

Finanstilsynet
 Århusgade 110
 2100 København Ø

DIREKTIONEN
 Engelholm Alle 1, Høje
 Taastrup
 2630 Taastrup
 Telefon: 70 12 14 16
 Telefax: 43 58 58 20
 Internet: www.alka.dk

Den 30. juni 2016

Sammenskrivning af det anmeldte tekniske grundlag m.v. for livsforsikringsvirksomhed

Brevdato
30. juni 2015.
Livsforsikringsselskabets navn
Forsikrings-Aktieselskabet Alka Liv II, Nr. Vir 210715.
Offentlig tilgængelighed
Det sammenskrævede samlede anmeldte tekniske grundlag m.v. for livsforsikringsvirksomhed er offentlig tilgængeligt, medmindre livsforsikringsselskabet her angiver, at grundlaget m.v. indeholder dele, der i henhold til bekendtgørelsens § 5, stk. 2, ikke er offentligt tilgængelige, og tillige indsender et ekstra eksemplar af det sammenskrævede tekniske grundlag m.v. for livsforsikringsvirksomhed til Finanstilsynet, hvor disse dele er udeladt, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 9.
Det fremsendte sammenskrævede samlede anmeldte tekniske grundlag indeholder dele, som ikke er offentligt tilgængelige.
Der er derfor tillige fremsendt et ekstra eksemplar, hvor de ikke offentligt tilgængelige dele er udeladt, benævnt: Teknisk grundlag for Alka Liv II, pr. 31. december 2015 (ikke offentligt tilgængelige dele er udeladt).
Udeladelserne i dette ekstra eksemplar vedrører de dele som er anmeldt som ikke at være offentligt tilgængelige i nedenstående anmeldelser:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Anmeldelse af 19. november 2008 af Tarif for Visse Kritiske Sygdomme. 2. Anmeldelse af 19. november 2008 af Tegningsregler for frivillige ordninger med formodet. 3. Anmeldelse af 28. marts 2014 af Udvidelse af ordningsbaserede tilvalg for produktet Visse kritiske sygdomme.
Der er i ekstra eksemplaret udeladt nedenstående afsnit:
<ul style="list-style-type: none"> • I afsnit 1.5 Frivillig ordning med formodet samtykke, er tilslutningskravene udeladt. • I afsnit 3.2.7 Visse kritiske sygdomme, er grupperabatter udeladt. • I afsnit 3.2.9 Visse kritiske sygdomme – frivillige ordninger, er tillæg for rygere udeladt. • I afsnit 3.2.11 Visse kritiske sygdomme – ordningsbaserede tilvalg, er præmierne for tilvalg udeladt. • I afsnit 4.6 – Visse kritiske sygdomme – Funktionærer, er tariffen udeladt.

- I afsnit 7.2 Nuværende tarif gældende fra 1.1.2009, er forudsætninger og metode udeladt.
- Afsnit 8.2 Prisfastsættelse af kræft tilbagefald (OT-2) er udeladt.
- Afsnit 8.3 Prisfastsættelse af flere gangs forekomst af forskellige diagnoser (OT-3) er udeladt.
- Afsnit 8.4 Prisfastsættelse af nye diagnoser for voksendækningen og børnedækningen (OT-4) er udeladt.
- I afsnit 10 Bilag, er bilag 5, 6 og 7 udeladt og bilag 8 er blevet til bilag 5.

Sammenskrevet gældende anmeldt teknisk grundlag m.v. for livsforsikringsvirksomhed

Livsforsikringsselskabet skal angive en sammenskrivning af det samlede anmeldte tekniske grundlag m.v. for livsforsikringsvirksomhed, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 8 og 9.

Det sammenskrevne samlede anmeldte tekniske grundlag er vedlagt sammen med et ekstra eksemplar, hvor ikke offentlige tilgængelige dele er udeladt.

Navn

Angivelse af navn

Steen Ragn

Dato og underskrift

30. juni 2016.



Navn

Angivelse af navn

Henrik Grønborg

Dato og underskrift

30. juni 2016.



TEKNISK GRUNDLAG M.V.

FOR

GRUPPELIVSFORSIKRING

(incl. visse kritiske sygdomme og børnedækning)

Pr. 31. december 2015

Indholdsfortegnelse

1. GENERELLE BESTEMMELSER	5
1.1 Dispensation fra § 255, stk. 1 i Lov om Forsikringsvirksomhed.....	5
1.2 Maksimumdækning.....	5
1.3 Obligatoriske ordninger.....	5
1.4 Frivillige ordninger	5
1.5 Frivillig ordning med formodet samtykke.....	6
1.6 Dækning efter det 70. år.....	7
1.7 Medforsikrede ægtefæller.....	7
1.8 Børnesummer.....	7
1.9 Invalidesum	7
1.10 Udløbssum.....	7
1.11 Invaliderende	8
1.12 Visse kritiske sygdomme	8
1.13 Børnedækning/visse kritiske sygdomme.....	8
1.14 Rateforsikring.....	8
1.15 Valgfri tillægsdækning.....	8
1.16 Kundegruppeliv.....	8
1.17 Forøget risiko.....	9
1.18 Skadeopgørelse - invaliderenter	9
1.19 Skadeopgørelse - rateforsikring.....	9
2. HELBREDSOPLYSNINGER	10
2.1 Helbredsoplysninger	10
2.2 Grænser for afgivelse af helbredsoplysninger.....	11
2.3 Lempelser i kravet til helbredsoplysninger	12
2.4 Overførselsaftale - krav til helbredsoplysninger	12
3. PRÆMIEGRUNDLAG	13
3.1 Generelle bestemmelser for præmieberegning.....	13
3.1.1 Alder under 31 år	13
3.1.2 Tillæg for grupper under 1.000.....	13
3.1.3 Terminsvis betaling	13
3.1.4 Aldersfordeling for grupper over 1.000 personer.....	13
3.2 Beregning af præmie for de enkelte ydelser.	13
3.2.1 Dødsfald	13
3.2.2 Invalidesum - funktionærer.....	14
3.2.3 Invalidesum - arbejdere.....	14
3.2.4 Udløbssum - arbejdere og funktionærer.....	14
3.2.5 Invaliderende - funktionærer	14
3.2.6 Invaliderende - arbejdere	14
3.2.7 Visse kritiske sygdomme – obligatoriske ordninger.....	14
3.2.8 Visse kritiske sygdomme – frivillige ordninger med formodet samtykke	14
3.2.9 Visse kritiske sygdomme – frivillige ordninger.....	15
3.2.10 Visse kritiske sygdomme – karenperiode og modregning.....	15
3.2.11 Visse kritiske sygdomme – ordningsbaserede tilvalg	15
3.2.12 Invalidedækning - blandede grupper	16
3.3 Invaliditetsdækning - supplerende præmier	16
3.3.1 Invaliditetsdækning ved 50% invaliditet.....	16
3.3.2 Præmiefritagelse ved 50% invaliditet	16
3.3.3 Ureduceret dødsfaldsdækning efter udbetaling af invalidesum	16
4. TARIFPRÆMIER FOR GRUPPELIVSFORSIKRING	17
4.1 Dødsfaldssummer.....	17
4.1.1 Dødsfaldssum - aldre under 70 år.....	17
4.1.2 Dødsfaldssum - aldre over 69 år.....	18
4.2 Børneintensiteter	19

4.3	Invalidesum samt udløbssum	20
4.4	Invaliderende – funktionærer	21
4.5	Invaliderende – arbejdere	22
4.6	Visse kritiske sygdomme - Funktionærer	23
4.6.1	Obligatorisk ordning	23
4.6.2	Frivillig ordning med formodet samtykke/frivillig ordning	24
4.7	Børnedækning/visse kritiske sygdomme.....	25
5.	BONUSREGULATIV FOR GRUPPELIVSFORSIKRING	26
6.	FORHOLD VEDRØRENDE BONUS	28
6.1	Opgørelse af IBNR- og RBNS-hensættelser for produktet Visse kritiske sygdomme....	28
6.2	Opgørelse af IBNR- og RBNS-hensættelser for produkterne død, invaliditet og udløb .	29
6.3	Beregning af omkostninger	30
7.4	Beregning af bonusrente	33
	Såfremt en obligation bliver afnoteret eller på anden måde ophører med at eksistere, vil obligationen udgå af renteberegningen.....	33
7.	PRISFASTSÆTTELSE AF VISSE KRITISKE SYGDOMME	34
7.1	Indledning	34
7.2	Nuværende tarif gældende fra 1.1.2009	34
7.2.1	Indledning	34
7.2.2	Forudsætninger og metode	35
7.2.3	Obligatoriske ordninger – analyse af observerede data	35
7.2.4	Ordninger med formodet samtykke – analyse af observerede data	36
7.2.5	Frivillige ordninger – analyse af observerede data	36
7.2.6	Den samlet tarif.....	36
7.3	Den oprindelige tarif gældende fra 1.1.2000	37
7.3.1	Indledning	37
7.3.2	Kritisk sygdom i forbindelse med dødsfaldssum.....	37
7.3.3	Kritisk sygdom i forbindelse med invalidesum	38
7.3.4	Kritisk sygdom i forbindelse med dødsfaldssum og invalidesum	39
7.3.5	Fritstående Kritisk sygdom - med karenperiode	39
7.3.6	Datamateriale og estimation.....	40
7.3.7	Kommentarer til de enkelte sygdomme og behandlinger.....	43
7.3.8	Dødsfald efter en kritisk sygdom	44
7.3.9	Invalidetilkendelser efter en kritisk sygdom	44
7.3.10	Kritiske sygdom i frivillige gruppelevsordninger mod helbredsoplysninger.....	45
7.3.11	Den samlet tarif.....	45
7.3.12	Litteraturfortegnelse	46
8.	PRISFASTSÆTTELSE AF ORDNINGSBASEREDE TILVALG	47
8.1	Prisfastsættelse af børnedækning/visse kritiske sygdomme (OT-1)	47
8.2	Prisfastsættelse af kræft tilbagefald (OT-2)	49
8.3	Prisfastsættelse af flere gangs forekomst af forskellige diagnoser (OT-3).....	49
8.4	Prisfastsættelse af nye diagnoser for voksendækningen og børnedækningen (OT-4)..	53
9.	PRINCIPPER FOR GENFORSIKRING	56
10.	Bilag.....	57
Bilag 1:	Begæring om indtræden i gruppelevsforikring	57
Bilag 2:	Begæring om indtræden i Kundegruppeliv	59
Bilag 3:	Begæring om indtræden i enkeltstående Visse Kritiske sygdomme (HK).....	60
Bilag 4:	Arbejdsdygtighedserklæring.....	61
Bilag 5:	Obligatoriske ordninger – grafer for analyse af observerede data.....	62
Bilag 6:	Ordninger med formodet samtykke – grafer for analyse af observerede data.....	63
Bilag 7:	Frivillige ordninger – grafer for analyse af observerede data.....	64
Bilag 8:	Den samlet oprindelig tarif - funktionærer	65

1. GENERELLE BESTEMMELSER

1.1 Dispensation fra § 255, stk. 1 i Lov om Forsikringsvirksomhed

Gruppelivsforsikring kan tegnes uden samtykke fra de enkelte forsikrede.

Ægtefæller - herunder registrerede partnere - kan medforsikres uden samtykke fra disse. Det samme gælder samlevende i papirløse samlivsforhold.

1.2 Maksimumdækning

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 dødsfalds- dækningen. Dog 1.200.000 kr. for grupper over 500 personer, hvor der i det samlede pensionsarrangement indgår G 82-opsparelement.
Invaliderente:	120.000 kr. årligt
Udløbssum:	200.000 kr.
Kritisk sygdom:	600.000 kr.
Børnedækning	100.000 kr.

Det kan i gruppelivsftalen aftales, at hovedforsikringssum og / eller invalidesum udbetales i rater.

Maksimumbeløb angivet i dette koncessionsgrundlag er inklusive bonusanvendelse og reguleres i forholdet til nettoprisindekset for juli måned. Dersom nettoprisindekset falder, 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, invaliderente, 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 og invaliderente kan ikke etableres i frivillige ordninger.

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

Tilslutningskrav:

Beregtiget 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.

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%

Opsigelsen sker til udgangen af det forsikringsår, der følger efter det år, hvori den manglende tilslutning konstateres.

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, børnedækning/visse kritiske sygdomme.

Nytegning

For grupper med mindst 500 medlemmer kan der etableres en gruppelivsforsikring med formodet samtykke, såfremt nedenstående tilslutningskrav 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 nedenstående tilslutningskrav er opfyldt. Eksisterende gruppemedlemmer kan fravælge gruppelivsforsikringen med 1 måneds varsel.

Tilslutningskrav:

Berettiget til at indtræde i gruppen	Tilslutningsprocent	Mindste antal deltagere
500 – 1.999	90%	500
2.000 – 4.999	80%	1.800
5.000 – 49.999	70%	4.000
50.000 – 99.999	55%	35.000
100.000 – 149.999	45%	55.000
150.000 – 199.999	35%	67.500
200.000 – 249.999	30%	72.000
250.000 –	25%	75.000

Ved gruppelivsforsikring for grupper, hvor mindst 500 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.

Er tilslutningsprocenten, ved et forsikringsårs begyndelse, under den gældende grænse, skal ordningen vurderes og tilpasses eller evt. opsiges.

Vurderingen vil ske ud fra en aktuarmæssig betragtning og der vil evt. blive foretaget en anmeldelse, således at ordningen bliver bragt på plads.

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.

Medlemmer der er fyldt 70 år, har ikke ret til præmiefri dækning.

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 gruppe-medlemmet 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 den tillægssum ud fra børnetallet $b(x, z)$, der er det gennemsnitlige antal børn, der ikke er fyldt z år, for en forsikret, der er fyldt x år.

0,75	$x \leq 30$
$0,75 + 0,15(x-30)$	$31 \leq x \leq 35$
$0,03(z+37)$	$36 \leq x \leq 44$
$B(x, z) = 0,05(z+11) + 0,01(z-29)(x-45) + 0,00007(z-23)^2(x-45)^2$	$45 \leq x \leq 62$
$0,01(z-16)(67-x)$	$63 \leq x \leq 66$
0,00	$67 \leq x$

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

Til gruppelivsforsikring der omfatter mindst 100 personer, kan knyttes en udløbssum. 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 Invaliderende

Til obligatoriske gruppelivsordninger der omfatter mindst 200 personer, kan knyttes en invaliderende.

Invaliderenten udbetales månedligt forud fra 3-måneders dagen efter, at gruppemedlemmets erhvervsevne er nedsat til 1/3 eller derunder.

Invaliderenten kan længst udbetales til udgangen af den måned, hvori gruppemedlemmet fylder 67 år.

1.12 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.

1.13 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.

1.14 Rateforsikring

Hovedforsikringssum og / eller invalidesum kan udbetales i rater.

Udbetalingsperiode og udbetalingsterminer fastsættes i gruppelivs aftalen. Ved død efter at udbetalingen er påbegyndt, fortsætter udbetalingen i restperioden.

1.15 Valgfri tillægsdækning

Der kan for frivillige ordninger, der opfylder tilslutningskravene, etableres én valgfri tillægsdækning. Den samlede dækning skal ligge inden for gældende maksimumgrænser.

Valgfri tillægsdækning kræver individuelle helbredsoplysninger og tilslutning fra mindst 1.000 gruppemedlemmer senest 6 måneder efter ikrafttrædelsen. Senest 24 måneder efter tillægsdækningens etablering skal gruppen omfatte mindst 10% af de forsikrede, dog mindst 1.000 gruppe-medlemmer.

Tillægsdækningen skal enten omfatte samtlige elementer i grunddækningen eller alene være tillæg til hovedforsikringssummen og må højst udgøre 100% af ordinær dækning.

1.16 Kundegruppeliv

Kundegruppelivsforsikring kan etableres for en virksomheds kunder (herunder medlemmer af kredit- og investeringsforeninger), 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 uden anden valgmulighed for den forsikrede, end hvad følger af reglerne om valgfri tillægsdækning.

Forsikringen giver ikke ret til præmiefri dækning.

Forsikringen kan ikke udvides med ægtefælledækning, børnedækning, invaliderente og udløbssum.

Forsikringen 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 / samlevere, 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.

1.17 Forøget risiko

Hvis en gruppe synes at frembyde en mere varig risiko, der ikke kan rummes inden for den tariffmæssige præmie, forelægges tilfældet med fornøden dokumentation for "Dansk Forsikrings & Pensions Gruppelivsudvalg".

Hvis en gruppe udviser tab i 4 år inden for de seneste 5 år, skal tilfældet forelægges for udvalget.

Gruppelivsudvalget fastsætter eventuel skærpede vilkår med bindende virkning for samtlige selskaber og indberetter afgørelsen til monopolmyndigheden. Lempelse eller bortfald af skærpede vilkår følger samme regler.

Tillægspræmier angives i % af tarifpræmien.

1.18 Skadeopgørelse - invaliderenter

I skadetilfælde opgøres reservefastsættelsen ved beregning af indskud for en ophørende livrente efter G 82, 2% brutto på normale vilkår for den resterende maksimale løbetid for den aktuelle livrente.

1.19 Skadeopgørelse - rateforsikring

Ved rateforsikring fastsættes de årlige rater enten

ved anvendelse af forsikringssummen som indskud på en rateforsikring efter G 82, 2% netto eller

ved anvendelse af reglerne for beregning af ratens størrelse efter bestemmelserne for rateopsparing i pensionsøjemed.

2. HELBREDSOPLYSNINGER

2.1 Helbredsoplysninger

Ved afgivelse af individuelle helbredsoplysninger anvendes blanketter svarende til bilag 1, 2 eller 3.

I andre tilfælde anvendes arbejdsdygtighedserklæring svarende til bilag 4.

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.

Se grænser for afgivelse af helbredsoplysninger nedenfor.

2.2 Grænser for afgivelse af helbredsoplysninger.

Antal gruppemedlemmer under 1.000 personer	Fælles arbejdsdygtigheds-erklæring	Individuelle helbredsoplysninger	Ingen helbredsoplysninger
Frivillig ordning		X	
Obligatorisk ordning:			
Hovedforsikringssum til og med 600.000 kr.	X		
Hovedforsikringssum over 600.000 kr.		X	
Kritisk sygdom til og med 400.000 kr. + børnedækning	X		
Invaliderente til og med 60.000 kr.	X		
Invaliderente over 60.000 kr.		X	
Kombineret invaliderente / invalidesum		X	
Frivillig ordning med formodet samtykke (50 % af summer for obligatorisk ordning) 1)	X		

Antal gruppemedlemmer mellem 1.000 og 1.999 personer	Fælles arbejdsdygtigheds-erklæring	Individuelle helbredsoplysninger	Ingen helbredsoplysninger
Frivillig ordning		X	
Obligatorisk ordning:			
Hovedforsikringssum til og med 900.000 kr.	X		
Hovedforsikringssum over 900.000 kr.		X	
Kritisk sygdom til og med 500.000 kr.	X		
Invaliderente til og med 90.000	X		
Invaliderente over 90.000 kr.		X	
Kombineret invaliderente / invalidesum		X	
Frivillig ordning med formodet samtykke (50 % af summer for obligatorisk ordning) 1)	X		

Antal gruppemedlemmer over 2.000 personer	Fælles arbejdsdygtigheds-erklæring	Individuelle helbredsoplysninger	Ingen helbredsoplysninger
Frivillig ordning		X	
Obligatorisk ordning:			
Hovedforsikringssum til og med 1.200.000 kr.			X
Kritisk sygdom til og med 600.000 kr. + børnedækning			X
Invaliderente til og med 120.000 kr.			X
Kombineret invaliderente / invalidesum		X	
Frivillig ordning med formodet samtykke (50 % af summen for obligatorisk ordning) 1)			X

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 200 personer, der er led i et internationalt pooling-arrangement på totalt mindst 500, kan kravet om helbredsoplysninger frafalde mod erklæring om, at gruppemedlemmerne er raske og arbejdsdygtige.

