor hensigten har været en dækning af de faktiske omkostninger incl. en fair betaling for den operationelle risiko. Den komplekse struktur i de hidtidige omkostningsnøgler har dog ikke muliggjort en opfyldelse af dette princip hvert år. Med den nye fordeling forventes der hvert år et beskedent overskud svarende til omkostningsmargenen på de 0,2 % (pt. ca. 670 tkr.).</p>
<p>Navn Angivelse af navn</p>
<p>Lars Jørgen Christensen</p>
<p>Dato og underskrift</p>
<p>Navn Angivelse af navn</p>
<p>Steen Ragn</p>
<p>Dato og underskrift</p>
<p>Navn Angivelse af navn</p>
<p>Dato og underskrift</p>

Alka Liv II

TEKNISK GRUNDLAG M.V.

(ikke-offentlige dele udeladt)

Pr. 30. juni 2022

Indholdsfortegnelse

1. GENERELLE BESTEMMELSER	3
1.1 Dispensation fra §55, stk. 1 i Lov om finansiel virksomhed.....	3
1.2 Maksimumdækning pr. 1. januar 2006	3
1.3 Obligatoriske ordninger.....	3
1.4 Frivillige ordninger	3
1.5 Frivillig ordning med formodet samtykke	4
1.6 Dækning efter det 70. år	4
1.7 Medforsikrede ægtefæller.....	4
1.8 Børnesummer	4
1.9 Invalidesum.....	4
1.10 Udløbssum	5
1.11 Visse kritiske sygdomme.....	5
1.12 Børnedækning/visse kritiske sygdomme	5
1.13 Kundegruppeliv	5
2. HELBREDSOPLYSNINGER	5
2.1 Helbredsoplysninger	5
2.2 Grænser for afgivelse af helbredsoplysninger.....	5
2.3 Lempelser i kravet til helbredsoplysninger	6
3. PRÆMIEGRUNDLAG	6
3.1 Generelle bestemmelser for præmieberegning	6
3.2 Beregning af præmie for de enkelte ydelser.....	6
4. BONUSBESTEMMELSER	8
4.1 Bonusregulativ for gruppelivsforsikring gældende fra 1. januar 2022	8
4.2 Præmie- og erstatningshensættelser	8
4.3 Omkostninger	9
5. PRINCIPPER FOR GENFORSIKRING	9
Bilag A IKKE OFFENTLIG	10

1. GENERELLE BESTEMMELSER

1.1 Dispensation fra §55, stk. 1 i Lov om finansiel virksomhed

Gruppelivsforsikring kan tegnes uden samtykke fra de enkelte forsikrede.

Ægtefæller incl. registrerede partnere kan medforsikres uden samtykke fra disse. Det samme gælder samlevere i papirløse samlivsforhold.

1.2 Maksimumdækning pr. 1. januar 2006

Hovedforsikringssum	1.200.000 kr. + børnesum.
Ægtefællesum	600.000 kr. + børnesum (dog ikke højere end hovedforsikringssummen)
Børnesum	120.000 kr.
Invalidesum	600.000 kr. (dog ikke højere end hovedforsikringssummen)
Udløbssum	200.000 kr.
Kritisk sygdom	600.000 kr.
Børnedækning	100.000 kr.

Maksimumbeløb angivet i dette koncessionsgrundlag er inklusive bonusanvendelse og reguleres årligt med ændringen i timefortjenesten for virksomheder og organisationer pr. Q1. Pr. 1. januar 2022 udgør reguleringen 27,01 %. Dersom reguleringen er negativ, foretages dog ingen reduktion.

Hvis ikke der er anden dødsfaldsdækning på ordningen, udgør dødsfaldsdækningen 5 kr.

1.3 Obligatoriske ordninger

Mindste antal gruppemedlemmer er 25. For ægtefælledækning, invalidesum, udløbssum, livsvarig dækning og kundegruppeliv gælder særlige regler.

Er antallet af gruppemedlemmer under 25 ved et forsikringsårs begyndelse, skal ordningen opsiges til udløbet af forsikringsåret. Opsigelsen bortfalder, hvis antal gruppemedlemmer på ny er 25 eller derover.

1.4 Frivillige ordninger

Mindste antal gruppemedlemmer er 25. For invalidesum, udløbssum, livsvarig dækning, visse kritiske sygdomme, børnedækning/visse kritiske sygdomme og kundegruppeliv gælder særlige regler. Ægtefælledækning kan ikke etableres i frivillige ordninger.

