

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**  
 30. december 2010

**Forsikringsselskabets navn**  
 Danica Pension

**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.

**Resume**  
 Resuméet skal give et fyldestgørende billede af anmeldelsen.

Der anmeldes for gruppeforsikringerne en udvidelse af rammerne for maksimal dødsfaldssum for at imødekomme kundeønsker (tekniske 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

**Ikrafttrædelse**  
 Dato for ikrafttrædelse angives.  
 1. januar 2011

**Ændrer følgende tidligere anmeldte forhold**  
 Forsikringsselskabet angiver, hvilken tidligere anmeldelse eller anmeldelser nuværende anmeldelse ophæver eller ændrer.  
 Anmeldelsen ændrer anmeldelse af 17. marts 2010.

**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 næstsidste 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

<b>Fornavn og efternavn</b>		
<b>Stilling</b>		<b>Cpr.nr.</b>
<b>Adresse</b>	<b>Postnr.</b>	<b>By</b>
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 sygemeldt i mere end 1 måned?  Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvilken lidelse? Hvornår? Hvor længe? Evt. følger?	

		Hvis nej: Hvorfor ikke?
Er du <b>fuldstændig rask?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Er du <b>fuldt arbejdsdygtig</b>	<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.

<b>Navn</b>		
<b>Stilling</b>		<b>Cpr.nr.</b>
<b>Adresse</b>	<b>Postnr.</b>	<b>By</b>

Du skal **selv** udfylde erklæringen og besvare **alle** spørgsmål omhyggeligt. Du må ikke fortie noget - heller ikke selv om du tror uden betydning for FG. Hvis dine svar ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge 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 beta af FG.

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

<b>1</b>	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	Ja	Hvis ja:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	For hvad _____
			Hvor? _____
			Hvornår? _____
			Eventuelle følger? _____

**3**

Har du nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned?	Nej	Ja	Hvis ja:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	For hvad? _____
			Hvornår? _____
			Hvor længe? _____
			Eventuelle følger? _____

**4**

a. Drikker du øl, vin eller spiritus?	Nej	Ja	Hvis ja:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	Ja	Hvis ja:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 form for medicin?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvilken? _____  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. _____
	b. Hvor meget vejer du?			b. _____
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

Forsikringsselskabet 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

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 finansiell virksomhed skal der endvidere redegøres for at de anmeldte forhold er betryggende og rimelige. 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

økonomisk betydning for forsikringstagerne.

Redegørelse for de juridiske konsekvenser for forsikringsselskabet  
Forsikringsselskabet angiver de juridiske konsekvenser for forsikringsselskabet. 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 aktuarmæssige konsekvenser for forsikringsselskabet  
Forsikringsselskabet angiver de økonomiske og aktuarmæssige konsekvenser for forsikringsselskabet. 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 aktuarmæssige konsekvenser.

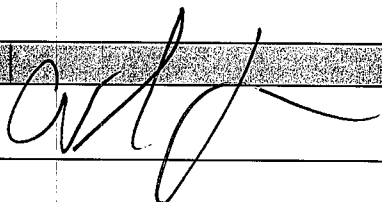
Ændringen af helbredsskemaerne forventes alene at have en betydning for mere præcis fastsættelse af den forsikringssøgendes helbred.

Navn  
Angivelse af navn

Niels Jespersen

Dato og underskrift

30. december 2010



Navn  
Angivelse af navn

Torben Dam

Dato og underskrift

30. december 2010