For obligatoriske ordninger omfattende mindst 500 personer hvor det samlede pensionsarrangement indeholder et opsparingselement på G 82, kan kravet om helbredsoplysninger frafalde. Dog skal der afgives arbejdsdygtigheds-erklæring.

For obligatoriske ordninger omfattende mindst 1.000 personer kan kravet om fælles arbejdsdygtigheds-erklæring frafalde.

2.4 Overførselsaftale - krav til helbredsoplysninger

Kravet til helbredsoplysninger kan lempes analogt med de regler, der gælder for overførsel af pensionsordning mellem livs- og pensionsforsikringsselskaber samt tværgående pensionskasser.

3. PRÆMIEGRUNDLAG

3.1 Generelle bestemmelser for præmieberegning

3.1.1 Alder under 31 år

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

3.1.2 Tillæg for grupper under 1.000

For en gruppelivsforsikring, der omfatter færre end 1.000 gruppemedlemmer, beregnes et tillæg til præmien for de enkelte ydelser på:

$(12,5 - 0,0125 n)\%$

hvor n er antal forsikrede ved ordningens oprettelse, respektive på senere årsdage.

3.1.3 Terminsvis betaling

Præmiens størrelse ved terminsvis betaling omregnes efter nedenstående tabel, idet annuiteten er beregnet med en rentefod på 2,5095% p.a.:

Fra / til		1/1-årlig	1/2-årlig	1/4-årlig	1/12-årlig
	1,000000	1,110932	0,558908	0,280320	0,092633
1/1-årlig	0,900145	1,000000	0,503098	0,252328	0,084283
1/2-årlig	1,789204	1,987684	1,000000	0,501549	0,167528
1/4-årlig	3,567355	3,963089	1,993823	1,000000	0,334022
1/12-årlig	10,680000	11,864754	5,969135	2,993814	1,000000

3.1.4 Aldersfordeling for grupper over 1.000 personer

For obligatoriske gruppelivsforsikringer, der omfatter mindst 1.000 forsikrede, kan præmieberegningen foretages på grundlag af en fordeling efter alder, der kun revideres hvert 5. år. For ordninger, der omfatter udløbssum, skal præmieberegning - uanset gruppens størrelse - foretages på grundlag af en fordeling efter alder, der revideres hvert år.

3.2 Beregning af præmie for de enkelte ydelser.

3.2.1 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 helårige bruttopræmie ved at multiplicere den kontinuerte bruttopræmie med 0,97. Minimum for helårspræmien er 4,5 o/oo.

Den helårige præmie fra den 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:

$x \leq 30$	$k = 75$
$31 \leq x \leq 38$	$k = 75 - (x-30)$
$39 \leq x \leq 56$	$k = 67 - 1,5 (x-38)$
$x = 57$	$k = 39$
$58 \leq x \leq 69$	$k = 38$
$70 \leq x$	$k = 0$

3.2.2 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 helårige 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.

Ved gennemsnitspræmiens, forskudspræmiens og reguleringspræmiens beregning bortses fra eventuelle anciennitetsbestemmelser m.v. Dødsfaldsdækningen reduceres med udbetalt invalidesum.

3.2.3 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 helårige 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.

Ved gennemsnitspræmiens, forskudspræmiens og reguleringspræmiens beregning bortses fra eventuelle anciennitetsbestemmelser m.v. Dødsfaldsdækningen reduceres med udbetalt invalidesum.

3.2.4 Udløbssum - arbejdere og funktionærer

Præmien for udløbssum beregnes for alle udløbsaldre 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.

Ved gennemsnitspræmiens, forskudspræmiens og reguleringspræmiens beregning bortses fra eventuelle anciennitetsbestemmelser m.v.

3.2.5 Invalidiserente - funktionærer

Præmien for invaliderentedækningen beregnes for både mænd og kvinder på grundlag af G82, M 2%, grundform nr. 419 med etårig præmie og risiko. Den helårige præmie udgør 120% af nævnte grundlag. Der beregnes ikke styk- og stykratetillæg.

3.2.6 Invalidiserente - arbejdere

Præmien for invaliderentedækningen beregnes for både mænd og kvinder på grundlag af G 82, M 2%, grundform nr. 419 med etårig præmie og risiko. Den helårige præmie udgør 300% af nævnte grundlag. Der beregnes ikke styk- og stykratetillæg.

3.2.7 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.

For grupper med mere end 2000 medlemmer ydes 10% rabat.

For grupper med mere end 5000 medlemmer ydes 15% rabat.

Fastsættelsen af præmierater er nærmere beskrevet under Afsnit 7.

3.2.8 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.

Fastsættelsen af præmierater er nærmere beskrevet under Afsnit 7.

3.2.9 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.

I frivillige ordninger betales et tillæg, som afhænger af, om gruppemedlemmet er ryger eller ikke-ryger.

Med udgangspunkt i den udarbejdede tarif for frivillige ordninger med formodet samtykke, betales et tillæg på 100 % for storrygere i forhold til ikke rygere, hvor storrygere hhv. ikke rygere er defineret som nedenfor:

- * Guppe I (storrygere): Rygere, der ryger mere end 20 cigaretter eller tilsvarende i en anden form for tobak.
- * Gruppe II (ikke rygere): Ikke rygere, eller rygere som ikke falder ind under gruppe I.

3.2.10 Visse kritiske sygdomme – karensperiode 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)

Præmien for visse kritiske sygdomme, hvor der altid modregnes i eksisterende gruppelivsforsikring, beregnes ud fra tariffen for visse kritiske sygdomme med karens på 3 måneder, fratrukket 10 % rabat.

3.2.11 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.

Fastsættelsen af præmierater er nærmere beskrevet under Afsnit 8.1.

Tariffen er ens uanset gruppens størrelse.

OT-2: Kræft tilbagefald

Dækning af mere end 2. gangs cancer. Tariffen udgør et procenttillæg af hele tariffen for både mænd og kvinder. Procenttillægget er fastsat under Afsnit 8.2

Procenttillægget udgør 4 % af hele tariffen for både mænd og kvinder.

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

Der kan ske udbetaling ved flere gangs 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. Procenttillæggene er fastsat under Afsnit 8.3.

Procenttillægget udgør 10 % for kvinder og 21 % for mænd.

OT-4: Gruppe af nye diagnoser for voksendækningen og børnedækningen
Der kan ske udbetaling ved forekomst af diagnoser anigivet under Afsnit 9.4.

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. Procenttillæggene er fastsat i afsnit 8.4.

Procenttillægget udgør 130 % for børnedækningen og 1,85 % for voksendækningen.

3.2.12 Invalidedækning - 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.

3.3 Invaliditetsdækning - supplerende præmier

3.3.1 Invaliditetsdækning ved 50% invaliditet

Skal invalidesum udbetales ved 50% invaliditet før det 60. år, forøges tarifpræmien for invalidesum med et tillæg på 20% for aldre under 60 år.

Skal invaliderente udbetales ved 50% invaliditet, forøges tarifpræmien for invaliderente med et tillæg på 20%.

For grupper over 5.000 personer kan bortses fra tillæg ved invaliditetsdækning på 50%.

3.3.2 Præmiefritagelse ved 50% invaliditet

Fuld præmiefritagelse ved 50 % invaliditet kan ydes for følgende dækninger:

1. Dødsfaldsdækning
2. Børnesum
3. Ægtefællesum
4. Udløbssum
5. Visse kritiske sygdomme
6. Børnedækning – Visse kritiske sygdomme

Skal der ydes fuld præmiefritagelse for en eller flere af ovenstående dækninger ved 50 % invaliditet, forøges tarifpræmien for denne eller disse dækninger med et tillæg på 10 %.

3.3.3 Ureduceret dødsfaldsdækning efter udbetaling af invalidesum

Skal dødsfaldsdækningen ikke reduceres med udbetalt invalidesum, forøges tarifpræmien for invalidesumsdækningen med et tillæg på 10%.

4. TARIFPRÆMIER FOR GRUPPELIVSFORSIKRING

4.1 Dødsfaldssummer

4.1.1 Dødsfaldssum - aldre under 70 år

Helårlige præmier pr. 1.000 kr. forsikringssum for ordninger med mindst 1.000 gruppemedlemmer.

For ordninger med færre end 1.000 gruppemedlemmer beregnes et tillæg til præmien efter reglerne i punkt 3.1.2.

Fyldt alder	Præmie	Fyldt alder	Præmie
< 31	1,12	50	6,04
31	1,18	51	6,68
32	1,27	52	7,38
33	1,36	53	8,18
34	1,46	54	9,07
35	1,57	55	10,06
36	1,68	56	11,18
37	1,80	57	12,32
38	1,94	58	13,60
39	2,13	59	14,78
40	2,33	60	16,07
41	2,55	61	17,51
42	2,80	62	19,08
43	3,07	63	20,83
44	3,37	64	22,73
45	3,71	65	24,84
46	4,08	66	27,17
47	4,49	67	29,72
48	4,95	68	32,54
49	5,46	69	35,64

4.1.2 Dødsfaldssum - aldre over 69 år

Helårlige præmier pr. 1.000 kr. forsikringssum for ordninger med mindst 1.000 gruppemedlemmer.

For ordninger med færre end 1.000 gruppemedlemmer beregnes et tillæg til præmien efter reglerne i punkt 3.1.2.

Fyldt alder	Præmie	Fyldt alder	Præmie
70	42,90	85	163,64
71	46,89	86	178,61
72	51,28	87	194,91
73	56,05	88	212,07
74	61,36	89	231,04
75	67,07	90	250,70
76	73,41	91	272,86
77	80,33	92	296,09
78	87,83	93	320,90
79	96,07	94	347,28
80	105,14	95	375,26
81	114,86	96	404,82
82	125,63	97	435,91
83	137,35	98	468,45
84	149,85	99	502,35

Gruppemedlemmer over 99 år regnes som alder 99.

4.2 Børnelintensiteter

Gennemsnitligt antal børn, $b(x,z)$ der ikke er fyldt z år for en forsikret der er fyldt x år.

X	B(x,24)	b(x,23)	b(x,22)	b(x,21)	b(x,20)	b(x,19)	b(x,18)	b(x,17)
<31	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
31	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90
32	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05
33	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20
34	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35
35	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50
36	1,83	1,80	1,77	1,74	1,71	1,68	1,65	1,62
37	1,83	1,80	1,77	1,74	1,71	1,68	1,65	1,62
38	1,83	1,80	1,77	1,74	1,71	1,68	1,65	1,62
39	1,83	1,80	1,77	1,74	1,71	1,68	1,65	1,62
40	1,83	1,80	1,77	1,74	1,71	1,68	1,65	1,62
41	1,83	1,80	1,77	1,74	1,71	1,68	1,65	1,62
42	1,83	1,80	1,77	1,74	1,71	1,68	1,65	1,62
43	1,83	1,80	1,77	1,74	1,71	1,68	1,65	1,62
44	1,83	1,80	1,77	1,74	1,71	1,68	1,65	1,62
45	1,75	1,70	1,65	1,60	1,55	1,50	1,45	1,40
46	1,70	1,64	1,58	1,52	1,46	1,40	1,34	1,28
47	1,65	1,58	1,51	1,44	1,37	1,30	1,24	1,17
48	1,60	1,52	1,44	1,36	1,29	1,21	1,14	1,06
49	1,55	1,46	1,37	1,28	1,20	1,12	1,04	0,96
50	1,50	1,40	1,30	1,21	1,12	1,03	0,94	0,86
51	1,45	1,34	1,23	1,13	1,03	0,94	0,85	0,77
52	1,40	1,28	1,16	1,05	0,95	0,85	0,77	0,68
53	1,35	1,22	1,09	0,98	0,87	0,77	0,68	0,60
54	1,31	1,16	1,03	0,90	0,79	0,69	0,60	0,52
55	1,26	1,10	0,96	0,83	0,71	0,61	0,52	0,45
56	1,21	1,04	0,89	0,75	0,64	0,54	0,45	0,38
57	1,16	0,98	0,82	0,68	0,56	0,46	0,38	0,32
58	1,11	0,92	0,75	0,61	0,49	0,39	0,32	0,27
59	1,06	0,86	0,68	0,53	0,41	0,32	0,25	0,21
60	1,02	0,80	0,62	0,46	0,34	0,25	0,19	0,17
61	0,97	0,74	0,55	0,39	0,27	0,19	0,14	0,13
62	0,92	0,68	0,48	0,32	0,20	0,12	0,09	0,09
63	0,32	0,28	0,24	0,20	0,16	0,12	0,08	0,04
64	0,24	0,21	0,18	0,15	0,12	0,09	0,06	0,03
65	0,16	0,14	0,12	0,10	0,08	0,06	0,04	0,02
66	0,08	0,07	0,06	0,05	0,04	0,03	0,02	0,01
67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

4.3 Invalidesum samt udløbssum

Helårlige præmier pr. 1.000 kr. forsikringssum for ordninger med mindst 1.000 gruppemedlemmer.

For ordninger med færre end 1.000 gruppemedlemmer beregnes et tillæg til præmien efter reglerne i punkt 3.1.2.

Alder	Invalidesum funktionærer	Invalidesum arbejdere	Udløbssum* Funktionærer/arbejdere
<31	0,82	2,06	
31	0,87	2,17	
32	0,92	2,30	
33	0,98	2,45	
34	1,05	2,62	
35	1,13	2,82	
36	1,22	3,04	
37	1,32	3,30	
38	1,44	3,59	
39	1,57	3,93	
40	1,73	4,32	
41	1,91	4,77	
42	2,11	5,29	
43	2,35	5,88	
44	2,62	6,55	
45	2,93	7,33	
46	3,29	8,23	
47	3,70	9,26	
48	4,17	10,43	
49	4,72	11,79	
50	5,34	13,34	
51	6,05	15,13	
52	6,87	17,18	
53	7,81	19,53	
54	8,89	22,23	
55	10,13	25,33	
56	11,55	28,89	
57	13,19	32,87	
58	15,07	37,67	
59	57,40	57,40	1.060,18
60	65,55	65,55	1.060,18
61	75,11	75,11	1.060,18
62	85,99	85,99	1.060,18
63	98,45	98,45	1.060,18
64	112,79	112,79	1.060,18
65	129,22	129,22	1.060,18
66	148,10	148,10	1.060,18
67	-	-	1.060,18
68	-	-	1.060,18
69	-	-	1.060,18

Der beregnes kun præmie for antal gruppemedlemmer i udløbsår - 1.

4.4 Invaliderente – funktionærer

Helårlige præmier for 1.000 kr. årlig rente for ordninger med mindst 1.000 gruppemedlemmer.

For ordninger med færre end 1.000 gruppemedlemmer beregnes et tillæg til præmien efter reglerne i punkt 3.1.2.

Alder	Udløb 60 år	Udløb 61 år	Udløb 62 år	Udløb 63 år	Udløb 64 år	Udløb 65 år	Udløb 66 år	Udløb 67 år
<31	19,31	19,76	20,20	20,63	21,04	21,43	21,82	22,19
31	19,80	20,29	20,76	21,22	21,66	22,09	22,50	22,90
32	20,38	20,90	21,41	21,90	22,38	22,84	23,28	23,71
33	21,05	21,61	22,16	22,70	23,21	23,71	24,19	24,65
34	21,80	22,43	23,03	23,60	24,17	24,71	25,22	25,73
35	22,67	23,35	24,00	24,64	25,25	25,84	26,41	26,95
36	23,64	24,38	25,10	25,80	26,47	27,12	27,76	28,36
37	24,73	25,55	26,34	27,11	27,85	28,57	29,27	29,93
38	25,93	26,84	27,72	28,57	29,40	30,20	30,96	31,70
39	27,26	28,27	29,26	30,20	31,13	32,02	32,87	33,68
40	28,70	29,84	30,95	32,00	33,04	34,03	34,98	35,90
41	30,28	31,56	32,80	34,00	35,15	36,26	37,33	38,36
42	31,97	33,41	34,80	36,16	37,46	38,72	39,94	41,10
43	33,77	35,40	36,98	38,51	39,98	41,41	42,79	44,11
44	35,65	37,51	39,31	41,05	42,73	44,35	45,91	47,41
45	37,62	39,73	41,78	43,78	45,68	47,54	49,32	51,04
46	39,61	42,04	44,39	46,66	48,85	50,96	53,00	54,96
47	41,60	44,38	47,08	49,68	52,20	54,64	56,98	59,22
48	43,52	46,72	49,82	52,82	55,72	58,51	61,21	63,79
49	45,29	48,98	52,56	56,02	59,36	62,59	65,70	68,69
50	46,80	51,07	55,21	59,22	63,08	66,82	70,40	73,86
51	47,93	52,88	57,67	62,32	66,80	71,12	75,29	79,30
52	48,49	54,24	59,81	65,21	70,42	75,43	80,27	84,92
53	48,28	54,96	61,44	67,72	73,79	79,63	85,26	90,67
54	46,99	54,79	62,35	69,67	76,74	83,56	90,12	96,43
55	44,29	53,41	62,24	70,79	79,04	87,01	94,68	102,05
56	39,74	50,41	60,74	70,75	80,41	89,74	98,71	107,33
57	32,78	45,29	57,41	69,13	80,46	91,39	101,90	112,02
58	22,72	37,40	51,62	65,40	78,71	91,54	103,90	115,76
59	8,68	25,94	42,68	58,88	74,53	89,64	104,17	118,14
60		9,92	29,65	48,74	67,19	84,97	102,11	118,57
61			11,35	33,89	55,67	76,68	96,90	116,34
62				13,00	38,76	63,60	87,53	110,51
63					14,89	44,33	72,68	99,92
64						17,05	50,72	83,08
65							19,55	58,04
66								22,42

4.5 Invaliderente – arbejdere

Helårlige præmier for 1.000 kr. årlig rente for ordninger med mindst 1.000 gruppemedlemmer.

For ordninger med færre end 1.000 gruppemedlemmer beregnes et tillæg til præmien efter reglerne i punkt 3.1.2.