Tilslutningen til en ny frivillig gruppelivsftale skal mindst udgøre tilslutningsprocenten og mindste antal deltagere efter følgende skala:

Tilslutningskrav:

Berettiget til at indtræde i gruppen	Tilslutningsprocent	Mindste antal deltagere
25 – 49	100%	25
50 – 99	90%	50
100 – 199	75%	90
200 – 499	60%	150
500 – 999	50%	300
1.000 – 1.999	35%	500
2.000 – 4.999	20%	700
5.000 –	10%	1.000

Ved gruppelivsforsikring for grupper, hvor mindst 1.000 personer er berettiget til at indtræde, behøver tilslutningskravet efter skalaen ovenfor først at være opfyldt 12 måneder efter aftalens ikrafttrædelse.

Ved gruppelivsforsikring for grupper, hvor mindst 10.000 personer er berettiget til at indtræde, behøver tilslutningskravet først at være opfyldt 24 måneder efter aftalens ikrafttrædelse.

Falder tilslutningsprocenten på en bestående ordning til mindre end angivet i nedenstående skala, skal ordningen opsiges af forsikringsselskabet. Opsigelsen sker til udgangen af det forsikringsår, der følger efter det år, hvori den manglende tilslutning konstateres.

Berettiget til at indtræde i gruppen	Mindste tilslutningskrav
25 – 49	90%
50 – 99	81%
100 – 199	68%
200 – 499	54%
500 – 999	45%
1.000 – 1.999	32%
2.000 – 4.999	18%
5.000 –	9%

1.5 Frivillig ordning med formodet samtykke

Til gruppelivsforsikring tegnet som frivillig ordning med formodet samtykke kan knyttes følgende dækninger: ægtefællesum, børnesum, invalidesum, udløbssum, visse kritiske sygdomme og børnedækning/visse kritiske sygdomme.

Nytegning

For grupper med mindst 500 medlemmer kan der etableres en gruppelivsforsikring med formodet samtykke, såfremt tilslutningskravene jf. bilag A er opfyldt.

Ændring af eksisterende ordning

En i kraftværende obligatorisk gruppelivsforsikring med mindst 500 medlemmer kan ændres til en frivillig ordning med formodet samtykke, såfremt tilslutningskravene jf. bilag A er opfyldt. Eksisterende gruppemedlemmer kan fravælge gruppelivsforsikringen med 1 måneds varsel.

1.6 Dækning efter det 70. år

Gruppelivsforsikring kan fortsætte efter det 70. år, når fortsættelsen er obligatorisk for alle medlemmer i gruppen, og gruppen ved etableringen omfatter i alt mindst 200 personer.

Gruppemedlemmer der er fyldt 70 år tæller med i antallet, der bestemmer det særlige tillæg for grupper under 1.000 personer. Børnesummer og ægtefælledækning ophører senest ved medlemmets 70. år.

1.7 Medforsikrede ægtefæller

Ægtefæller kan medforsikres på obligatoriske ordninger, når antallet af gruppemedlemmer er mindst 100. Ægtefælledækningen er obligatorisk for alle gruppemedlemmer, og præmien beregnes kollektivt for både gifte og ugifte som 65% af præmien for den tilsvarende sum for gruppemedlemmet for så vidt angår medforsikrede hustruer, og 130% for så vidt angår medforsikrede ægtemænd. Medforsikrede ægtefæller anses ikke for at være gruppemedlemmer og tæller ikke med i bestemmelsen af gruppens totale antal. De anførte regler omfatter også papirløse samleverer samt registrerede partnere.

1.8 Børnesummer

Når forsikringssummen ved gruppemedlemmets eller den medforsikrede ægtefælles død afhænger af antallet af børn ved dødsfaldet, beregnes præmien for tillægssummen ud fra børnetallet $b(x, z)$, der er det gennemsnitlige antal børn under z år for en forsikret, der er fyldt x år:

$$b(x, z) = 0,75 * 1_{x \leq 30} + [0,75 + 0,15(x-30)] * 1_{31 \leq x \leq 35} + [0,03(z + 37)] * 1_{36 \leq x \leq 44} + [0,05(z+11) + 0,01(z-29)(x-45) + 0,00007(z-23)^2(x-45)^2] * 1_{45 \leq x \leq 62} + [0,01(z-16)(67-x)] * 1_{63 \leq x \leq 66}$$

1.9 Invalidesum

Til gruppelivsforsikring, der omfatter mindst 100 personer, kan knyttes en invalidesum, der udbetales når erhvervsevnen før det 60. år er nedsat til 1/3 og efter det 60. år til halvdelen eller derunder. Invalidedækningen ophører senest ved det fyldte 67. år. Der kan kun udbetales én invalidesum pr. gruppemedlem under den enkelte aftale.

1.10 Udløbssum

Udløbssum kan knyttes til en gruppelivsforsikring, der omfatter mindst 100 personer. Udløbssum kan udbetales tidligst ved det 18. år og skal udbetales senest ved det 70. år. Der kan etableres en gruppelivsforsikring som en enkeltstående udløbssum, såfremt følgende betingelser er opfyldt:

1. Ordningen omfatter mindst 100 personer.
2. Udløbssum kan udbetales tidligst ved det 18. år og skal udbetales senest ved det 70. år.
3. Ordningen er obligatorisk.
4. Der er minimum 1 års anciennitet ved modtagelse af udløbssummen.
5. Der beregnes ikke reguleringspræmie.

1.11 Visse kritiske sygdomme

Til obligatoriske og frivillige gruppelivsordninger der omfatter mindst 25 personer, og til frivillige gruppelivsordninger med formodet samtykke der omfatter mindst 500 personer, kan knyttes visse kritiske sygdomme. Visse kritiske sygdomme ophører seneste ved det fyldte 70. år.

1.12 Børnedækning/visse kritiske sygdomme

Til obligatoriske gruppelivsordninger der omfatter mindst 25 personer og til frivillige gruppelivsordninger med formodet samtykke der omfatter mindst 500 personer, og som indeholder dækning ved visse kritiske sygdomme, kan knyttes børnedækning/visse kritiske sygdomme. Børnedækningen ophører seneste samtidig med dækningen ved visse kritiske sygdomme.

1.13 Kundegruppeliv

Kundegruppelivsforsikring kan etableres for en virksomheds kunder forudsat, at gruppen ikke er dannet med opnåelse af gruppelivsdækning som formål eller væsentligt formål. Dækningen skal stå i et rimeligt forhold til kundens engagement med den pågældende virksomhed og fastsættes efter objektive kriterier.

Forsikringen kan ikke udvides med ægtefælledækning, børnedækning og udløbssum og skal ophøre senest ved det 70. år. Eventuel bonus skal anvendes til fordel for de forsikrede. I øvrigt gælder de almindelige forsikringsbetingelser for gruppelivsforsikring. Berettiget til at indtræde er også ægtefæller eller samlever, såfremt de er defineret som gruppemedlemmer.

Inden 6 måneder efter dækningens etablering skal gruppen omfatte mindst 1.000 gruppemedlemmer. Senest 24 måneder efter dækningens etablering skal gruppen omfatte mindst 10% af de berettigede, dog mindst 1.000 gruppemedlemmer.

2. HELBREDSOPLYSNINGER

2.1 Helbredsoplysninger

Ved afgivelse af individuelle helbredsoplysninger anvendes blanketter, som forsikrings søgende skal udfylde.

Ved udvidelse af gruppelivsforsikringen med ægtefælledækning kræves ingen helbredsoplysninger for de medforsikrede personer.

Ved udvidelse af gruppelivsforsikringen med børnesum, invalidesum, visse kritiske sygdomme, børnedækning/visse kritiske sygdomme og / eller udløbssum kræves kun helbredsoplysninger såfremt, hovedforsikringssummen kræver dette.

2.2 Grænser for afgivelse af helbredsoplysninger.

Der skal afgives individuelle helbredsoplysninger i frivillige ordninger samt i obligatoriske ordninger, hvor

- Hovedforsikringssummen er over 600.000 kr. og gruppen er under 1.000 personer
- Hovedforsikringssummen er over 900.000 kr. og gruppen er 1.000 - 1.999 personer

Der skal afgives fælles arbejdsdygtighedsforsikring i frivillige ordninger med formodet samtykke (50 % af summen for obligatorisk ordning)¹⁾ samt obligatoriske ordninger, hvor

- Hovedforsikringssummen er op til 600.000 kr. og gruppen er under 1.000 personer
- Kritisk sygdom til 400.000 kr. + børnedækning og gruppen er under 1.000 personer
- Hovedforsikringssummen er op til 900.000 kr. og gruppen er 1.000 - 1.999 personer

- Kritisk sygdom til 400.000 kr. + børnedækning og gruppen er 1.000 - 1.999 personer¹⁾

1) Frivillig ordning med formodet samtykke

Medlemmer optages i ordningen uden afgivelse af helbredsoplysninger. Medlemmer, som fravælger dækningen og på et senere tidspunkt ønsker optagelse, skal afgive helbredsoplysninger.