Alder	Udløb 60 år	Udløb 61 år	Udløb 62 år	Udløb 63 år	Udløb 64 år	Udløb 65 år	Udløb 66 år	Udløb 67 år
<31	48,27	49,41	50,49	51,57	52,59	53,58	54,54	55,47
31	49,50	50,73	51,90	53,04	54,15	55,23	56,25	57,24
32	50,94	52,26	53,52	54,75	55,95	57,09	58,20	59,28
33	52,62	54,03	55,41	56,76	58,02	59,28	60,48	61,62
34	54,51	56,07	57,57	59,01	60,42	61,77	63,06	64,32
35	56,67	58,38	60,00	61,59	63,12	64,59	66,03	67,38
36	59,10	60,96	62,76	64,50	66,18	67,80	69,39	70,89
37	61,83	63,87	65,85	67,77	69,63	71,43	73,17	74,82
38	64,83	67,11	69,30	71,43	73,50	75,51	77,40	79,26
39	68,16	70,68	73,14	75,51	77,82	80,04	82,17	84,21
40	71,76	74,61	77,37	80,01	82,59	85,08	87,45	89,76
41	75,69	78,90	81,99	84,99	87,87	90,66	93,33	95,91
42	79,92	83,52	87,00	90,39	93,66	96,81	99,84	102,75
43	84,42	88,50	92,46	96,27	99,96	103,53	106,98	110,28
44	89,13	93,78	98,28	102,63	106,83	110,88	114,78	118,53
45	94,05	99,33	104,46	109,44	114,21	118,86	123,30	127,59
46	99,03	105,09	110,97	116,64	122,13	127,41	132,51	137,40
47	104,01	110,94	117,69	124,20	130,50	136,59	142,44	148,05
48	108,81	116,79	124,56	132,06	139,29	146,28	153,03	159,48
49	113,22	122,46	131,40	140,04	148,41	156,48	164,25	171,72
50	117,00	127,68	138,03	148,05	157,71	167,04	176,01	184,65
51	119,82	132,21	144,18	155,79	167,01	177,81	188,22	198,24
52	121,23	135,60	149,52	163,02	176,04	188,58	200,67	212,31
53	120,69	137,40	153,60	169,29	184,47	199,08	213,15	226,68
54	117,48	136,98	155,88	174,18	191,85	208,89	225,30	241,08
55	110,73	133,53	155,61	176,97	197,61	217,53	236,70	255,12
56	99,36	126,03	151,86	176,88	201,03	224,34	246,78	268,32
57	81,96	113,22	143,52	172,83	201,15	228,48	254,76	280,05
58	56,79	93,51	129,06	163,50	196,77	228,84	259,74	289,41
59	21,69	64,86	106,71	147,21	186,33	224,10	260,43	295,35
60		24,81	74,13	121,86	167,97	212,43	255,27	296,43
61			28,38	84,72	139,17	191,70	242,25	290,85
62				32,49	96,90	159,00	218,82	276,27
63					37,23	110,82	181,71	249,81
64						42,63	126,81	207,69
65							48,87	145,11
66								56,04

4.6 Visse kritiske sygdomme - Funktionærer

4.6.1 Obligatorisk ordning

Helårlige præmier for 1.000 kr. årlig forsikringssum for ordninger med mindst 1.000 gruppemedlemmer.

For ordninger med færre end 1.000 gruppemedlemmer beregnes et tillæg til præmien efter reglerne i punkt 3.1.2.

Alder	Obligatorisk					
	3 mdr. karen		1 mdr. karen		ingen karen	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
< 31	0,87	1,40	0,97	1,53	1,10	1,70
31	0,93	1,53	1,04	1,68	1,18	1,86
32	1,00	1,68	1,12	1,85	1,27	2,05
33	1,07	1,86	1,20	2,04	1,38	2,27
34	1,16	2,05	1,30	2,24	1,49	2,50
35	1,27	2,25	1,42	2,46	1,64	2,74
36	1,40	2,47	1,56	2,72	1,80	3,03
37	1,56	2,69	1,74	2,96	2,02	3,29
38	1,76	2,92	1,94	3,22	2,26	3,57
39	1,99	3,17	2,21	3,49	2,58	3,86
40	2,26	3,46	2,49	3,78	2,92	4,21
41	2,56	3,77	2,82	4,15	3,31	4,60
42	2,90	4,15	3,20	4,57	3,76	5,06
43	3,27	4,57	3,60	5,04	4,26	5,57
44	3,67	5,04	4,04	5,54	4,76	6,13
45	4,09	5,53	4,50	6,08	5,31	6,72
46	4,55	6,01	5,00	6,61	5,91	7,31
47	5,05	6,48	5,56	7,12	6,57	7,88
48	5,61	6,94	6,17	7,63	7,29	8,44
49	6,23	7,40	6,87	8,14	8,11	9,00
50	6,93	7,88	7,63	8,66	9,03	9,60
51	7,71	8,39	8,48	9,22	10,02	10,22
52	8,58	8,96	9,44	9,84	11,17	10,93
53	9,55	9,59	10,50	10,52	12,43	11,70
54	10,62	10,28	11,69	11,29	13,84	12,57
55	11,82	11,04	13,02	12,12	15,40	13,49
56	13,15	11,90	14,48	13,05	17,13	14,57
57	14,63	12,84	16,11	14,09	19,05	15,74
58	16,25	13,88	17,92	15,21	21,18	17,02
59	18,01	15,01	19,87	16,45	23,47	18,45
60	19,90	16,18	21,96	17,73	25,91	19,91
61	21,90	17,39	24,19	19,04	28,51	21,40
62	23,99	18,62	26,51	20,37	31,22	22,95
63	26,18	19,83	28,94	21,71	34,06	24,47
64	28,45	21,04	31,45	23,02	36,99	25,99
65	30,82	22,27	34,08	24,36	40,07	27,55
66	33,27	23,50	36,80	25,71	43,25	29,11
67	35,44	25,02	39,19	27,38	46,06	31,00
68	38,09	26,90	42,13	29,44	49,52	33,32
69	40,95	28,92	45,29	31,64	53,23	35,82

4.6.2 Frivillig ordning med formodet samtykke/frivillig ordning

Hørlige præmier for 1.000 kr. årlig forsikringssum for ordninger med mindst 1.000 gruppemedlemmer.

For ordninger med færre end 1.000 gruppemedlemmer beregnes et tillæg til præmien efter reglerne i punkt 3.1.2.

Alder	Frivillig/formodet samtykke	
	Mænd	Kvinder
< 31	1,60	1,94
31	1,65	2,10
32	1,73	2,28
33	1,85	2,47
34	2,01	2,66
35	2,22	2,86
36	2,47	3,06
37	2,74	3,26
38	3,01	3,45
39	3,26	3,66
40	3,49	3,89
41	3,72	4,13
42	3,97	4,41
43	4,27	4,72
44	4,64	5,07
45	5,12	5,47
46	5,69	5,93
47	6,34	6,47
48	7,06	7,09
49	7,86	7,79
50	8,73	8,55
51	9,70	9,36
52	10,79	10,18
53	12,02	10,98
54	13,37	11,76
55	14,83	12,51
56	16,34	13,23
57	17,85	13,94
58	19,33	14,63
59	20,74	15,30
60	22,09	15,94
61	23,37	16,53
62	24,61	17,06
63	25,80	17,51
64	26,95	17,88
65	28,30	18,71
66	29,95	19,75
67	31,95	21,01
68	34,34	22,54
69	36,88	24,18

4.7 Børnedækning/visse kritiske sygdomme

Obligatorisk gruppeordning, frivillig ordning med reservationsret og frivillig gruppeordning.

Helårlige præmier pr. 1.000 kr. forsikringssum.

Alder	M/K	Alder	M/K
18-30	0,296	48	0,450
31	0,355	49	0,410
32	0,414	50	0,371
33	0,473	51	0,335
34	0,533	52	0,304
35	0,592	53	0,268
36	0,651	54	0,237
37	0,651	55	0,205
38	0,651	56	0,178
39	0,651	57	0,150
40	0,651	58	0,126
41	0,651	59	0,099
42	0,651	60	0,075
43	0,651	61	0,055
44	0,651	62	0,036
45	0,572	63	0,032
46	0,529	64	0,024
47	0,489		

5. BONUSREGULATIV FOR GRUPPELIVSFORSIKRING

(Gældende fra 1. januar 2007)

1. 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:

1. Betalte præmier
2. Præmie- og erstatningshenlæggelser ved årets begyndelse

Som udgift betragtes:

1. De i årets løb forfaldne forsikringsydelse
2. Omkostninger ved gruppelivsforsikring
3. Præmie- og erstatningshenlæggelser ved årets udgang.

Saldoen mellem indtægt og udgift overføres til det følgende år og forrentes fra 1. juli i det forløbne år med en rente, som til enhver tid fastsættes af selskabets bestyrelse og anmeldes til Finanstilsynet

Ved udløbet af en bonusperiode betragtes summen af de enkelte saldi med påløbne renter som bonushenlæggelse til gruppelivsforsikring.

Bonushenlæggelse til gruppelivsforsikring holdes regnskabsmæssigt adskilt fra bonushenlæggelser for selskabets øvrige livsforsikringer.

Bonusperioden er treårig. Første afslutning af bonusperiode er udgangen af året 2009.

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.

2. Bonusgrupper

Gruppelivsforsikringerne er opdelt i bonusgrupper:

- Bonusgruppe I omfatter fagforbundsgruppelivsforsikringerne.
- Bonusgruppe II omfatter den offentlige sektors gruppelivsforsikringer.
- Bonusgruppe III omfatter kundegruppelivsforsikringer.
- Bonusgruppe IV omfatter gruppelivsforsikringer for tværgående pensionskasser.
- Bonusgruppe V omfatter de øvrige gruppelevsforsikringer.
- Bonusgruppe VI omfatter de invaliderenter, der måtte være knyttet til en af de i bonusgruppe I - V omfattede gruppelivsforsikringer.

Tvivlsspørgsmål i forbindelse med opdelingen i bonusgrupper afgøres af selskabets bestyrelse.

Nye bonusgrupper kan til enhver tid oprettes efter beslutning af selskabets bestyrelse og anmeldelse til Finanstilsynet.

Efter hver bonusperiodes afslutning fordeles den tilstedeværende bonushenlæggelse blandt de gruppelivsforsikringer, der har været i kraft i bonusperioden.

De enkelte bonusgrupper deltager i forhold til det overskud, bonusgrupperne har udvist i perioden, og en bonusgruppes bonusandel fordeles mellem bonusgruppens forsikringer i forhold til de enkelte forsikrings overskud i bonusperioden.

Det således beregnede beløb forrentes fra bonusperiodens udløb indtil den 1. i udbetalingsmåneden med den under pkt. 1, stk. 4 omtalte rentesats.

Bonus udbetales kontant til forsikringstageren, medmindre andet er aftalt i gruppelivsforsikringsaftalen.

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

**TILLÆG TIL BONUSREGULATIV FOR GRUPPELIVSFORSIKRINGER I FORSIKRINGS-
AKTIESELSKABET ALKA LIV II**
(Gældende fra 1. januar 2011)

Tillæg til Bonusregulativ for gruppelivsforsikringer i Forsikrings-Aktieselskabet Alka Liv II er gældende for indskudsbetalte lukkede gruppelivsforsikringer.

For gruppelivsforsikringer omfattet af tillægget vil det beregnede beløb efter fordeling af bonus-henlæggelse, efter hver bonusperiodes afslutning, forblive i bonushenlæggelsen, medmindre den sidste udbetaling af dækningsberettiget forsikringsydelse er sket i bonusperioden. I sidstnævnte tilfælde vil en eventuel bonus blive udbetalt kontant til forsikringstageren, medmindre andet er aftalt i gruppelivsforsikringsaftalen.

For gruppelivsforsikringer omfattet af tillægget er der ikke mulighed for udbetaling af accontobonus.

Tillægget kan ændres med 3 måneders varsel, med virkning for regnskabsåret. Ændringer som er begrundet i ændringer i lovgivningen kan dog til enhver tid finde sted med 14 dages varsel med virkning for regnskabsåret.

6. FORHOLD VEDRØRENDE BONUS

6.1 Opgørelse af IBNR- og RBNS-hensættelser for produktet Visse kritiske sygdomme

Obligatorisk Gruppe

RBNS

Hvis indtrufne, men ikke betalte, skader er kendte, da benyttes 80% af dette beløb.

Hvis indtrufne, men ikke betalte, skader er ukendte, da benyttes 8% af udbetalte skader indtruffet i året.

RBNS løber af i løbet af året.

IBNR

Løber af i hht. følgende:

Tidspunkt	Procentfaktor
Ultimo året	20%
Ultimo året + 1	3%
Ultimo året + 2	1%
Ultimo året + 3	0%

Procentsatser er af de samlede akkumulere udbetalte skader hørende til det enkelte risikoår, kendt på tidspunktet for reservering.

Frivillig Gruppe

RBNS

Hvis indtrufne, men ikke betalte, skader er kendte, da benyttes 75% af dette beløb.

Hvis indtrufne, men ikke betalte, skader er ukendte, da benyttes 8% af udbetalte skader indtruffet i året.

RBNS løber af i løbet af året.

IBNR

Tidspunkt	Procentfaktor
Ultimo året	17%
Ultimo året + 1	3%
Ultimo året + 2	1%
Ultimo året + 3	0%

Procentsatser er af de samlede akkumulere udbetalte skader hørende til det enkelte risikoår, kendt på tidspunktet for reservering.

6.2 Opgørelse af IBNR- og RBNS-hensættelser for produkterne død, invaliditet og udløb

For hver af produkterne død, invaliditet og udløb anvendes nedenstående faktorer ved opgørelsen af de samlede IBNR- og RBNS-hensættelser, hvor der opgøres en separat RBNS-hensættelse ved optælling af de anmeldte, men endnu ikke udbetalte skader og hvor der opgøres en separat IBNR-hensættelse, som udgør forskellen mellem nedenstående hensættelser og RBNS-hensættelsen.

Død

For død anvendes følgende faktorer til opgørelsen af IBNR- og RBNS-hensættelser:

Tidspunkt	Faktor
Ultimo året	17,5 %
Ultimo året + 1	0,3 %
Ultimo året + 2	0,0 %

Faktoren benyttes på det enkelte risikoårs samlede akkumulerede udbetalte skader, kendt på tidspunktet for reservering.

Invaliditet

For invaliditet anvendes følgende faktorer til opgørelsen af IBNR- og RBNS-hensættelser:

Tidspunkt	Faktor
Ultimo året	7,1 %
Ultimo året + 1	0,0 %

Faktoren benyttes på det enkelte risikoårs samlede akkumulerede udbetalte skader, kendt på tidspunktet for reservering.

Udløb

For udløb anvendes følgende faktorer til opgørelsen af IBNR- og RBNS-hensættelser:

Tidspunkt	Procentfaktor
Ultimo året	2,9 %
Ultimo året + 1	0,0 %

Faktoren benyttes på det enkelte risikoårs samlede akkumulerede udbetalte skader, kendt på tidspunktet for reservering.

6.3 Beregning af omkostninger

Omkostningerne (omkostn) for den enkelte gruppelevsordning beregnes som:

$$\text{omkostn} = \min(\text{PCTTOT} * \text{prmindt}, \text{omkostn1})$$

hvor

$$\text{omkostn1} = \text{gromk} + \text{antalomk} + \text{prmomk}$$

$$\text{gromk} = \text{gromk1} + \text{antomk1} * n$$

$$\text{antalomk} = (\text{antomk2} * \text{admblast} * n) + (\text{omkgebyr1} * n)$$

$$\begin{aligned} \text{prmomk} = & \text{PCT1} * \max(\min(\text{prmindt}, \text{præmie1}), 0) \\ & + \text{PCT2} * \max(\min(\text{prmindt} - \text{præmie1}, \text{præmie2} - \text{præmie1}), 0) \\ & + \text{PCT3} * \max(\min(\text{prmindt} - \text{præmie2}, \text{præmie3} - \text{præmie2}), 0) \\ & + \text{PCT4} * \max(\min(\text{prmindt} - \text{præmie3}, \text{præmie4} - \text{præmie3}), 0) \\ & + \text{PCT5} * \max(\text{prmindt} - \text{præmie4}, 0) \end{aligned}$$

Hvis ordningen kun har været i kraft en del af året beregnes omkostningerne forholdsmæssigt for det antal måneder ordningen har været i kraft i løbet af året.

Neden for følger en oversigt over betydningen af de i omkostningsformlen indgående variable.

- n** : Antal helårsmedlemmer i ordningen
- grom1** : Fast omkostning pr. ordning, differentieret efter antal helårsmedlemmer i ordningen
- antomk1** : Fast omkostning pr. gruppemedlem, differentieret efter antal helårsmedlemmer i ordningen
- admblast** : Administrationsenheder der er forbundet med at have ordningen
- antomk2** : Stykomkostning pr. administrationsenhed pr. gruppemedlem
- omkgebyr1** : Gebyr pr. gruppemedlem hvis det er kundegruppeliv og der er tilknyttet produktet visse kritiske sygdomme
- prmindt** : Ordningens præmieindtægt for året
- præmie1** : Præmiegrænse, hvor omkostningsfradrag reduceres til PCT2
- præmie2** : Præmiegrænse, hvor omkostningsfradrag reduceres til PCT3
- præmie3** : Præmiegrænse, hvor omkostningsfradrag reduceres til PCT 4
- præmie4** : Præmiegrænse, hvor omkostningsfradrag reduceres til PCT5
- PCT1** : Omkostningsfradrag på præmieindtægter under præmie1
- PCT2** : Omkostningsfradrag på præmieindtægter mellem præmie1 og præmie2
- PCT3** : Omkostningsfradrag på præmieindtægter mellem præmie2 og præmie3
- PCT4** : Omkostningsfradrag på præmieindtægter mellem præmie3 og præmie4
- PCT5** : Omkostningsfradrag på præmieindtægter over præmie4
- PCTTOT** : Maksimumomkostning af præmieindtægten

Fastsættelse af parametre

Grundomkostninger

Grundomkostninger til en gruppelevsordning udgør omkostninger i forbindelse med aftaleadministrationen, d.v.s. opkrævninger, fornyelsesberegninger, aftaletekster, foldere m.m.

Disse omkostninger er størst for de store forbundsordninger og mindst for små ordninger.

Grundomkostninger er fastsat ved:

		$n * 30$	hvis	$n < 200$
antomk1	=	$n * 20$	hvis	$200 \leq n < 1.000$
		$n * 10$	hvis	$1.000 \leq n < 5.000$
		0	hvis	$5.000 \leq n$
		2.000	hvis	$n < 200$
grom1	=	4.000	hvis	$200 \leq n < 1.000$
		14.000	hvis	$1.000 \leq n < 5.000$
		64.000	hvis	$5.000 \leq n$

Antalsomkostninger

Antalsomkostninger til en gruppelevsordning udgør omkostninger i forbindelse med administration af den enkelte gruppelevsforsikring. Disse omkostninger er fastsat som en faktor, admblast, hvis størrelse afhænger af hvor meget administration den enkelte gruppelevsforsikring kræver. 1 betyder ren udbetalingsfunktion ved død og 15 betyder mange ydelser, valgfri tilmelding, helbredsbedømmelse m.m., d.v.s. størst mulig individuel administration.

Stykomkostningen antomk2 udgør den 1. januar 2001 kr. 2,00 pr. administrationsenhed pr. medlem. Stykomkostningen reguleres hvert år den 1. januar efter nettoprisindekset for juli måned, første gang den 1. januar 2003.

Gebyret omkgebyr1 udgør den 1. januar 2011 kr. 100,00 pr. medlem. Stykomkostningen reguleres hvert år den 1. januar efter nettoprisindekset for juli måned, første gang den 1. januar 2003.

Faktoren admblast tildeles hver enkelt ordning efter følgende retningslinier:

	Bidrag til admblast
1. Ordning med dødsfaldsdækning, børnesum, invalidesum og/eller udløbssum	3
2. Invaliderende	1
3. Afmelding/tilmelding	1
4. Helbredsoplysninger	2
5. Selvindbetaling	1
6. Individuel opkrævning	4 pr. opkrævning pr. år
7. Kritisk sygdom/børnedækning (enkeltstående)	5
8. Kritisk sygdom/børnedækning i kombination med dødsfaldsdækning	4
9. Indberetning til Told & Skat	4
10. Udstedelse af forsikringsbevis	1
11. Særlige dokumenterede administrative forhold	- 3, -2, -1, 1, 2 el. 3

Størrelsen af de enkelte bidrag til admblast er skønnet ud fra det ressourceforbrug, der anvendes med de enkelte dele af administrationen. I takt med rationaliserede forretningsgange kan der derfor være tale om at justere eller ændre på administrationsdelenes indbyrdes bidrag til admblast.

<p>1. Dødsfaldsdækning, børnesum, invalidesum og/eller udløbssum</p> <p>Gruppelivsordninger, som indeholder en eller flere af følgende ydelser; hovedsum, børnesum, invalidesum og/eller udløbssum, og hvor administrationen primært består af udbetalinger ved skader samt registrering af begunstigelseserklæringer.</p>
<p>2. Invaliderente</p> <p>Gruppelivsordninger, som nævnt under punkt 1, der indeholder invaliderente.</p>
<p>3. Afmelding/tilmelding</p> <p>Gruppelivsordninger, hvor der sker henholdsvis afmelding og tilmeldinger af gruppemedlemmer.</p>
<p>4. Helbredsoplysninger</p> <p>Gruppelivsordninger, hvor de forsikrede ved indmeldelse i ordningen, skal afgive individuelle helbredsoplysninger.</p>
<p>5. Selvindbetaling</p> <p>Gruppelivsordninger, hvor forsikringstageren indbetaler præmien til et af AKLA oplyst kontonr., på baggrund af antallet af gruppemedlemmer, som er omfattet af ordningen i den pågældende periode.</p>
<p>6. Individuel opkrævning</p> <p>Gruppelivsordninger, hvor ALKA opkræver præmien fra hvert enkelt gruppemedlem. Antallet af administrationsenheder afhænger af, hvor mange gange om året der opkræves præmie.</p>
<p>7. Kritisk sygdom/børnedækning (enkeltstående)</p> <p>Hvis en gruppelivsordning, kun indeholder dækning ved kritiks sygdom/børnedækning.</p>
<p>8. Kritisk sygdom/børnedækning i kombination med dødsfaldsdækning</p> <p>Gruppelivsordninger, som nævnt under punkt 1, der indeholder dækning ved kritisk sygdom/børnedækning.</p>
<p>9. Indberetning til Told & Skat</p> <p>Gruppelivsordninger, som indeholder dækninger under skattekode, som kræver indberetning til Told & Skat.</p>
<p>10. Udstedelse af forsikringsbevis</p> <p>Gruppelivsordninger, hvor hver forsikrede modtager en police/forsikringsbevis.</p>
<p>11. Særlige dokumenterede administrative forhold</p> <p>Gruppelivsordninger, hvor særlige dokumenterede administrative forhold gør, at antallet af administrationsenheder kan nedsættes/forhøjes.</p> <p>For ordninger, hvor det aftales, at forsikringstager eller andre parter påtager sig yderligere administrative opgaver, der normalt ligger hos ALKA, kan antallet af admblast nedsættes med op til 3 enheder.</p> <p>For ordninger, hvor det aftales, at ALKA skal udføre administrative opgaver, der normalt ikke ligger hos ALKA, kan antallet af admblast forhøjes med indtil 3 enheder.</p>

Præmieomkostninger

Præmieomkostninger til en gruppelivsordning udgør omkostninger i forbindelse med forvaltningen af de indbetalte præmier.

Præmieomkostningerne er fastsat ved:

3,0% (PCT1) af den første million af prmindt

2,5% (PCT2) af den anden million af prmindt

2,0% (PCT3) af den tredje million af prmindt

1,5% (PCT4) af den fjerde million af prmindt

1,2%(PCT5) af resten

Omkostningsberegningen vil tilgodese store og simple ordninger, og der er derfor indbygget en sikkerhedsventil til beskyttelse af små ordninger ved at omkostningerne maksimalt kan udgøre PCTTOT af ordningens præmieindtægt (prmindt):

$$\text{PCTTOT} = \begin{cases} 7 \%, & \text{hvis ordningen er uden individuel opkrævning} \\ 15 \%, & \text{hvis ordningen er med individuel opkrævning} \end{cases}$$

7.4 Beregning af bonusrente

Bonusrenten beregnes som et simpelt gennemsnit af den effektive rente på en kurv af obligationer med udløb identisk med udløbet af en 3-årig bonusperiode, men den herved beregnede bonusrente reduceres derefter med en forholdsmæssig fordeling af de finansfordelte omkostninger, som er tilknyttet investeringsaktiverne i Alka Liv II.

Kurven af obligationer fastlægges ved en 3-årig bonusperiodes begyndelse.

Renteberegningen foretages hver den sidste hverdag inden den 1. januar og inden den 1. juli i en 3-årig bonusperiode.

Såfremt en obligation bliver afnoteret eller på anden måde ophører med at eksistere, vil obligationen udgå af renteberegningen.

Såfremt en obligation noteres åbenlyst forkert i forhold til markedsrenterne i enten op- eller nedadgående retning, kan den med behørig dokumentation udgå af renteberegningen.

Den forholdsmæssige fordeling af de finansfordelte omkostninger er bonusfondens og præmiereguleringskontienes andel af de samlede finansfordelte omkostninger. Den resterende del af de finansfordelte finansomkostninger er pålagt egenkapitalen.

7. PRISFASTSÆTTELSE AF VISSE KRITISKE SYGDOMME

7.1 Indledning

Den oprindelige tarif for Kritisk Sygdom blev udarbejdet gældende fra 1.1.2000. Kritisk sygdom var dengang et relativt nyt koncept i Danmark, og forsikringsdata til brug for en rimelig præmiefastsættelse var dengang endnu ikke tilgængelige. Indtil det nødvendige erfaringsmateriale var til rådighed, var det derfor nødvendigt at søge andetsteds efter statistisk materiale, der kunne danne grundlag for præmiefastsættelsen.

I udlandet (Sydafrika, England og USA) havde produktet været tilgængeligt i længere tid. Imidlertid ville det statistiske materiale, der kunne indhentes fra andre lande, ikke være direkte anvendeligt i Danmark, eftersom incidensraterne for de forskellige sygdomme og behandlinger kan variere betydeligt fra land til land.

Generelt kan livsstils- og genetiske faktorer have en voldsom indvirkning på incidensraterne for de omfattede kritiske sygdomme. I forbindelse med udarbejdelsen af den oprindelige tarif var det derfor intentionen at udarbejde incidensrater for Danmark baseret på så vidt muligt danske statistikker og forskningsresultater.

Efter igennem en årrække at have opbygget erfaring med produktet, var der gældende fra 1.1.2009 skabt datagrundlag for at justere tariffen, således at den i højere grad afspejlede de faktiske forløb, der var på forsikringsbestanden, end de mere samfundsstatistiske data, som blev anvendt til fastsættelse af den oprindelige tarif. Den nuværende tarif gældende fra 1.1.2009 er udarbejdet på grundlag af de observerede data i Alka Liv II's forsikringsbestand for perioden 2004-2006.

Dækningsomfang og beskrivelser i betingelserne, blev i denne sammenhæng justeret og udvidet, således at betingelsernes krav til behandlingsmetoder og betegnelser blev nutidige og markedskonforme. Der indførtes endvidere mulighed for, at der på ordningerne kunne vælges specifikke udvidelser, i forhold til standarddækningen. Desuden skiftede produktet navn fra Kritisk sygdom til Visse kritiske sygdomme.

I Afsnit 7.2 gennemgås udarbejdelsen af den nuværende tarif for Visse kritiske sygdomme, som til dels også bygger på den oprindelige tarif beskrevet i Afsnit 7.3.

I Afsnit 7.3 er der studeret teorien bag prisfastsættelsen af den oprindelige tarif for Kritisk sygdom så vel som den praktiske side heraf.

7.2 Nuværende tarif gældende fra 1.1.2009

7.2.1 Indledning

I den oprindelige tarif var tariffen for Kritisk sygdom for ordninger med formodet samtykke beregnet ud fra den samme tarif som var gældende for obligatoriske ordninger.

I den nuværende tarif er tariffen for Visse kritiske sygdomme for ordninger med formodet samtykke beregnet ud fra den samme tarif som er gældende for frivillige ordninger.

Den udarbejdede tarif er angivet i Afsnit 4.6.

7.2.2 Forudsætninger og metode

Tariffen er udarbejdet på grundlag af de observerede data i forsikringsbestanden for perioden 2004-2006.

RBNS og IBNR

Der er lavet en analyse af RBNS og IBNR indenfor hver ordningstype. Resultatet er beregnet til at udgøre følgende:

Ordningstype	Frivillige		Formodet samtykke		Obligatorisk	
	IBNR	RBNS	IBNR	RBNS	IBNR	RBNS
Ultimo året	22,0 %	20,0 %	17,0 %	15,0 %	19,0 %	15,0 %
Ultimo året + 1 år	0,5 %	0,0 %	3,0 %	1,0 %	2,5 %	0,0 %
Ultimo året + 2 år	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
Ultimo året + 3 år	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Forudsætninger og metode

Ved udarbejdelsen af den nuværende tarif er følgende analyse foretaget:

- Skaderne er talt op pr. alder for hhv. mænd og kvinder. Kun de udbetalte skader er taget med i analysen. Hertil er tillagt ovenstående RBNS og IBNR.
- For obligatoriske ordninger beregnes O/E-rater i aldrene 31 til 64 år og for frivillige ordninger med formodet samtykke for aldrene 20 til 64 år. Der ses på skadeårene 2004 til 2006, hver for sig, samt på 2004 til 2006 samlet. Skadeår er året for diagnose. Disse O/E-rater er herefter udglattet ved hjælp af eksponentiel udglatning i Excel. Ved at sammenligne de udglattede O/E-rater med den oprindelige tarif, er data valideret for henholdsvis mænd og kvinder.

7.2.3 Obligatoriske ordninger – analyse af observerede data

For grafer henvises til Bilag 5: Obligatoriske ordninger – grafer for analyse af observerede data.

For mænd er de observerede O/E-rater under den oprindelige tarif for alle aldre og i alle 3 indgående observations år. Det er svært at se noget mønster i udviklingen, da graferne for de tre år er meget forskellige, men dog klart under den oprindelige tarif.

For kvinder ses, at den oprindelige tarif ligger nogenlunde på niveau med det observerede, bortset fra i de unge aldre. Dog er graferne også her forskellige. Ser man på den samlede analyse for 2004-2006 ligger den udglattede graf over den oprindelige tarif for aldre under 34 og igen for alder 47 til 55.

Da der er meget få skader og i visse tilfælde endda 0 skader er der approximeret den bedste rette linje gennem O/F-raterne (Observeret/Forventet), idet der vægtes med risikosummerne i de forskellige aldre. Da der ikke er registreret skader for de unge aldre er der kun medtaget data for alder 36 og over for mænd, og alder 31 og over for kvinder. Ved hjælp af denne rette linje er estimeret en tarif ved at gange på den oprindelige tarif i hver aldersgruppe. Denne tarif er så normeret med forholdet mellem antallet af observerede skader og antallet af forventede skader.

Bestanden består af ordninger med forskellig karens. I bestanden 2004-2006, er der 86 % som har 3 måneders karens, 0 % der har 1 måneders karens og 14 % der har 0 måneders karens. Ligeledes fordelt på køn.

Den til skadesforløbet tilpassede tarif, benyttes derfor som tariffen gældende for ordninger med 3 måneders karens. Ud fra denne tarif er der beregnet tariffer med hhv. 1 måneds og 0 måneders karens, ud fra samme forhold var gældende i den oprindelige tarif.

7.2.4 Ordninger med formodet samtykke – analyse af observerede data

For grafer henvises til Bilag 6: Ordninger med formodet samtykke – grafer for analyse af observerede data.

Analysen er udført på ordningen med HK, idet denne ordning er den eneste ordning med formodet samtykke i bestanden.

For kvinder er den oprindelige tarif markant lavere end det observerede for aldre op til 43 år og igen fra alder 50 til 56. I de ældre aldre, fra 56 år og over, ligger det observerede lavere end den oprindelige tarif. Her bemærkes, at ordningen indeholder en aftrapning fra alder 56 til 60 med 1/10 om året, således at der altså ikke er så høje summer for de ældre forsikringstagere, som for de yngre.

For mænd er der et lidt andet billede. Her ligger det observerede under den oprindelige tarif i alle aldre, undtagen fra alder 27 til alder 38. Det bemærkes, at analysen for mænd er baseret på færre data, sammenlignet med analysen for kvinder.

7.2.5 Frivillige ordninger – analyse af observerede data

For grafer henvises til Bilag 7: Frivillige ordninger – grafer for analyse af observerede data.

På grund af at der er så få skader registret på de frivillige ordninger er det ikke muligt, at lave en retvisende analyse alene for disse. I stedet er sammenlignet med den estimerede tarif for ordninger med formodet samtykke, og det kan konkluderes, at frivillige ordninger med rimelighed kan anvende samme tarif.

7.2.6 Den samlet tarif

Den nuværende tarif gældende fra 1.1.2009 er i forhold til den oprindelige tarif:

- A. Justeret i forhold til de observerede data, beskrevet ovenfor.
- B. Udvidet fra 67 år til 69 år, sket ved ekstrapolation af eksisterende tarif.

7.3 Den oprindelige tarif gældende fra 1.1.2000

7.3.1 Indledning

I dette afsnit udarbejdes alders- og kønsopdelte præmierater for Kritisk sygdom i følgende tilfælde:

1. Kritisk sygdom i forbindelse med dødsfaldssum, hvor dødsfaldsdækningen reduceres med udbetalt sum ved Kritisk Sygdom (Afsnit 7.3.2).
2. Kritisk sygdom i forbindelse med invalidesum, hvor invalidedækningen reduceres med udbetalt sum ved Kritisk Sygdom (Afsnit 7.3.3).
3. Kritisk sygdom i forbindelse med dødsfaldssum og invalidesum (Afsnit 7.3.4).
4. Fritstående kritisk sygdom – med karenperiode (Afsnit 7.3.5).

Kritisk sygdom omfatter følgende: kræft, blodprop i hjertet, bypass-opererede tilfælde af koronar-sklerose, hjerteklapkirurgi, hjerneblødning, dissemineret sklerose, nyresvigt og større organtransplantationer.

I tilfælde 1, 2 og 3 udbetales en sum ved en konstateret kritisk sygdom, mens udbetaling i tilfælde 4 tillige forudsætter overlevelse af karenperioden efter diagnosen. Hvis tilfælde 4 er tegnet i forbindelse med en fritstående dødsfaldssum, kan man uden at revidere præmieraterne vælge at udbetale summen straks ved konstatering af en kritisk sygdom og midlertidigt reducere dødsfaldsdækningen tilsvarende i karenperioden. I alle tilfælde udbetales kun en sum per forsikret ved Kritisk sygdom i forsikringstiden.

I udarbejdelsen af præmieraterne underforstås, at forsikrede ikke inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for en af de omfattede diagnoser/behandlinger.

7.3.2 Kritisk sygdom i forbindelse med dødsfaldssum

Lad S^{KS} betegne forsikringssummen ved Kritisk sygdom, og lad S betegne dødsfaldssummen. Sæt $a = S^{KS}/S$ (≤ 1). Vi siger kort, at $100a\%$ af dødsfaldssummen er *accelereret* (100% modregning i dødsfaldssum).

Det er tilstrækkeligt at behandle tilfældet $a = 1$ ($S^{KS} = S$) svarende til, at dødsfaldsdækningen bortfalder efter udbetalt Kritisk sygdom. Eller sagt på en anden måde, at forsikringssummen S udbetales enten ved en kritisk sygdom eller død.

For at udarbejde præmierater i det generelle tilfælde $a < 1$ kan man nemlig opfatte dækningen som sammensat af to forskellige dækninger: En 100% accelereret dødsfaldssum S^{KS} og en fritstående dødsfaldssum $S - S^{KS}$. Den samlede præmierate kan følgelig bestemmes som summen

$$a\pi_1 + (1-a)\pi_2,$$

hvor π_1 betegner præmieraten for den 100% accelererede dødsfaldssum, og π_2 betegner præmieraten for den fritstående dødsfaldssum.

For hver alder x og køn får vi brug for følgende størrelser:

$i(x)$ - 1. gangs incidensraten for kritiske sygdomme i alder x til $x+1$ for hele befolkningen,

$q^D(x)$ - Sandsynligheden for at dø af enhver årsag i alder x til $x+1$,

$k^D(x)$ - Andelen af samtlige dødsfald i alder x til $x+1$ for de liv, som allerede har haft en kritisk sygdom.

Med størrelsen $k^D(x)$ sondres mellem dødsfald blandt personer, der allerede har haft en kritisk sygdom, og personer, der aldrig har haft en kritisk sygdom. Kun dødsfald i sidstnævnte kategori giver ret til udbetaling af en sum.

I Afsnit 8.3.6 uddybes, hvorledes størrelserne $i(x)$ og $k^D(x)$ kan bestemmes ud fra tilgængelige danske statistikker og forskningsresultater, og en egentlig estimation gennemføres.

For at bestemme dødssandsynligheden $q^D(x)$ tages udgangspunkt i den aktuelle bestands dødelighedsgrundlag. Ved at anvende en lavt skønnet skadesprocent α^D for dødsfaldsdækningen vælges

$$q^D(x) = \alpha^D \pi^D(x),$$

hvor $\pi^D(x)$ betegner præmieraten ifølge dødelighedsgrundlaget. For gruppeordninger anvendes det danske unisex gruppelivsgrundlag, og for individuel forsikring anvendes G82M respektive G82K for mænd respektive kvinder.

Præmieraten $\pi(x)$ for den kombinerede Kritisk sygdom og dødsfaldsdækning kan således beregnes som

$$\pi(x) = \pi^D(x) + \pi^{KS}(x),$$

hvor

$$\pi^{KS}(x) = i(x) - k^D(x)q^D(x)$$

er præmieraten for sumudbetalingen ved Kritisk sygdom og besparelsen ved bortfald af dødsfaldsdækningen efter udbetalt sum ved Kritisk sygdom.

Eftersom præmieraten $\pi^{KS}(x)$ kompenseres i forhold til erfaringsdødeligheden $q^D(x)$, vil en undervurdering heraf betyde en større sikkerhedsmargen i præmieraten $\pi^{KS}(x)$.

7.3.3 Kritisk sygdom i forbindelse med invalidesum

I dette underafsnit kombineres Kritisk sygdom med invalidesum. Præmieraterne kan udledes efter nogenlunde samme opskrift som i forrige afsnit.

Vi behandler kun tilfældet, hvor forsikringssummen ved Kritisk sygdom og invalidesummen er ens, altså hvor udbetaling sker enten ved en kritisk sygdom eller invaliditet. For at udlede præmierater i det generelle tilfælde, hvor en procentdel af invalidesummen accelereres, kan metoden beskrevet i forrige afsnit anvendes.