2.3 Lempelser i kravet til helbredsoplysninger

For obligatoriske ordninger, der omfatter flere end 200 personer, og hvor det enkelte gruppemedlem ikke afgiver tilfredsstillende individuelle helbredsoplysninger, kan der gives dækning op til maksimum uden individuelle helbredsoplysninger, forudsat pågældende er arbejdsdygtig.

For obligatoriske ordninger omfattende mindst 1.000 personer kan kravet om fælles arbejdsdygtighedserklæring frafaldes.

3. PRÆMIEGRUNDLAG

3.1 Generelle bestemmelser for præmieberegning

Præmien for gruppemedlemmer med aldre under 31 år bestemmes som for gruppemedlemmer i alder 30 år.

For en gruppelivsforsikring, der omfatter færre end 1.000 gruppemedlemmer, beregnes et tillæg til præmien for de enkelte ydelser på $(12,5 - 0,0125n) \%$, hvor n er antal forsikrede ved ordningens oprettelse respektive på senere årssage.

Præmiens størrelse ved terminsvis betaling omregnes ved en annuitet, der er beregnet med en rentefod på 2,5095 % p.a.

3.2 Beregning af præmie for de enkelte ydelser.

Dødsfald

Præmien for dødsfaldsdækningen for medlemmer under 70 år regnes som en etårig ophørende livsforsikring med naturlig præmie. Dødelighedstavlen er HS-tavlen 3,75% helårlig. Tillæggene andrager 1,05 o/oo af forsikringssummen og 7% af bruttopræmien. Herefter beregnes den helårlige bruttopræmie ved at multiplicere den kontinuerte bruttopræmie med 0,97. Minimum for helårspræmien er 4,5 o/oo.

Den helårlige præmie fra det 70. år er lig med bruttoindskud for en etårig ophørende livsforsikring, beregnet på F 66 M 41/2% med et års aldersformindskelse (både for mænd og kvinder). Den således beregnede helårspræmie reduceres efter følgende regneregul:

$$k = [75] * 1_{x \leq 30} + [75 - (x-30)] * 1_{31 \leq x \leq 38} + [67 - 1,5(x-38)] * 1_{39 \leq x \leq 56} + [39] * 1_{x=57} + [38] * 1_{58 \leq x \leq 69}$$

Invalidesum - funktionærer

Præmien for invalidesum beregnes for både mænd og kvinder på grundlag af G 82 M 5%, grundform nr. 315 med etårig præmie og risiko. Den helårlige præmie udgør 120% af nævnte grundlag for aldre under 59 år og 400% for aldre 59 år til 66 år. Der beregnes ikke styk- og stykratetillæg. Dødsfaldsdækningen reduceres med udbetalt invalidesum.

Invalidesum - arbejdere

Præmien for invalidesum beregnes for både mænd og kvinder på grundlag af G 82 M 5%, grundform nr. 315 med etårig præmie og risiko. Den helårlige præmie udgør 300% af nævnte grundlag for aldre under 59 år og 400% for aldre 59 år til 66 år. Der beregnes ikke styk- og stykratetillæg. Dødsfaldsdækningen reduceres med udbetalt invalidesum.

Invaliddækning - blandede grupper

Præmieberegning for grupper bestående af arbejdere og funktionærer sker på grundlag af det faktiske antal arbejdere og funktionærer.

For grupper, hvor antallet af arbejdere respektive funktionærer er mindre end 10% af den samlede gruppes antal, beregnes præmien efter tariffen for den største delgruppe.

Præmien for kundegruppeliv beregnes med 1/3 efter tariffen for arbejdere og 2/3 efter tariffen for funktionærer.

Udløbssum - arbejdere og funktionærer

Præmien for udløbssum beregnes for alle udløbssaldre som for alder 66 år for både mænd og kvinder på grundlag af G 82 M 5%, grundform 125 med udløb 67 år. Der beregnes ikke styk- og stykratetillæg.

Visse kritiske sygdomme – obligatoriske ordninger

Præmien for visse kritiske sygdomme beregnes separat for henholdsvis mænd og kvinder, hvorefter en fælles præmie for alle gruppemedlemmer fastsættes. Præmien for arbejdere udgør 150% af præmien for funktionærer. Præmierne fremgår af bilag A.