Når vi i dette afsnit fortsætter med at anvende 1. gangs incidensraterne $i(x)$ for kritiske sygdomme, antager vi indirekte, at konstatering af en kritisk sygdom altid indtræffer før invalidering. I den udstrækning dette ikke er tilfældet, foranlediger dette blot en ekstra sikkerhedsmargen i præmieraterne.

Foruden 1. gangs incidensraterne $i(x)$ får vi nu brug for følgende størrelser:

$q^I(x)$ - Sandsynligheden for at blive invalid i alder x til $x+1$.

$k^I(x)$ - Andelen af samtlige invaliditeter i alder x til $x+1$ for de liv, som allerede har haft en kritisk sygdom.

Størrelserne $k^I(x)$ tillægges samme fortolkning som $k^D(x)$ og estimeres i Afsnit 7.3.6 på basis af danske forhold.

Invalidesandsynligheden $q^I(x)$ vælges som

$$q^I(x) = \alpha^I \pi^I(x),$$

hvor $\pi^I(x)$ betegner præmieraten for invalidesum i henhold til den aktuelle bestands invalidegrundlag, og α^I er den tilsvarende skadesprocent. For gruppeordninger anvendes det danske unisex gruppeinvalidegrundlag, og for individuel forsikring anvendes GA82M respektive GA82K for mænd respektive kvinder.

Præmieraten $\pi(x)$ for den kombinerede Kritisk Sygdom og invalidedækning kan således beregnes som

$$\pi(x) = \pi^I(x) + \pi^{KS}(x)$$

hvor præmieraten

$$\pi^{KS}(x) = i(x) - k^I(x)q^I(x)$$

omfatter sumudbetalingen ved Kritisk sygdom og besparelsen ved bortfald af invalidedækningen efter udbetalt sum ved Kritisk sygdom.

Overvejelsen i forrige afsnit om betydningen af en undervurdering af skadeserfaringen α^I gør sig også gældende her.

7.3.4. Kritisk sygdom i forbindelse med dødsfaldssum og invalidesum

Vi sætter nu Kritisk sygdom i forbindelse med både dødsfalds- og invalidedækning. Der tages ikke højde for en eventuel reduktion af Kritisk sygdom og dødsfaldsdækningen efter udbetalt invalidesum.

For at kunne nøjes med et enkelt sæt præmierater antages for simpelhedens skyld, at forsikringssummen ved Kritisk sygdom, dødsfaldssummen og invalidesummen er ens. Andre tilfælde kan behandles efter metoden beskrevet i Afsnit 7.3.2.

Præmieraten $\pi(x)$ for denne dækning kan således beregnes som

$$\pi(x) = \pi^D(x) + \pi^I(x) + \pi^{KS}(x)$$

med

$$\pi^{KS}(x) = i(x) - k^D(x)q^D(x) - k^I(x)q^I(x).$$

Alle indgående størrelser er som definerede i de foregående afsnit.

7.3.5 Fritstående Kritisk sygdom - med karenperiode

Indtil nu har vi udelukkende studeret situationen, hvor en og samme forsikringssum helt eller delvist udbetales ved Kritisk sygdom/invaliditet, og en eventuel overskydende sum udbetales ved dødsfald. Det er imidlertid også muligt at konstruere en dækning, hvor sumudbetalingen ved Kritisk sygdom ikke direkte forbindes med andre dækningsformer.

Udledningen af præmieraterne for en sådan dækning er væsentlig simplere end for dækninger forbundet med dødsfalds- og/eller invalidedækning, eftersom præmieraterne alene vil være afhængige af 1. gangs incidensraterne for Kritisk sygdom. Det er imidlertid nødvendigt at introducere en mindsteoverlevelsperiode efter konstateringen af en kritisk sygdom (en karenperiode). I modsat fald kan der opstå skadessituationer, hvor en kritisk sygdom akut efterfulgt af dødsfald ikke efterlader andet end en dødsattest som behandlingsgrundlag. I langt de fleste tilfælde er dette ikke nok til at fastslå, om der faktisk var tale om en kritisk sygdom i henhold til den underliggende definition.

En karenperiode på mindst en måned anbefales, men en længere karenperiode, eksempelvis på 2 eller 3 måneder, foretrækkes.

Lad $i(x)$ være som tidligere defineret, og indfør ydermere størrelserne:

d - Karenperioden (måneder),
 $p(x,d)$ - Sandsynligheden for at en person, som har haft en kritisk sygdom i alder x til $x+1$, overlever i d måneder.

Præmieraten for fritstående Kritisk sygdom kan da nemt beregnes som

$$\pi(x) = i(x)p(x,d)$$

7.3.6 Datamateriale og estimation

7.3.6.1 Indledning

Formålet med dette afsnit er at estimere de i afsnit 7.3.2 – 7.3.5 introducerede størrelser $i(x)$, $k^D(x)$, $k^I(x)$ og $p(x,d)$.

Som tidligere omtalt findes der endnu ikke brugbare danske forsikringsdata til at kunne estimere disse størrelser, og det er derfor uundgåeligt at ty til andet datamateriale for at kunne gennemføre en pålidelig estimation.

Erfaringer fra udlandet viser, at den relative incidens af de forskellige sygdomme varierer signifikant mellem landene. Det er dog rimeligt at tro på, at sådanne studier generelt giver en god indikation af den relative form af incidensraterne som funktion af alder og køn, men ikke nødvendigvis af det absolutte niveau af sådanne rater. For at bestemme sidstnævnte er det nødvendigt at benytte sig af danske undersøgelser.

Da det er farbart, har vi valgt udelukkende at holde os til danske befolkningsstatistikker og forskningsresultater. I udvælgelsen af materialet har vi lagt vægt på, at de primære definitioner, hvad angår præmieraterne, er kræft, blodprop i hjertet, bypass-opererede tilfælde af koronarsklerose og hjerteklapkirurgi samt hjerneblødning. Således er der i disse tilfælde valgt et meget velfunderet og kontrolleret materiale. I de øvrige tilfælde er der på enkelte punkter slækket lidt på nøjagtigheden.

I Afsnit 7.3.6.2 beskrives de centrale dele af datamaterialet. I Afsnit 7.3.6.2 – 7.3.6.8 gives en teoretisk gennemgang af estimationen. I Afsnit 7.3.7 skitseres hovedtrækkene af den praktiske del af estimationen, som omfatter følgende sygdomme og behandlinger:

- Kræft
- Blodprop i hjertet
- Hjerneblødning
- Bypass-opererede tilfælde af koronarsklerose og hjerteklapkirurgi
- Dissemineret sklerose
- Nyresvigt
- Større organtransplantation

7.3.6.2 Datamaterialet

Fra sundhedsstyrelsen er indhentet et dataudtræk fra Landspatientregisteret 1994 og 1995, som indeholder en sammentælling af antal udskrivninger fra somatiske sygehus-afdelinger i Danmark fordelt efter patienternes køn, alder og aktionsdiagnosekode. Alder er grupperet i 5-årige intervaller, og aktionsdiagnosekoden er i henhold til ICD-10 klassifikationen. Der er kun medtaget udskrivninger af heldøgnspatienter. Tilsvarende data for 1995 er publiceret i Sundhedsstyrelsen (1997c) i tre hovedaldersgrupper (0-14 år, 15-64 år og 65 år +). For at få udtrykt antal udskrivninger per patient er alle tallene korrigeret i henhold til oplysninger i Sundhedsstyrelsen (1997c) om antal personer per aktionsdiagnosekode.

Antal nye kræfttilfælde og prævalensen af kræft for perioden 1943 og fremefter i Danmark udgives årligt af Sundhedsstyrelsen, indtil 1996 dog af Kræftens Bekæmpelse. Se fx Sundhedsstyrelsen (1997a). Alle tallene er opdelt efter køn, 5-års aldersintervaller og kræftform i henhold til ICD-7. For at få udtrykt antal kræfttilfælde per person er antallene efter vejledning i de årlige udgivelser ganget med en faktor 0,9.

Befolkningstal for 1990 til 1994 findes fx i hæfterne Storm (1994a), Storm (1994b), Storm (1995), Storm (1996), Sundhedsstyrelsen (1997a).

Oplysninger om dødsfald i 1994-1995 er hentet fra datasættet, der medfølger Sundhedsstyrelsen (1997b). **Fejl! Ukendt argument for parameter.** Datasættet indeholder en registrering per dødsfald med angivelse af bl.a. personens alder i hele år, køn og primære dødsårsag i henhold til ICD-10.

Oplysninger om $\frac{1}{2}$ - og $\frac{2}{3}$ -invaliditetilkendelser stammer fra datasættet underliggende Assurandør-Societetet (1992).

Alle datasættene består således af befolkningsdata, hvilket giver en vis sikkerhedsmargen i tallene.

7.3.6.3. Estimationen

Da mesteparten af det anvendte materiale beskriver de enkelte sygdomme og behandlinger hver for sig, bliver estimationen også nødt til at foregå separat. En sådan opdeling giver samtidig en vis fleksibilitet i beregningen af præmieraterne for vilkårlige sammensætninger af kritiske sygdomme.

Da en streng estimation af de enkelte størrelser ikke kan gennemføres på baggrund af det tilgængelige materiale, er det desuden nødvendigt at indføre en række praktiske tilpasninger af forskellig art.

De kritiske sygdomme indekseres ved $j = 1, \dots, J$.

7.3.6.4 Incidensrater

En incidensrate er løst sagt defineret som forholdet mellem antallet af tilfælde (incidensen) divideret med antal personer under risiko (eksponeringen).

For at estimere 1. gangs incidensraterne for en kritisk sygdom kræves et datasæt eller en tilsvarende undersøgelse, hvor den samme population er observeret over en passende årrække. Dette har kun været muligt i enkelte tilfælde. I de øvrige tilfælde er incidens-raterne bestemt på basis af en kortere observationsperiode.

Lad altså $i_j(x)$ betegne (1. gangs) incidensraten for den j 'te kritiske sygdom i alder x til $x+1$. 1. gangs incidensraten for Kritisk sygdom i alder x til $x+1$ bestemmes således som

$$i(x) = \sum_{j=1}^J i_j(x).$$

Herved overvurderes den samlede incidensrate en anelse, idet en person, der får flere forskellige kritiske sygdomme, medregnes en gang for hver af de kritiske sygdomme, vedkommende har haft. Det ligger i sagens natur, at fx blodprop i hjertet og hjerteklapkirurgi hyppigt optræder samtidig i en livstid.

7.3.6.5 Andele af dødsfald efter kritiske sygdomme

Ligesom det var tilfældet med 1. gangs incidensraterne, vil en estimation af andelen af dødsfald for de liv, som har haft en kritisk sygdom, kræve, at der findes et datasæt eller en undersøgelse, hvor den samme population er observeret over en længere årrække. Et sådant datasæt er kun fremskaffet for kræft (se Afsnit 7.4.9). I de øvrige tilfælde anvendes følgende tilpasning, der kun kræver data fra en kortere observationsperiode.

Antag, at personer, som har haft den j 'te kritiske sygdom, også dør af samme årsag eller af en anden kritisk sygdom. Derefter defineres andelen af dødsfald i stedet som

$k_j^D(x)$ - Andelen af dødsfald i alder x til $x+1$, der skyldes den j 'te kritiske sygdom,

og den samlede andel beregnes som summen

$$k^D(x) = \sum_{j=1}^J k_j^D(x)$$

Den oplagte ulempe ved denne metode er, at man ser bort fra et antal dødsårsager som ulykker og åndedrætsproblemer, der sagtens kan ramme personer, der har haft en kritisk sygdom. Effekten er en undervurdering, som til alt held medfører en sikkerhedsmargin i præmieraterne, jævnfør formlerne i Afsnit 7.3.1 – 7.3.3.

7.3.6.6 Andele af invaliditeter efter en kritisk sygdom

Metoden beskrevet i forrige afsnit om andelen af dødsfald efter en kritisk sygdom anvendes også her.

Definer således

$k_j^I(x)$ - Andelen af $\frac{1}{2}$ - og $\frac{2}{3}$ -invaliditetilkendelser i alder x til $x+1$, der skyldes den j 'te kritiske sygdom, og den samlede andel som summen

$$k^I(x) = \sum_{j=1}^J k_j^I(x)$$

7.3.6.7 Overlevelsessandsynligheder efter en kritisk sygdom

Lad $p_j(x, d)$ betegne sandsynligheden for, at en person, som har haft den j 'te kritiske sygdom i alder x til $x+1$, overlever i d måneder. Antag, at

$$p_j(x, d) = \exp\left(-\int_0^d \sigma_j(x, t) dt\right),$$

altså at overlevelsen efter den j 'te kritiske sygdom beskrives ved dødsintensiteten $\sigma_j(x, t)$. Antag videre, at dødsintensiteten kan skrives på Gompertz-Makeham form som

$$\sigma_j(x, t) = \alpha + \beta c^{x+t},$$

hvor x er alderen ved konstateringen af den j 'te kritiske sygdom, og t er forløbet tid efter konstateringen. Tilfældet $x=0$ svarer til, at overlevelsen kun afhænger af, hvor lang tid siden den pågældende kritiske sygdom blev konstateret.

Den samlede sandsynlighed for at overleve i d måneder efter en kritisk sygdom fås da ved at vægte de individuelle overlevelsessandsynligheder med de individuelle incidensrater på følgende vis:

$$p(x, d) = \frac{\sum_{j=1}^J i_j(x) p_j(x, d)}{i(x)}.$$

7.3.6.8 Udglatning

Størrelserne $i(x)$, $k^D(x)$, $k^I(x)$ er først bestemt for 5-årige aldersintervaller. Dernæst er der ved vægdet lineært glidende gennemsnit udledt tilsvarende størrelser for hele alderstrin. Til sidst er der udført en udglatning ved Whittaker-Hendersons metode. Størrelserne $\sigma_j(x, t)$ er tilnærmet den parametriske Gompertz-Makeham form ved standardmetoder.

7.3.7 Kommentarer til de enkelte sygdomme og behandlinger

7.3.7.1 Kræft

Incidensraterne er estimeret på basis af data vedrørende antal nye kræfttilfælde i 1992-1994 for diagnosegrupperne 140-190, 192-205. Tallene er fundet i Storm (1995), Storm (1996) og Sundhedsstyrelsen (1997a).

Andelene af dødsfald efter kræft er beregnet ud fra den alders-, køns- og diagnoseopdelte prævalens for 1990-94 i Storm (1994a), Storm (1994b), Storm (1995), Storm (1996) og Sundhedsstyrelsen (1997a).

Overlevelsessandsynlighederne er beregnet for mænd og kvinder ud fra oplysningerne i Carstensen (1993) for perioden 1983-87 og de fremherskende diagnosegrupper. Der er set bort fra alderen på konstateringstidspunktet.

7.3.7.2 Blodprop i hjertet

Incidensraterne er estimeret med udgangspunkt i antal udskrivninger per patient i 1994-95 for diagnosegrupperne I21-I22. Det skønnes, at ca. 1/3 af alle dødsfald forårsaget af blodprop i hjertet sker før eller under indlæggelse, hvorfor 1/3 af antallet af disse dødsfald er inkluderet i incidensraterne.

Overlevelsessandsynlighederne er fastlagt ud fra oplysninger i Jensen (1997) for perioden 1979-81. Der er set bort fra alderen på konstateringstidspunktet, ligesom der heller ikke er taget hensyn til køn.

7.3.7.3 Hjerneblødning

Incidensraterne er estimeret med udgangspunkt i antal udskrivninger per patient i 1994-95 for diagnosegrupperne I60-I64.

Overlevelsessandsynlighederne er fastlagt ud fra oplysninger i Jørgensen (1996) for perioden 1989-93. Der er set bort fra alderen på konstateringstidspunktet, ligesom der heller ikke er taget hensyn til køn.

7.3.7.4 Bypass-opererede tilfælde af koronarsklerose og hjerteklapkirurgi

Incidensraterne er estimeret på basis af antal udførte bypass-, ballon- og hjerteklap-operationer i 1994, jævnfør Sundhedsstyrelsen (1998). Disse tal er herefter justeret i henhold til Olsen (1997) og Thayssen (s.a.) ud fra hvor stor en del af samtlige bypass- og ballonoperationer, der i 1994 er udført på patienter, der tidligere har haft blodprop i hjertet eller fået udført en hjerteoperation. Tallene er fordelt på alder 20-69 og køn efter samme form som incidensraterne for blodprop i hjertet (se Afsnit 7.3.9).

Ud fra tidligere udgaver analoge med Sundhedsstyrelsen (1997c) og (1998) er det vurderet, at det er rimeligt at antage, at det totale antal blodpropper i hjertet, bypass-, ballon- og hjerteklapoperationer er omtrentlig konstant. Antagelsen betyder, at en stigning på operationssiden medfører et samtidigt fald i antal blodpropper i hjertet og omvendt. I årene 1995-97 er der ifølge Sundhedsstyrelsen (1998) sket en markant stigning i antallet af hjerteoperationer, især af ballonoperationer, som med denne antagelse automatisk reflekteres i de samlede incidensrater for blodprop i hjertet og hjerteoperationer.

Da det ikke har været muligt at verificere ovenstående antagelse, er der set i lyset af den markante stigning i operationsantallet for en sikkerheds skyld indført et tillæg til incidensraterne på 125%. Således bliver incidensraterne 10% af de tilsvarende incidensrater for blodprop i hjertet.

Der er anvendt samme overlevelsessandsynligheder som for blodprop i hjertet på trods af, at overlevelsen efter operation må formodes at være bedre.

7.3.7.5 Dissemineret sklerose

Incidensraterne er estimeret med udgangspunkt i antal udskrivninger per patient i 1994-95 for diagnosegruppen G35.9. Tallene er justeret i forhold til det forventede antal tilfælde af dissemineret sklerose i henhold til resultaterne i Henriksen (s.a.) for perioden 1970-89.

Det vurderes, at en person, der har fået konstateret dissemineret sklerose efter overlevelse i 1 år vil få risikobedømmelsen D3 ved tegning af livsforsikring.

Overlevelsessandsynligheden er derfor som et kvalificeret gæt bestemt ud fra D3 i G82M og G82K.

7.3.7.6 Nyresvigt

Incidensraterne er estimeret med udgangspunkt i antal udskrivninger per patient i 1994-95 for diagnosegrupperne N17-N19. Tallene er justeret i forhold til antallet af udførte nyretransplantationer i samme periode ifølge Vestergaard (1998).

Overlevelsessandsynlighederne er bestemt ud fra D4 i G82M og G82K med samme overvejelse som for dissemineret sklerose (se Afsnit 7.3.7.5).

7.3.7.7 Større organtransplantation

Da det drejer sig om et forholdsvis beskedent antal transplantationer om året (langt mindre end 200 ifølge Sundhedsstyrelsen (1998)), hvilket vil betyde en forhøjelse af raterne på under 1%, er der set bort fra organtransplantationer.

7.3.8 Dødsfald efter en kritisk sygdom

Der er set bort fra bypass-opererede tilfælde af koronarsklerose, hjerteklapkirurgi og større organtransplantation. For blodprop i hjertet, hjerneblødning, dissemineret sklerose og nyresvigt er andelen beregnet ud fra antallet af dødsfald i 1994-95 forårsaget af disse sygdomme. For kræft er andelen beregnet efter metoden beskrevet i Afsnit 7.3.7.1.

Der er kun anvendt 80% af de estimerede andele, da det skønnes, at dødsfald, der sker blandt personer i arbejde, sjældnere skyldes kritisk sygdom, end blandt personer udenfor arbejdsstyrken. Heri ligger en yderligere sikkerhedsmargin.

7.3.9 Invaldetilkendelser efter en kritisk sygdom

Der er kun taget hensyn til sygdommene kræft, blodprop i hjertet og hjerneblødning som de vigtigste. Andelene er beregnet ud fra antallet af $\frac{1}{2}$ - og $\frac{2}{3}$ -invaldetilkendelser som følge af svulster (inkl. godartede), karsygdomme i hjernen (hjerneblødning) samt andre sygdomme i kredsløbsorganer (som blandt andet omfatter blodprop i hjertet).

7.3.10 Kritiske sygdom i frivillige gruppeordninger mod helbredsoplysninger

7.3.10.1 Helbredsoplysninger

Det forventes, at de yderligere krav til helbredsoplysninger ved tegning af frivillig gruppeordning kompenserer for den øgede risiko for anti-selektion som følge af frivilligt valg af dækning.

For livsforsikring i Danmark er følgende forhold gældende: skadesprocent på gruppelev (funktionærer) estimeres til omkring 43% og skadesprocent på individuel livsforsikring (typisk pensionsordninger for funktionærer) estimeres til hhv. omkring 50% for mænd og 40% for kvinder i arbejde. Analyser viser, at forskellen mellem obligatorisk gruppelev (primært uden helbredsoplysninger) og individuel livsforsikring (primært med individuelle helbredsoplysninger) forsigtigt kan estimeres til omkring 0%.

Internationale erfaringer viser, at skadesprocenten på Kritisk sygdom med fuldstændige individuelle helbredsoplysninger er 10% bedre end skadesprocenten uden tilsvarende oplysninger.

7.3.10.2 Tarif

Den eksisterende tarif for kritisk sygdom som gruppeforsikring betegnes q ; ud fra q forventes en skadesprocent på omkring 90%. Følgende regler angående rygning er besluttet:

en ikke-ryger og en ryger, der ryger til og med 20 cigaretter eller tilsvarende i en anden form for tobak, tilbydes forsikring til samme præmie.

en ryger, der ryger mere end 20 cigaretter eller tilsvarende i en anden form for tobak, tilbydes forsikring mod forhøjet præmie.

Statistikker fra Tobakskaderådet viser, at ca. 2/3 af den danske befolkning er ikke-rygere, og at ca. 44% af den danske befolkning aldrig har røget. Andelen af rygere er faldende, mens der derimod er et konstant eller svagt stigende antal storrygere (flere end 15 cigaretter om dagen).

Der tages 50% ekstrapræmie for rygere i gruppe 1 ovenfor, og 100% ekstrapræmie for rygere i gruppe 2 ovenfor. Beregninger viser, at ekstrapræmien for gruppe 1 skal være mellem 10% og 25%. Der kan regnes med en stor andel rygere i gruppe 1, så der sigtes snarere efter et tillæg på 25% end efter et tillæg på 10%. Dog vil gruppe 1 stadig indeholde en del ikke-rygere. Tariffen er en fælles tarif for en portefølje med ukendt ryger-status, og som følge deraf indrømmes en rabat på 10%.

Den endelige tarif for gruppe 1 besluttet derefter at være

$$(100\% - 10\%) * (100\% + 25\%) * q$$

svarende til 112,5% af q ; dvs. et tillæg på 12,5%.

For gruppe 2 er tariffen 200% af q , dvs. et tillæg på 100%.

Det forventes, at denne tarif for kritisk sygdom mod helbredsoplysninger resulterer i en skadesprocent, der er mindst lige så god som skadesprocenten for kritisk sygdom på gruppebasis.

7.3.11 Den samlet tarif

Den samlet oprindelige tarif er angivet i bilag 8.

7.3.12 Litteraturliste

Carstensen, B.; Storm, H.H.; Schou, G.: *Survival of Danish cancer patients 1943-87. I: APMIS*, vol. 101, suppl. 33, 1993.

Henriksen, N. K.: Incidence estimates corrected for delay of ascertainment based on the Danish multiple sclerosis register 1970-1989. S.a. (ikke publiceret).

Assurandør-Societetet mfl.: *Invaliditet og erhverv*. Assurandør-Societetet, 1992.

Jensen, S.G.; Launbjerg, J.; Mortensen, L.S.; Hansen, J.F.: *Prognosen efter AMI - er der en kønsforskel? I: Ugeskrift for læger*, nr. 159/25, 1997.

Jørgensen, H.S.; Nakayama, H.; Raaschou, H.O.; Larsen, K.J.; Hübbe, P.; Olsen, T.S. *Apopleksi-afsnit - reducerer dødelighed; plejehjemsbehov; liggetid og sparer penge. I: Ugeskrift for læger*, nr. 158/35, 1996.

Olsen, P.S.; Thiis, J.J.; Stentoft, P.; Dimo, B.; Jensen, K.M.S.; Arendrup, H.C.; Petterson, G.: *Koronar bypass-kirurgi på Rigshospitalet 1993-95. I: Ugeskrift for læger*, nr. 159/6, 1997.

Storm, H.H. (1994a); Manders, T.; Friis, S.; Brandt, B. *Cancer Incidence in Denmark 1990*. Kræftens bekæmpelse, 1994.

Storm, H.H. (1994b); Manders, T.; Lecker, S.: *Cancer Incidence in Denmark 1991*. Kræftens bekæmpelse, 1994.

Storm, H.H.; Pihl, J.; Michelsen, E.: *Cancer Incidence in Denmark 1992*. Kræftens bekæmpelse, 1995.

Storm, H.H.; Pihl, J.; Michelsen, E.; Nielsen, A.L.: *Cancer Incidence in Denmark 1993*. Kræftens bekæmpelse, 1996.

Sundhedsstyrelsen (1997a): *Cancer Incidence in Denmark 1994*. Sundhedsstyrelsen, 1997. (Sundhedsstatistikken 1997:7).

Sundhedsstyrelsen (1997b): *Dødsårsagerne 1994 og 1995*. Sundhedsstyrelsen, 1997. (Sundhedsstatistikken 1997:3).

Sundhedsstyrelsen (1997c): *Sygdomsmønsteret for indlagte og ambulante patienter 1995*. Sundhedsstyrelsen, 1997. (Sundhedsstatistikken 1997:5).

Sundhedsstyrelsen: *Forundersøgelse og hjertekirurgi: Opgørelse af aktivitet og venteliste pr. 28/2 1998*. 1998 (ikke publiceret).

Thayssen, P.: *Dansk PTCA register*. Dansk Cardiologisk Selskab, s.a.

Vestergaard, P.; Løkkegaard, H.: *Prognose for antallet af dialyse- og transplantationspatienter i Danmark. I: Ugeskrift for læger*, nr. 160/31, 1998.

8. PRISFASTSÆTTELSE AF ORDNINGSBASEREDE TILVALG

8.1 Prisfastsættelse af børnedækning/visse kritiske sygdomme (OT-1)

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.

Tarif præmie for alder x er

$$t(x) = i \cdot b(x) \cdot a,$$

hvor i er incidensen, $b(x)$ er børneintensiteten for en x -årig og a er et sikkerhedstillæg.

Incidensen er den gennemsnitlige forekomst af de omfattede sygdomme blandt børn, der ikke er fyldt 18 år. Incidensen afhænger ikke af alder. Incidensen er angivet i tabel 1.

Børneintensiteten $b(x)$ er det gennemsnitlige antal børn, der ikke er fyldt 18 år, for en forsikret, der er fyldt x år. Intensiteten er på formen

$$\begin{aligned} b(x) &= 0,75 & 18 \leq x \leq 30 \\ b(x) &= 0,75 + 0,15(x - 30) & 31 \leq x \leq 35 \\ b(x) &= 1,65 & 36 \leq x \leq 44 \\ b(x) &= 1,45 - 0,11(x - 45) + 0,00175(x - 45)^2 & 45 \leq x \leq 62 \\ b(x) &= 0,02(67 - x) & 63 \leq x \leq 64 \end{aligned}$$

Sikkerhedstillægget a svarer til et risikotillæg på 10%

$$a = \frac{1}{0,9}.$$

Incidensen er angivet i tabel 1, børneintensiteten er angivet i tabel 2 og tariffen er angivet i Afsnit 5.7.

Tabel 1. / Incidenser pr. 1.000 børn

Sygdom	1.000 \times i
Meningitis	0,069
Ondartet kræft	0,171
HIV	0,000
AIDS	0,094
Nyresvigt	0,021
Blindhed	0,000
Døvhed	0,000
Samlet incidens	0,355

Tabel 2. / Børneintensiteter

Alder	$b(x)$	Alder	$b(x)$
18-30	0,75	48	1,14
31	0,90	49	1,04
32	1,05	50	0,94
33	1,20	51	0,85
34	1,35	52	0,77
35	1,50	53	0,68
36	1,65	54	0,60
37	1,65	55	0,52
38	1,65	56	0,45
39	1,65	57	0,38
40	1,65	58	0,32
41	1,65	59	0,25
42	1,65	60	0,19
43	1,65	61	0,14
44	1,65	62	0,09
45	1,45	63	0,08
46	1,34	64	0,06
47	1,24		

8.1.1 Estimation af incidenser til børneforsikring

I det følgende beskrives, hvorledes incidenserne, der benyttes i tariffen for børnedækningen, er estimeret.

Incidensen er den gennemsnitlige forekomst af de omfattede sygdomme blandt børn, der ikke er fyldt 18 år.

De indsamlede data understøtter ikke en detaljeret analyse af sammenhængen mellem køn, alder og incidens. Vi antager, at incidensen er uafhængig af alder og køn. Da tariffen anvendes til beregninger på grupper, er denne antagelse ikke unødvendig restriktiv.

Incidensen for den enkelte sygdom estimeres ved

$$i = \frac{\text{antal tilfælde}}{\text{eksponering}}$$

Antal tilfælde er antal konstaterede tilfælde af den pågældende sygdom blandt børn under 18 år. Nedenfor er det angivet, hvor oplysninger om antal konstaterede tilfælde af den pågældende sygdom kommer fra.

Eksponeringen er angivet i person-år. Eksponeringen svarer til perioden, hvor antallet af konstaterede sygdomme er observeret. Eksponeringen bygger på befolkningsstatistikker fra Danmarks Statistik.

Den samlede incidens for alle de omfattede sygdomme er summen af incidenserne for de enkelte sygdomme.

I estimationen af incidenserne er der ikke taget hensyn til følgende punkter.

Barnet er først omfattet af dækningen efter, at barnet er fyldt 6 md.

Diagnosen skal være stillet efter, at forsikringen er tegnet.

Børnedækningen ophører efter, at dækningen er udløst første gang.

Det bevirker at et større antal konstaterede sygdomme, end der rent faktisk ville have været dækning for, indgår i estimationen af incidensen. Det medfører at incidenserne overvurderes, dvs. fejlen påvirker estimationen til den sikre side.

Oplysninger om antal sygdomme er indsamlet fra forskellige statistikker. De er nærmere angivet nedenfor.

Meningitis

Oplysninger fra DRG. DRG (Diagnose Relaterede Grupper) indeholder oplysninger om antal behandlinger og aldersfordeling for de behandlede patienter. Data er oprindeligt lavet for at analysere sygehusenes produktivitet. Tallene er fra 1994-1996.

Ondartet kræft

Oplysninger fra Cancer Registeret. Cancer registeret registrerer alle cancertilfælde i Danmark. Indeholder oplysninger om diagnoser, antal og alder. Tallene er fra 1996.

HIV

I de sidste 13 år er et barn blevet smittet med HIV som følge af blodtransfusion. Denne risiko vurderes at være ubetydelig.

AIDS

Oplysninger fra DRG. Tallene er fra 1994-1996.

Nyresvigt

Oplysninger fra DRG. Tallene er fra 1994-1996.

Blindhed

Betingelserne for blindhed er meget restriktive. Derfor antages risikoen for at udløse denne dækning at være ubetydelig i forhold til de øvrige diagnoser.

Døvhed

Betingelserne for døvhed er meget restriktive. Derfor antages risikoen for at udløse denne dækning at være ubetydelig i forhold til de øvrige diagnoser.

8.2 Prisfastsættelse af kræft tilbagefald (OT-2)

Dækning af mere end 2. gangs cancer. Præmien udgør 4 % af hele tariffen for både mænd og kvinder. Præmien er fastsat i forbindelse med gennemgang af statistisk materiale fra egne, såvel som eksterne kilder og i samarbejde med Swiss Re.

8.3 Prisfastsættelse af flere gangs forekomst af forskellige diagnoser (OT-3)

Der er udarbejdet en tarif, hvor der kan ske udbetaling ved flere gangs 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. Procenttillæggene er bestemt ud fra incidensrater.

Tariffen er udarbejdet på grundlag af observerede data i forsikringsbestanden for perioden 2001-2012, samt ved gennemgang af statistisk materiale fra eksterne kilder og med information fra Helbred & Forsikring.

Forudsætninger

Der er ikke fundet tilgængeligt data/analyser, hvor der specifikt er analyseret på forekomsten af flere Visse kritiske sygdomme for samme person.

I henhold til information fra Helbred & Forsikring er flere af de dækkede sygdomme beslægtede, på den måde at de enten disponerer til hinanden, at den ene tilstand med tiden kan udvikle sig til den anden (progredierte), eller at de ligefrem er dækninger for den samme tilstand.

Cancerdækningerne er beslægtede og dækningerne for hjertekar-sygdomme er beslægtede. Samlet tegner de sig for omkring 90 % af udbetalingerne for produktet Visse kritiske sygdomme.

Helbred & Forsikring vurderer desuden at min. 25 % af cancertilfældene får tilbagefald eller fornyet relateret kræft. Hjertekar-sygdommene progredierer, så her vurderes tilbagefaldsprocenten måske at være endnu højere.

Gruppering af data

Idet kræft og hjertekar-sygdommene udgør omkring 90 % af udbetalingerne er der ved udarbejdelsen af tariffen taget udgangspunkt i vurderingerne af tilbagefaldsprocenterne fra Helbred & Forsikring.

Data er derfor grupperet i 3 overordnede grupper af diagnoser: kræft (gruppe 1), hjertekar-sygdomme (gruppe 2) og øvrige ikke beslægtede sygdomme (gruppe 3), som angivet nedenfor. I grupperne er kun medtaget de diagnoser, som er omfattet af Alka Liv II's forsikringsbetingelser for produktet Visse kritiske sygdomme.

Gruppe 1: kræft.

Gruppe 2: blodprop i hjernen, blodprop i hjertet, hjertekaroperation, hjerteklapkirurgi, større organtransplantationer.

Gruppe 3: ALS, dissemineret sklerose, nyresvigt, sækformet udvidelse, visse godartede svulster, meningitis, aorta, muskelsvind, HIV, AIDS, blindhed, døvhed, Parkinson, Creutzfeldt.

Model

Lad følgende være gældende:

A_K^1 : antal skader for 1. gangs kræft (gruppe 1)

A_H^1 : antal skader for 1. gangs hjertekar-sygdomme (gruppe 2)

A_\emptyset^1 : antal skader for 1. gangs øvrige diagnoser (gruppe 3)

A_H^f : antal skader for flere gangs hjertekar-sygdomme

A_\emptyset^f : antal skader for flere gangs øvrige diagnoser

$A_K^{b.1}$: antal skader for 1. gangs kræft betinget af, at der er sket udbetaling af én VKS, som ikke er kræft

$A_H^{b.1}$: antal skader for 1. gangs hjertekar-sygdomme betinget af, at der er sket udbetaling af én VKS, som ikke er hjertekar-sygdom

$A_\emptyset^{b.1}$: antal skader for 1. gangs øvrige diagnoser betinget af, at der er sket udbetaling af én VKS, som ikke er øvrige diagnoser

$A_K^{b.2}$: antal skader for 1. gangs kræft betinget af, at der er sket udbetaling af mindst to VKS, som ikke er kræft

$A_H^{b.2}$: antal skader for 1. gangs hjertekar-sygdomme betinget af, at der er sket udbetaling af mindst to VKS, som ikke er hjertekar-sygdomme

$A_\emptyset^{b.2}$: antal skader for 1. gangs øvrige diagnoser betinget af, at der er sket udbetaling af mindst to VKS, som ikke er øvrige diagnoser

R_K^1 : risikotid for 1. gangs kræft (gruppe 1)

R_H^1 : risikotid for 1. gangs hjertekar-sygdomme (gruppe 2)

R_\emptyset^1 : risikotid for 1. gangs øvrige diagnoser (gruppe 3)

I_K^1 : incidensraten for 1. gangs kræft (gruppe 1)

I_H^1 : incidensraten for 1. gangs hjertekar-sygdomme (gruppe 2)

I_\emptyset^1 : incidensraten for 1. gangs øvrige diagnoser (gruppe 3)

I_H^f : incidensraten for flere gangs hjertekar-sygdomme

I_{\emptyset}^f : incidensraten for flere gangs øvrige diagnoser

$I_K^{b.1}$: incidensraten for 1. gangs kræft betinget af, at der er sket udbetaling af én VKS, som ikke er kræft

$I_H^{b.1}$: incidensraten for 1. gangs hjertekar-sygdom betinget af, at der er sket udbetaling af én VKS, som ikke er hjertekar-sygdom

$I_{\emptyset}^{b.1}$: incidensraten for 1. gangs øvrig diagnose betinget af, at der er sket udbetaling af én VKS, som ikke er øvrig diagnose

$I_K^{b.2}$: incidensraten for 1. gangs kræft betinget af, at der er sket udbetaling af mindst to VKS, som ikke er kræft

$I_H^{b.2}$: incidensraten for 1. gangs hjertekar-sygdom betinget af, at der er sket udbetaling af mindst to VKS, som ikke er hjertekar-sygdomme

$I_{\emptyset}^{b.2}$: incidensraten for 1. gangs øvrig diagnose betinget af, at der er sket udbetaling af mindst to VKS, som ikke er øvrige diagnoser

F_H : faktor til bestemmelse af antal hjertekar-sygdomme (gruppe 2), som progredierer

I_{Nuv} : totale incidensrate for nuværende tarif

I_{Ny} : totale incidensrate for nye tarif, hvor der kan ske udbetaling af mere end en VKS

P_{Ny} : procenttillæg til den gældende tarif for standarddækningen, hvor der kan ske udbetaling af mere end en VKS

Alle A'er, I'er og R'er opgøres separat for mænd og kvinder.

Den totale incidensrate for den nye tarif er:

$$I_{Ny} = I_H^f + I_{\emptyset}^f + I_K^{b.2} + I_H^{b.2} + I_{\emptyset}^{b.2} + I_K^{b.1} + I_H^{b.1} + I_{\emptyset}^{b.1} + I_K^1 + I_H^1 + I_{\emptyset}^1$$

mens den totale incidensrate for den gældende tarif for standarddækningen er:

$$I_{Nuv} = I_K^1 + I_H^1 + I_{\emptyset}^1$$

Procenttillægget P_{Ny} til den gældende tarif for standarddækningen er herefter:

$$P_{Ny} = I_{Ny} / I_{Nuv} - 1$$

Det antages at diagnosegrupperne 1, 2 og 3 er uafhængige, hvilket anses for at være en plausibel antagelse.