Visse kritiske sygdomme – frivillige ordninger med formodet samtykke

Præmien for visse kritiske sygdomme beregnes separat for henholdsvis mænd og kvinder, hvorefter en fælles præmie for alle gruppemedlemmer fastsættes. Præmien for arbejdere udgør 150% af præmien for funktionærer. Præmierne fremgår af bilag A.

Visse kritiske sygdomme – frivillige ordninger

Præmien for visse kritiske sygdomme for frivillige ordninger beregnes ud fra de samme tariffer, som er gældende for frivillige ordninger med formodet samtykke.

Visse kritiske sygdomme – karenperiode og modregning

For frivillige ordninger og frivillige ordninger med formodet samtykke, er der 3 måneders karens ved udbetaling.

For obligatoriske ordninger er der mulighed for at vælge følgende typer karens ved udbetaling:

0 måneder - (eller ingen modregning eller enkeltstående visse kritiske sygdomme)

1 måned - (eller 0 måneders karens ved udbetaling, men en modregningsperiode på 1 måned)

3 måneder - (eller 0 måneders karens ved udbetaling, men en modregningsperiode på 3 måneder)

Visse kritiske sygdomme – ordningsbaserede tilvalg

Der gives mulighed for tilvalg af en eller flere af følgende dækninger:

OT-1: Børnedækning

Præmien for børnedækningen beregnes efter samme tarif for både mænd og kvinder. Præmien er ens uanset erhverv. Dækningen udbetales i tilfælde af, at et barn til forsikrede i forsikringstiden får en af de omfattede sygdomme. Barnet skal ikke være fyldt 18 år. Præmierne fremgår af bilag A.

OT-2: Kræft tilbagefald

Dækning af mere end 2. gangs cancer. Præmierne fremgår af bilag A.

OT-3: Udbetaling ved flere gange forekomst af forskellige diagnoser

Der kan ske udbetaling ved flere gange forekomst for en diagnose omfattet af produktet Visse kritiske sygdomme, men dog således, at den efterfølgende diagnose ikke må falde ind under den eller de samme diagnoser, der tidligere er sket udbetaling for.

Tariffen udgør et procenttillæg for kvinder hhv. et procenttillæg for mænd i forhold til den gældende tarif for standarddækningen for kvinder hhv. den gældende tarif for standarddækningen for mænd.

Præmierne fremgår af bilag A.

OT-4: Gruppe af nye diagnoser for voksendækningen og børnedækningen

Der kan ske udbetaling ved forekomst af diagnoser jf. forsikringsbetingelserne.

Tariffen udgør et procenttillæg for voksendækningen hhv. et procenttillæg for børnedækningen i forhold til den gældende tarif for standarddækningen hhv. den gældende tarif for børnedækningen.

Præmierne fremgår af bilag A.

4. BONUSBESTEMMELSER

4.1 Bonusregulativ for gruppelivsforsikring gældende fra 1. januar 2022

Bonusregulativet kan ændres med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår. Ændringer, som er begrundet i ændringer i lovgivningen, kan dog til enhver tid finde sted med 14 dages varsel.

Bonusopgørelse

For hvert kalenderår foretages en opgørelse af indtægt og udgift for alle gruppelivsforsikringer, der har været i kraft i det pågældende år.

Som indtægt betragtes:

- Betalte præmier
- Præmie- og erstatningshensættelser ved årets begyndelse

Som udgift betragtes:

- De i årets løb forfaldne forsikringsydelse
- Omkostninger ved gruppelivsforsikring
- Præmie- og erstatningshensættelser ved årets udgang

Saldoen mellem indtægt og udgift overføres til gruppelivsforsikringens bonushensættelse. Bonushensættelsen investeres i investeringsforeningen Low Risk i Tryg Invest A/S. Afkastet (såvel positivt som negativt) tilskrives bonushensættelsen for gruppelivsforsikringen. Transaktionsomkostninger ved køb og salg af investeringsbeviser fradrages i afkastet.

Hver gruppelivsforsikrings resultat opgøres som forskellen mellem indtægter og udgifter eksklusiv afkast. Hvis en gruppelivsforsikrings resultat ved en bonusperiodes udløb er negativt, tilføres gruppelivsforsikringens bonushensættelse en udligning af det negative beløb ved en forholdsmæssig reduktion af de øvrige gruppelivsforsikrings resultat. Bonusperioden er 3-årig. Første afslutning af bonusperiode er ved udgangen af 2024.