Der haves herefter:

$$I_H^f = A_H^f / R_H^1 = F_H * A_H^1 / R_H^1$$

$$I_{\emptyset}^f = A_{\emptyset}^f / R_{\emptyset}^1 = I_{\emptyset}^1 * A_{\emptyset}^1 / R_{\emptyset}^1$$

$$I_K^{b.2} = A_K^{b.2} / R_K^1 = I_K^1 * (A_H^f + A_{\emptyset}^f) / R_K^1 = I_K^1 * ((F_H * A_H^1) + (I_{\emptyset}^1 * A_{\emptyset}^1)) / R_K^1$$

$$I_H^{b.2} = A_H^{b.2} / R_H^1 = I_H^1 * A_{\emptyset}^f / R_H^1 = I_H^1 * ((I_{\emptyset}^1 * A_{\emptyset}^1)) / R_H^1$$

$$I_{\emptyset}^{b.2} = A_{\emptyset}^{b.2} / R_{\emptyset}^1 = I_{\emptyset}^1 * A_H^f / R_{\emptyset}^1 = I_{\emptyset}^1 * ((F_H * A_H^1)) / R_{\emptyset}^1$$

$$I_K^{b.1} = A_K^{b.1} / R_K^1 = I_K^1 * (A_H^1 + A_{\emptyset}^1) / R_K^1$$

$$I_H^{b.1} = A_H^{b.1} / R_H^1 = I_H^1 * (A_K^1 + A_{\emptyset}^1) / R_H^1$$

$$I_{\emptyset}^{b.1} = A_{\emptyset}^{b.1} / R_{\emptyset}^1 = I_{\emptyset}^1 * (A_K^1 + A_H^1) / R_{\emptyset}^1$$

$$I_K^1 = A_K^1 / R_K^1$$

$$I_H^1 = A_H^1 / R_H^1$$

$$I_{\emptyset}^1 = A_{\emptyset}^1 / R_{\emptyset}^1$$

$A_K^1, A_H^1, A_{\emptyset}^1, R_K^1, R_H^1$ og R_{\emptyset}^1 bestemmes ud fra data og er således kendte, mens F_H fastsættes ud fra en skønsmæssig vurdering, hvilket gøres i næste afsnit.

Ved anvendelse af R_K^1, R_H^1 og R_{\emptyset}^1 ved fastsættelse af alle incidensraterne begås der en lille fejl, idet de skader som er indtruffet, efterfølgende selv genere risikotid, men denne risikotid anses for at være marginal.

Fastsættelse af faktoren F_H

Det antages, ud fra vurdering af Helbred & Forsikring, at 30 % af hjertekar-sygdommene (gruppe 2) progredierer til 2. gangs forekomst. At 30 % af disse yderligere progredierer til 3. gangs forekomst og at 30 % af disse yderligere progredierer til 4. gangs forekomst. Det samlet tillæg for hjertekar-sygdomme sættes derfor til 41,7 %.

Dvs. $F_H = 0,417$

Ved fastsættelse af faktoren på denne måde, vil der i faktoren være indregnet, at der kan ske udbetaling flere gange af samme diagnose under hjertekar-sygdomme. Begrænsningen på, at der ikke kan ske udbetaling af flere gange for samme diagnose under hjertekar-sygdomme er således ikke en begrænsning i tariffen, men vil være en begrænsning i forsikringsbetingelserne og kan opfattes som et sikkerhedstillæg til tariffen.

Kræft (gruppe 1) progredierer, men idet der kun kan udbetales for én kræftdiagnose, så skal der ikke fastsættes en faktor for denne gruppe.

Diagnoser omfattet af Øvrige diagnoser (gruppe 3) antages at være uafhængige og progredierer derfor ikke, så der skal heller ikke fastsættes en faktor for denne gruppe. Der vil også her være gældende, at der kun kan ske udbetaling én gang for samme diagnose.

Analyse af data

Ved anvendelse af modellen på observerede data i forsikringsbestanden for perioden 2001-2012 fås hermed, jf. nedenstående beregninger, et procenttillæg for kvinder på 9,4 % og et procenttillæg for mænd på 20,4 %. Disse oprundes til 10 % for kvinder og 21 % for mænd.

Pr. diagnose	2001 - 2012							
	Antal skader		Andel K		Andel M		Incidens	
	Kvinder	Mænd	Andel K	Andel M	Risikotid K	Risikotid M	Incidens K	Incidens M
Kræft	3.795	956	66,9%	43,5%	893.650	353.928	0,004247	0,002701
Hjerneblødning	657	313	11,6%	14,2%	893.650	353.928	0,000735	0,000884
Blodprop i hjertet	289	362	5,1%	16,5%	893.650	353.928	0,000323	0,001023
Koronarsklerose	213	290	3,8%	13,2%	893.650	353.928	0,000238	0,000819
Hjertekirurgi	47	66	0,8%	3,0%	893.650	353.928	0,000053	0,000186
Organtransplantation	18	21	0,3%	1,0%	893.650	353.928	0,000020	0,000059
Dissemineret sklerose	275	47	4,8%	2,1%	893.650	353.928	0,000308	0,000133
2. gangs kræft	97	20	1,7%	0,9%	893.650	353.928	0,000109	0,000057
Svulster i hjerne og rygmarv	59	12	1,0%	0,5%	893.650	353.928	0,000066	0,000034
Nyresvigt	56	26	1,0%	1,2%	893.650	353.928	0,000063	0,000073
Parkinsons syge	47	28	0,8%	1,3%	893.650	353.928	0,000053	0,000079
Uoplyst, andet (bl.a. Aorta)	44	25	0,8%	1,1%	893.650	353.928	0,000049	0,000071
Muskelsvind	22	11	0,4%	0,5%	893.650	353.928	0,000025	0,000031
Udvidelse af hjernens pulsårer	26	8	0,5%	0,4%	893.650	353.928	0,000029	0,000023
lateralsklerose	14	4	0,2%	0,2%	893.650	353.928	0,000016	0,000011
Blindhed	2	6	0,0%	0,3%	893.650	353.928	0,000002	0,000017
Jacob Kreutzfeldt syndrom	2	0	0,0%	0,0%	893.650	353.928	0,000002	0,000000
Døvhed	1	0	0,0%	0,0%	893.650	353.928	0,000001	0,000000
AIDS	0	3	0,0%	0,1%	893.650	353.928	0,000000	0,000008
HIV	0	0	0,0%	0,0%	893.650	353.928	0,000000	0,000000
Menigitis	9	1	0,2%	0,0%	893.650	353.928	0,000010	0,000003
I alt	5.673	2.199	100,0%	100,0%	893.650	353.928	0,006348	0,006213
Nuværende tarif (kun én udbetaling)								
1. gang kræft (I _k ¹)	3.795	956	66,9%	43,5%	893.650	353.928	0,004247	0,002701
1. gang hjertekar-sygdomme (I _h ¹)	1.224	1.052	21,6%	47,8%	893.650	353.928	0,001370	0,002972
1. gang øvrige (I _o ¹)	654	191	11,5%	8,7%	893.650	353.928	0,000732	0,000540
I alt	5.673	2.199	100,0%	100,0%	893.650	353.928	0,006348	0,006213
Ny tarif (flere gangs udbetalinger)								
Flere gangs hjertekar (I _h)	510,41	438,68	8,2%	16,6%	893.650	353.928	0,000571	0,001239
Flere gangs øvrige (I _o)	0,48	0,10	0,0%	0,0%	893.650	353.928	0,000001	0,000000
1. gang kræft betinget af, at der er sket udbetaling af mindst to VKS, som ikke er kræft (I _k ^{b2})	2,17	1,19	0,0%	0,0%	893.650	353.928	0,000002	0,000003
1. gang hjertekar-sygdomme betinget af, at der er sket udbetaling af mindst to VKS, som ikke er hjertekar-sygdom (I _h ^{b2})	0,00	0,00	0,0%	0,0%	893.650	353.928	0,000000	0,000000
1. gang øvrige diagnoser betinget af, at der er sket udbetaling af mindst to VKS, som ikke er en øvrig diagnose (I _o ^{b2})	0,37	0,24	0,0%	0,0%	893.650	353.928	0,000000	0,000001
1. gang kræft betinget af, at der er sket udbetaling af én VKS, som ikke er kræft (I _k ^{b1})	7,98	3,36	0,1%	0,1%	893.650	353.928	0,000009	0,000009
1. gang hjertekar-sygdomme betinget af, at der er sket udbetaling af én VKS, som ikke er hjertekar-sygdom (I _h ^{b1})	6,09	3,41	0,1%	0,1%	893.650	353.928	0,000007	0,000010
1. gang øvrige diagnoser betinget af, at der er sket udbetaling af én VKS, som ikke er en øvrig diagnose (I _o ^{b1})	3,67	1,08	0,1%	0,0%	893.650	353.928	0,000004	0,000003
1. gang kræft (I _k ¹)	3.795	956	61,2%	36,1%	893.650	353.928	0,004247	0,002701
1. gang hjertekar-sygdomme (I _h ¹)	1.224	1.052	19,7%	39,7%	893.650	353.928	0,001370	0,002972
1. gang øvrige (I _o ¹)	654	191	10,5%	7,2%	893.650	353.928	0,000732	0,000540
I alt	6.204	2.647	100,0%	100,0%	893.650	353.928	0,006943	0,007479
Tillæg til nuværende tarif (P_{ny})							9,4%	20,4%

8.4 Prisfastsættelse af nye diagnoser for voksendækningen og børnedækningen (OT-4)

Der er udarbejdet en tarif, hvor der kan ske udbetaling ved forekomst af følgende diagnoser:

Børnedækning – nye diagnoser	Voksendækning – nye diagnoser
B1: Operationskrævende hjertesygdom	V1: Følger efter Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE)
B2: Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi)	V2: Større forbrændinger, forfrysninger eller ætsninger
B3: Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse (AV-malformation) samt kavernøst angiom i hjernen	V3: Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som sekundær profylakse
B4: Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv	
B5: Dissemineret sklerose	
B6: Større organtransplantationer	
B7: Følger efter Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE)	

B8: Større forbrændinger, forfrysninger eller ætsninger	
B9: Histiocytoser og fibromatoser	

Tariffen er udarbejdet på grundlag af observerede data i forsikringsbestanden for perioden 2001-2012, samt ved gennemgang af statistisk materiale fra eksterne kilder.

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. Procenttillæggene er bestemt ud fra incidensrater.

Model

Incidensraterne for de nye diagnoser er benævnt: I_{B1} , I_{B2} , I_{B3} , I_{B4} , I_{B5} , I_{B6} , I_{B7} , I_{B8} , I_{B9} , I_{V1} , I_{V2} og I_{V3}

De samlede incidensrater I_{Bnye} og I_{Vnye} for de nye diagnoser for børnedækningen hhv. for voksendækningen er således:

$$I_{Bnye} = I_{B1} + I_{B2} + I_{B3} + I_{B4} + I_{B5} + I_{B6} + I_{B7} + I_{B8} + I_{B9}$$

$$I_{Vnye} = I_{V1} + I_{V2} + I_{V3}$$

De samlede incidensrater for de nuværende diagnoser for børnedækningen hhv. for voksendækningen er benævnt I_{Bnuv} og I_{Vnuv} .

Procenttillæggene Pct_B og Pct_V for børnedækningen hhv. voksendækningen bestemmes herefter som:

$$Pct_B = (I_{Bnuv} + I_{Bnye}) / I_{Bnuv} - 1$$

$$Pct_V = (I_{Vnuv} + I_{Vnye}) / I_{Vnuv} - 1$$

Analyse af data

Ved anvendelse af modellen på observerede data i forsikringsbestanden for perioden 2001-2012, samt ved gennemgang af statistisk materiale fra eksterne kilder fås hermed, jf. nedenstående beregninger, et procenttillæg for børnedækningen på 129,3 % og et procenttillæg for voksendækningen på 1,82 %. Disse oprundes til 130 % for børnedækningen og 1,85 % for voksendækningen.

$$I_{Bnuv} = 0,000355 \text{ (samlet incidensrate for den gældende tarif for børnedækningen)}$$

$$I_{Vnuv} = 0,006310 \text{ (samlet incidensrate for den gældende tarif for standarddækningen)}$$

Ved gennemgang af statistisk materiale fra eksterne kilder haves:

$$I_{B1} = 0,000273$$

$$I_{B2} = 0,000091$$

$$I_{B3} = 0,000000$$

$$I_{B4} = 0,000036$$

$$I_{B5} = 0,000005$$

$$I_{B6} = 0,000008$$

$$I_{B7} = 0,000036$$

$$I_{B8} = 0,000001$$

$$I_{B9} = 0,000009$$

$$lv_1 = 0,000014$$

$$lv_2 = 0,000001$$

$$lv_3 = 0,0001$$

Der fås hermed:

$$I_{Bnye} = 0,000459$$

$$I_{Vnye} = 0,000115$$

og dermed:

$$Pct_B = 1,293$$

$$Pct_V = 0,0182$$

9. PRINCIPPER FOR GENFORSIKRING

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

Ved etablering af reinsurancekontrakter skal den valgte reassurandør have mindst en rating på A-

Genforsikringsdækning etableres med henblik på at reducere den samlede forsikringsrisiko og dermed beskytte selskabets kapitalgrundlag og solvensmargin.

Ved etablering af genforsikringsafdækninger købes der reinsurance med et selvbehold, der bedst muligt afspejler forholdet mellem prisen for dækningen og det selskabet kan få retur i forbindelse med en skade.

Reinsuranceforholdene vurderes løbende og bliver mindst én gang om året vurderet af bestyrelsen, ud fra oplæg fra direktion og den ansvarshavende aktuar. Reinsurance kan derfor variere fra år til år.

Til sikring af ALKA Liv II's kapitalgrundlag, er der etableret følgende genforsikringskontrakt:

- XL-kontrakt, der pr. skadesbegivenhed for indtil til maksimalt 2 skader dækker 790 mio. kr. ud over 10 mio. kr.

For at beskytte mod den særlige risiko for kummulation, som er knyttet til en bestand af gruppelevsforikringer, har selskabet jf. ovenfor etableret katastrofebeskyttelse både mod enkeltstående store skader og mod flere mellemstore skadesbegivenheder i samme kalenderår.

10. Bilag

Bilag 1: Begæring om indtræden i gruppelivsforsikring

Helbredserklæring
Begæring om indtræden i gruppelivsforsikring
 (Se begge sider vedrørende kundeoplysninger om helbredsoplysninger og samtykke)

Gruppelivsordning nr. _____

Sølle		CFR-#
Fødselsnavn (Forsavnavn - efternavn)		
Adresse		
Postnr.		By
Har du indenfor de sidste 3 år lidt af nogen alvorlig sygdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvilken? Hvornår? Hvor længe?	
Har du indenfor de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium e.lign.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvor? For hvad? Hvornår? Hvor længe?	
Har du nogensinde været syg eller sygdomskendt i længere tid end 1 måned? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvilken lidelse? Hvornår? Hvor længe?	
Er du for tiden fuldtændig rask og arbejdsdygtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anfør i berøgtende fald sygdommen	
Anfør din højde og vægt.	Højde	Vægt
Hvem er din læge?	Lægens navn og adresse oplyses	

Ovennævnte ønsker herved optagelse i gruppelivsforsikringen på de betingelser, der er aftalt mellem

Forsikrings-Aktieselskabet Alka Liv II og _____
 (Navn på forening, virksomhed eller lign.)

Berigtigelse af oplysninger og samtykke

Jeg bekræfter, at de oplysninger, jeg har afgivet om mit helbred, er i overensstemmelse med sandheden og intet herom er forløst. Er oplysningerne ikke korrekte, er jeg bekendt med, at jeg kan miste hele eller dele af erstatningen. Jeg tillader, at Alka koncernen (efterfølgende kaldet Alka) anvender de afgivne oplysninger om kundeforholdet til rådgivning, service og tilbud.

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Alka må indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v. Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehus og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestrykassen og politi samt hos andre forsikringselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger kan videregives til andre forsikringselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestrykassen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag. Samtykket omfatter alene oplysninger forud for det tidspunkt, hvor Alka har accepteret den ansøgte forsikring/ændring i forsikring.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til Alka.

Dato

Underskrift

Udtykkes af Alka

Indtrådt / 20

Udtykkes af Alka

Udtrådt / 20

07253

Alka Forsikring

Engelsholm Allé 1, Høje Taastrup, DK-2620 Taastrup
 Telefon 70 62 14 16, Telefax 43 58 58 57
 alka@alca.dk, www.alca.dk, Dire 2 02 42 30

Forsikrings-Aktieselskabet Alka, CVR-nr. 31 45 23 17
 Forsikrings-Aktieselskabet Alka Liv II, CVR-nr. 16 60 31 04

Kundevejledning om helbredsoplysninger og samtykke

Derfor skal du give dit samtykke

Når du vil tegne forsikring, ulykkes-, livs- eller kritisk sygdomsforsikring eller foretage ændringer i din forsikringsaftale i forsikringstiden, har Alka behov for oplysninger, som kan være af betydning for vurderingen af den forsikringsmæssige risiko.

Afgiver du urigtige oplysninger eller undlader du at afgive relevante oplysninger, kan det medføre, at du ikke vil kunne få forsikringssummen eller kun en del heraf udbetalt, den dag du får behov for at rejse krav om udbetaling fra Alka. Det følger af forsikringsaftalens oven.

Du kan få vejledning om afgivelse af helbredsoplysninger hos Alkas medarbejdere. Men ansvaret for at oplysningerne er rigtige, er dit og dit alene.

Når du udfylder helbredsankæringen, er det meget vigtigt, at du:

- besvarer alle spørgsmål
- giver oplysning om nuværende / tidligere sygdomme og ulykkestilfælde
- giver oplysning om varigt eller midlertidigt forbrug af medicin
- giver oplysning om alle undersøgelser og behandlinger hos læger, hospitaler, kiropraktorer, fysioterapeuter eller lignende.

Du skal bl.a. være opmærksom på psykiske lidelser.

For din egen skyld skal du oplyse alt det, du kan komme i tanke om, også selv om du tror det ikke har betydning for din forsikring.

Hvis du er i tvivl, om du har det hele med, kan du bede din læge om at få supplerende oplysninger fra din journal.

Din læge m.fl. kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger.

Det følger af sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringssekskaber m.fl. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig, dog i henhold til anden lovgivning.

Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som Alka ønsker at få oplysninger fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid trække det tilbage.

Du får besked hver gang Alka indhenter oplysninger

Hver gang Alka indhenter konkrete oplysninger, får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes, præcis for hvilken periode og hos hvem, Alka ønsker at hente oplysningerne.

Hvad sker der med dine helbredsoplysninger?

Når du har besvaret helbredsankæringen, skal du sende den til Alka.

Hvis du ikke fejler eller har fejlet noget, bliver din personforsikring tegnet uden videre.

Fejler du eller har du fejlet noget, eller er der andre forhold i de afgivne oplysninger, tager Alkas lægekonsultation stilling til din forsikringsbegøring. Vi vil i visse situationer bede dig eller din læge om flere oplysninger.

Resultatet kan blive, at du enten får tilbudt forsikringen på normale vilkår, eller på stærkede vilkår, eller at Alka meddeler, at der ikke er mulighed for at tilbyde dig forsikringen.

Alka træffer sine afgørelser på et lægefagligt og statistisk grundlag.