Ved skriftlig henvendelse til selskabet er der mulighed for udbetaling af aconto bonus i bonusperioden. Ud fra det hidtidige risikoforløb for den konkrete gruppelivsforsikring vurderer selskabet, om aconto bonus af den ønskede størrelse er forsvarlig. Udbetaling sker med forbehold for udviklingen i risikoforløbet i den resterende del af bonusperioden.

Indskudsbetalte lukkede gruppeforsikringer

For indskudsbetalte lukkede gruppelivsforsikringer vil det beregnede beløb efter fordeling af bonushensættelse, efter hver bonusperiodes afslutning, forblive i bonushensættelsen, med mindre den sidste udbetaling af dækningsberettiget forsikringsydelse er sket i bonusperioden. I sidst nævnte tilfælde vil en eventuel bonus blive udbetalt kontant til forsikringstageren, medmindre andet er aftalt i gruppelivsforsikringsaftalen. For indskudsbetalte lukkede gruppelivsforsikringer er der ikke mulighed for udbetaling af aconto bonus.

4.2 Præmie- og erstatningshensættelser

Alle forsikringer er etårige. Præmie- og erstatningshensættelserne består af summen af

- Præmiehensættelser, der udgør den del af de indbetalte præmier, der vedrører fremtidige dækningsperioder. Hensættelserne opgøres pro rata temporis.
- Sagshensættelser (Case), der udgør de på den enkelte skadessag afsatte ikke-udbetalte beløb.
- Tekniske hensættelser til at dække rapporterede ikke-færdigbehandlede sager og estimat for ikke-rapporterede sager. Disse opgøres efter chain-ladder-metoden.
- Omkostningshensættelse (ULAE) til at dække fremtidige skadebehandlingsomkostninger på indtrufne ikke-afsluttede sager.
- Risikomargen, der opgøres efter en Cost-Of-Capital-metode.

De tekniske hensættelserne, ULAE samt risikomargen opgøres med diskontering vha EIOPA-kurven for DKK uden tillæg for VA.

4.3 Omkostninger

Selskabets faktiske omkostninger incl. genforsikringspræmier tillagt en risikomargen for den operationelle risiko, der bæres af selskabet, fordeles mellem gruppeforsikringerne. Risikomargen udgør 0,2 % af brutto-præmien. Selskabets faktiske omkostninger fordeles med 50 % efter antal, 42 % efter præmie og 8 % efter styk.

- I antalsfordelingen vægter forsikringer med VKS 240 %
- I præmiefordelingen tillægges præmier op til 2,4 mio. kr. yderligere 3 %
- I stykopkrævningen vægtes forsikringer med individuel opkrævning med antallet i gruppen primo perioden.

De samlede omkostninger excl. marginen kan ikke overstige 7,7 % af præmien i den enkelte gruppe. Sætser og grænser fastsættes årligt og anmeldes umiddelbart efter afslutningen af bonusåret.

5. PRINCIPPER FOR GENFORSIKRING

Til sikring af Alka Liv II's kapitalgrundlag skal der ved genforsikring overholdes følgende principper:

Genforsikringsdækning etableres med henblik på at reducere udsvingene i de enkelte regnskabsårs risikoresultater og dermed beskytte selskabets kapitalgrundlag.

Direktionen og den ansvarshavende aktuar fastsætter det højeste risikobeløb, som selskabet ønsker at holde for egen regning pr. forsikring, og dette fastsættes i overensstemmelse med selskabets samlede risikosum, basiskapital og solvenskrav.

Ved indgåelse af det samlede program ønsker Alka Liv II at opnå en tilfredsstillende spredning på antallet af reassurandører. Programmet ønskes derfor spredt på minimum 3 selskaber. Spredningskravet er ikke gældende ved køb af intern reassurance i koncernen.

Såfremt selskaber, som bliver downgraded til et niveau dårligere end A-, udgør en dækning på mere end 10 mio. kr., skal bestyrelsen have en orientering på førstkommende bestyrelsesmøde.

Til sikring af Alka Liv II's kapitalgrundlag, etableres der følgende genforsikringskontrakter:

Katastrofedækning følger Tryg koncernens program og udgør et loft på 1,8 mia. kr.

Selvbehold udgør 10 mio. kr. Selvbeholdet begrænses til 10 mio. kr. ved indgåelse af intern reassurance med moderselskabet Tryg, som dækker fra 10 mio. kr. til 100 mio. kr.

Bilag A IKKE OFFENTLIG