Når du underskriver begøringen om personforsikring, giver du samtidig Alka ret til at modtage oplysninger fra de offentlige myndigheder, læger og andre forsikringssekskaber, der har oplysninger om din helbredsforhold.

Bilag 2: Begæring om indtræden i Kundegruppeliv

Begæring

Policensr.:

Alka Kundegruppelivsforsikring

Udfyldes med blokbogstaver

Personoplysninger

Forsikringstagers navn:		CPR-nr.:
adresse:	postnr:	By:

Oplysninger om forsikrede udfyldes kun, hvis ordningen etableres som en krydslivsforsikring, hvor forsikrede er en anden person end forsikringstager. I andre tilfælde betragtes forsikringstager også som forsikrede.

Forsikredes navn:		CPR-nr.:
adresse:	postnr:	By:

Forsikringsdækning

Jeg ønsker at blive forsikret med følgende forsikringssummer: (Kun én afkrydsning)

Sæt kryds	Død	Visse kritiske sygdomme
<input type="checkbox"/>	100.000	20.000
<input type="checkbox"/>	200.000	40.000
<input type="checkbox"/>	300.000	60.000
<input type="checkbox"/>	400.000	80.000
<input type="checkbox"/>	500.000	100.000
<input type="checkbox"/>	600.000	120.000

Sæt kryds	Død	Visse kritiske sygdomme
<input type="checkbox"/>	700.000	140.000
<input type="checkbox"/>	800.000	160.000
<input type="checkbox"/>	900.000	180.000
<input type="checkbox"/>	1.000.000	200.000
<input type="checkbox"/>	1.100.000	220.000
<input type="checkbox"/>	1.200.000	240.000

Forsikringssummerne aftrappes årligt med 10% af de nævnte summer fra og med den forsikrede fylder 51 år. Forsikringen ophører seneste ved udgangen af det kalenderår, hvor forsikrede fylder 60 år.

Forsikringen skal træde i kraft den: 1 / -

Begunstigelse

Hvis intet andet meddeles Alka Liv II, udbetales forsikringssummen ved død til forsikringstagerens "nærmeste pårørende", jf. Forsikringsaftalelovens § 105, stk. a.

Hvis ordningen etableres som en krydslivsforsikring, og intet andet meddeles Alka Liv II, er forsikrede den begunstiget ved forsikringstagerens død, subsidiært forsikringstagerens "nærmeste pårørende", jf. Forsikringsaftaleloven § 105, stk. a.

Som begunstiget indsættes: _____
(Anfør navn, adresse, CPR-nr.
samt evt. slægtskabsforhold) _____
subsidiært "nærmeste pårørende", jf. Forsikringsaftaleloven § 105, stk. a.

Betaling

Jeg vil gerne betale forsikringen via BS og mit bankkontonr. er:

Kontohavers CPR-nr.:				Reg.nr.		Kontonr.	
----------------------	--	--	--	---------	--	----------	--

0536:7

Alka Forsikring

Engelholm Allé 1, Høje Taastrup, DK-2630 Taastrup
Telefon 70 12 14 16, Telefax 43 58 58 57
alke@alke.dk, www.alke.dk, Giro 3100-2024330

Forsikrings-Aktieselskabet Alka, CVR-nr. 31 45 23 17
Forsikrings-Aktieselskabet Alka Liv II, CVR-nr. 16 60 31 04

Vend !

Forsikredes helbredsoplysninger

I forbindelse med etablering af Alka Kundegruppelivsforsikring, skal vi bede dig udfylde denne helbredserklæring. Du bedes derfor læse vedlagte "Kundevejledning om helbredsoplysninger" nøje igennem inden du udfylder helbredserklæringen. Du skal så vidt muligt, selv udfylde erklæringen og besvare alle spørgsmål omhyggeligt. Brug evt. en blank side, hvis der ikke er plads nok i de enkelte rubrikker.

<p>1.</p> <p>Har du nogensinde lidt af, blevet behandlet eller undersøgt for følgende?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjertelidelser • Forhøjet blodtryk • Problemer med blodomløbet • Hjemmeblødning/blodprop i hjernen • Sukkersyge • Nyre- eller leversygdom • Urinvejsproblemer • Luftvejslidelser • Sygdomme i nervesystemet • Overvægt • Modermærker • Nogen former for kræft • Dissemineret sklerose • Muskel- eller knogleproblemer herunder gigt, forstyrrelser i den motoriske funktion, gangbesvær, rysten eller stivhed i kroppen • Psykisk sygdom • Demens/nedsat hukommelse • Øjen- eller ørelidelser 	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken lidelse/behandling, hvor og hvornår:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2.</p> <p>Har du indenfor de sidste 10 år lidt af nogle andre alvorlige sygdomme?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken lidelse, hvornår og hvor længe:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3.</p> <p>Har du indenfor de sidste 10 år været undersøgt, behandlet af læge, fået foretaget laboratorie-undersøgelser eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulance eller lign.?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvorfor, hvornår, og hvor længe:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4.</p> <p>Har du nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken lidelse, hvornår og hvor længe:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>5.</p> <p>Er du i øjeblikket under behandling, tager du nogen former for medicin eller narkotika, eller skal du indenfor nærmeste fremtid have foretaget undersøgelser på hospital eller hos din læge eller er du under alternativ, lægelig eller kirurgisk behandling?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken medicin, undersøgelse, behandling:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6.</p> <p>Ryger du, eller har du røget pibe cigaretter, eller cigarer m.v. jævnligt?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>hvis ja:</p> <p>hvor mange/meget om dagen? _____</p> <p>Hvis du er holdt op; anfør da hvornår? _____</p>
<p>7.</p> <p>7.1 Drikker du øl, vin eller spiritus?</p> <p>7.2 Har du tidligere drukket mere?</p> <p>7.3 modtager du eller har du tidligere modtaget behandling herfor?</p> <p>Alle 3 spørgsmål i pkt 7 skal besvares</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>hvis ja, anfør da hvor meget:</p> <p>Gennemsnitlig _____ genstande dagligt</p> <p>Gennemsnitlig _____ genstande dagligt</p> <p>Hvilken behandling og hvornår? _____</p> <p>_____</p>
<p>8.</p> <p>Er du fuldstændig rask og uden sygdomssymptomer?</p> <p>Er du fuldstændig arbejdsdygtig?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis nej, af hvilken grund? _____</p> <p>_____</p> <p>Hvis nej, af hvilken grund? _____</p> <p>_____</p>
<p>9.</p> <p>Hvad er din højde?</p> <p>Hvad er din vægt?</p> <p>Har din vægt ændret sig med mere end 5 kg indenfor de sidste 12 mdr. (bortset fra graviditet)?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ cm</p> <p>_____ kg</p> <p>Hvis ja, af hvilken grund: _____</p> <p>_____</p>
<p>10.</p> <p>Hvem er din læge?</p>		<p>Navn _____</p> <p>Adresse _____</p>
<p>11.</p> <p>Har du tidligere søgt forsikring, der udbetales ved kritisk sygdom?</p> <p>Hvis ja, blev forsikringen accepteret på normale vilkår?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis forsikringen er i kraft, hvor stor er forsikringssummen: _____ kr.</p> <p>Og hvilket selskab? _____</p> <p>Hvis nej, af hvilken årsag: _____</p> <p>_____</p>
<p>12.</p> <p>For at fremme ekspeditionstiden medsendes en kopi af</p>		<p>___ Lægejournal/Udskrift</p> <p>___ Udskrivningsbrev/Epikrise</p> <p>___ Pensionakter/Penslonspapirer</p> <p>___ Andet: _____</p>

Bekræftelse af oplysninger og samtykke.

Jeg bekræfter, at de oplysninger, jeg har afgivet om mit helbred, er i overensstemmelse med sandheden, og intet er forlignet. Er oplysninger ikke korrekte, er jeg bekendt med at kunne risikere at miste hele eller dele af retten til erstatning. Jeg tillader, at Alka koncernen anvender de afgivne oplysninger om kundeforholdet til rådgivning, service og tilbud.

Samtykkeerklæring - FP 601 tegning og ændring:

Jeg giver hermed samtykke til, at

- Alka må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Alka finder nødvendige for at kunne vurdere min aktuelle sag om tegning/ændring af forsikring
- de, som Alka indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Alka har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber og pensionskasser.

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet,
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Alka har taget stilling til min sag. Samtykket omfatter ikke oplysninger om genetiske test, der alene belyser risikoen for at udvikle sygdom på et senere tidspunkt.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked hver gang Alka indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Dato

Forsikringstagers underskrift

Forsikredes underskrift

(kun hvis krydslivsforsikring)

Bilag 3: Begæring om indtræden i enkeltstående Visse Kritiske sygdomme (HK)



Begæring om indtræden i
forsikringsordning ved Visse kritiske sygdomme

MEDLEMMETS	Stilling		Policenr:	1 6 5 9 8 9 6 8
	Navn (Fornavne - efternavn)			
	Adresse		Cpr-nr.	-
	Postnr.	By		

CPR-nr. aflæses maskinelt. Vær venlig at skrive tallene som vist her
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Denne begæring udfyldes kun af de medlemmer, der tidligere har sagt nej til forsikringstilbudet, og ønsker at indtræde i forsikringen.

Udfyldes af Alka	
Accepteret den	/ Ar
Alkas påtegning	

Udfyldes af medlemmet

HK+/Visse kritiske sygdomme - Helbredserklæring

1. Har du nogensinde lidt af, blevet behandlet eller undersøgt for følgende?:	Nej	Ja	Hvis ja, hvilken lidelse/behandling, hvor og hvornår ?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none">• Hjertelidelser• Problemer med blodomløbet• Forhøjet blodtryk• Hjerneblødning/blodprop i hjernen• Sukkersyge• Nyre- eller leversygdom• Urinvejsproblemer,• Lufvejeislidelser,• Sygdomme i nervesystemet,• Overvægt,• Modermærker,• Nogen former for kræft,• Dissemineret sklerose,• Muskel- eller knogleproblemer herunder gigt, forstyrrelser i den motoriske funktion gangbesvær, rysten eller stivhed i kroppen,• Psykisk sygdom,• Demens/nedsat hukommelse• Øjen eller ørelidelser ?			

03653 HK17080

<p>2. Er du i øjeblikket under behandling, tager du nogen former for medicin eller narkotika, eller skal du indenfor nærmeste fremtid have foretaget undersøgelser på hospital eller hos din læge eller er du under alternativ, lægelig eller kirurgisk behandling ?</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, hvilken medicin, undersøgelse, behandling ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3. Ryger du, eller har du tidligere røget cigaretter, cigarer, pipe m.v. jævnligt ?</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja:</p> <p>Hvor mange/meget om dagen ? _____</p> <p>Hvis du er holdt op; anfør da hvornår ? _____</p>
<p>4.</p> <p>4.1 Drikker du øl, vin eller spiritus ?</p> <p>4.2 Har du tidligere drukket mere ?</p> <p>4.3 Modtager du eller har du tidligere modtaget behandling herfor ?</p> <p>Alle 3 spørgsmål i punkt 4 skal besvares</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja, anfør da hvor mange:</p> <p>Gennemsnitlig _____ genstande dagligt</p> <p>Gennemsnitlig _____ genstande dagligt</p> <p>Hvis ja, hvilken behandling og hvornår ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Begæringen skal sendes til</p> <p style="text-align: center;">Alka Forsikring Engelholm Allé 1 Høje Taastrup 2630 Taastrup</p>		

Bekræftelse af oplysninger og samtykke.

Jeg bekræfter, at de oplysninger, jeg har afgivet om mit helbred, er i overensstemmelse med sandheden, og intet er foriet. Er oplysninger ikke korrekte, er jeg bekendt med at kunne risikere at miste hele eller dele af retten til erstatning. Jeg tillader, at Alka koncernen anvender de afgivne oplysninger om kundeforholdet til rådgivning, service og tilbud.

Samtykkeerklæring - FP 601 tegning og ændring:

Jeg giver hermed samtykke til, at

- Alka må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Alka finder nødvendige for at kunne vurdere min aktuelle sag om tegning/ændring af forsikring
- de, som Alka indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Alka har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige myndigheder, fx kommuner og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber og pensionskasser.

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet,
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Alka har taget stilling til min sag. Samtykket omfatter ikke oplysninger om genetiske test, der alene belyser risikoen for at udvikle sygdom på et senere tidspunkt.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked hver gang Alka indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives, og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Dato

Forsikringstagers underskrift

Telefonnummer

Jeg er indforstået med, at min ulykkesforsikring ikke træder i kraft, førend Alka har accepteret forsikringen.

Ved min underskrift bekræfter jeg samtidig, at jeg er medlem af HK og er indforstået med, at min HK Visse kritiske sygdomme ikke træder i kraft, førend Alka har accepteret forsikringen.

Bilag 4: Arbejdsdygtighedserklæring

Arbejdsdygtigheds-erklæring

fra

"Forsikringstager"

Gruppelivsforsikring nr. xxx

"Forsikringstager" erklærer, at samtlige gruppe-
medlemmer under ovennævnte gruppelivsftale ved ind-
trædelsen den **"dato"** var fuldt arbejdsdygtige.

De gruppe medlemmer, der pr. denne dato ikke
var fuldt arbejdsdygtige, omfattes først af gruppe-
livsforsikringen, når de igen er fuldt arbejdsdygti-
ge.

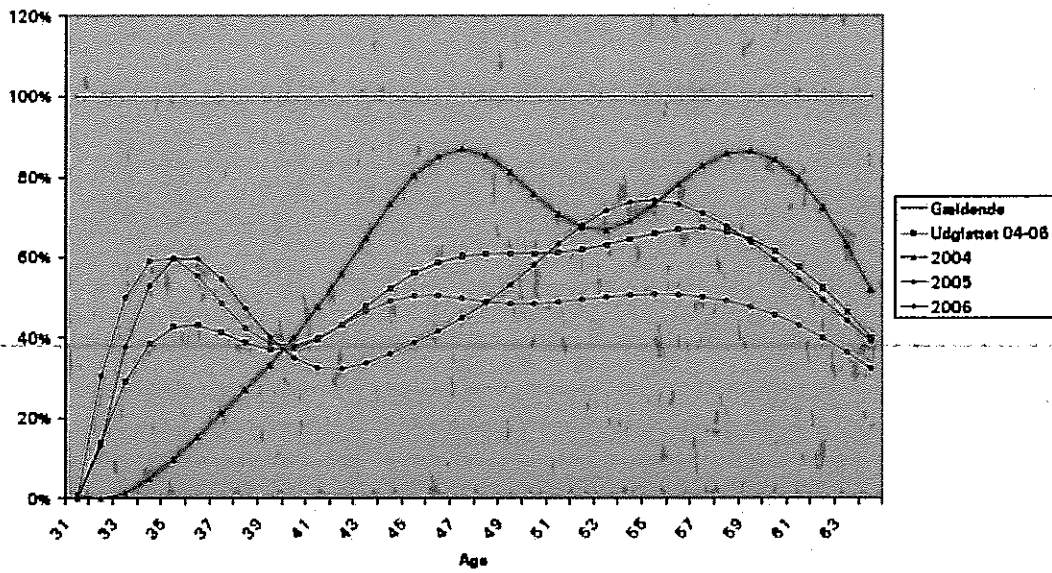
Tilmelding af gruppe medlemmer efter **"dato"** sker
alene, hvis de er fuldt arbejdsdygtige.

København, den

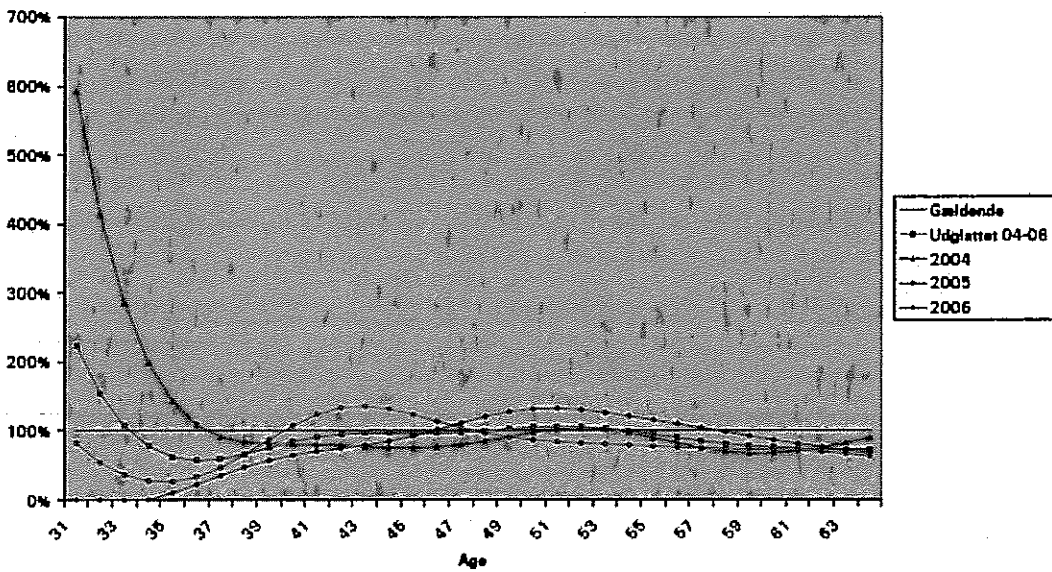
"Forsikringstager"

Bilag 5: Obligatoriske ordninger – grafer for analyse af observerede data

Male

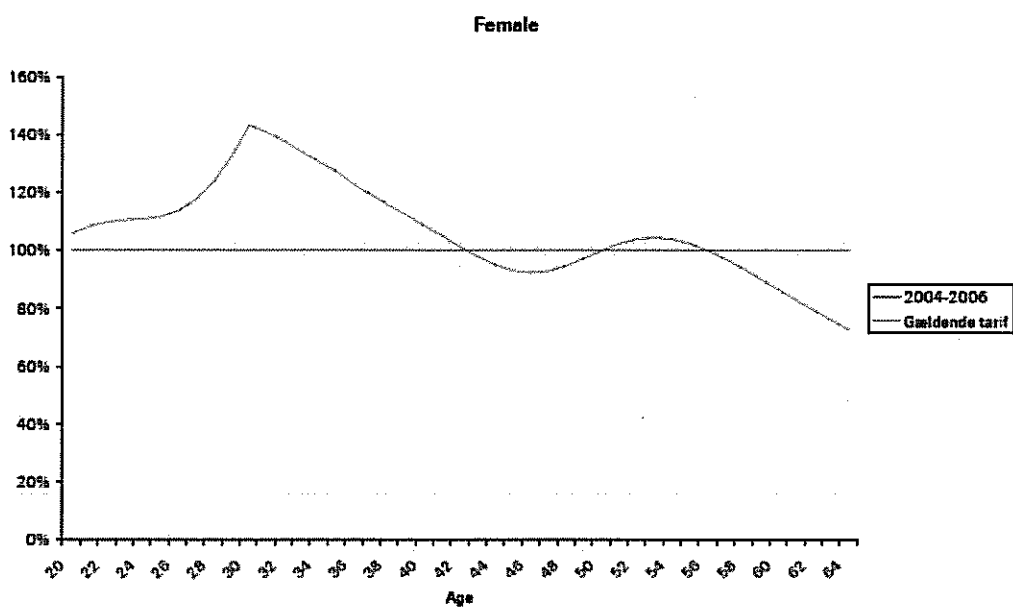
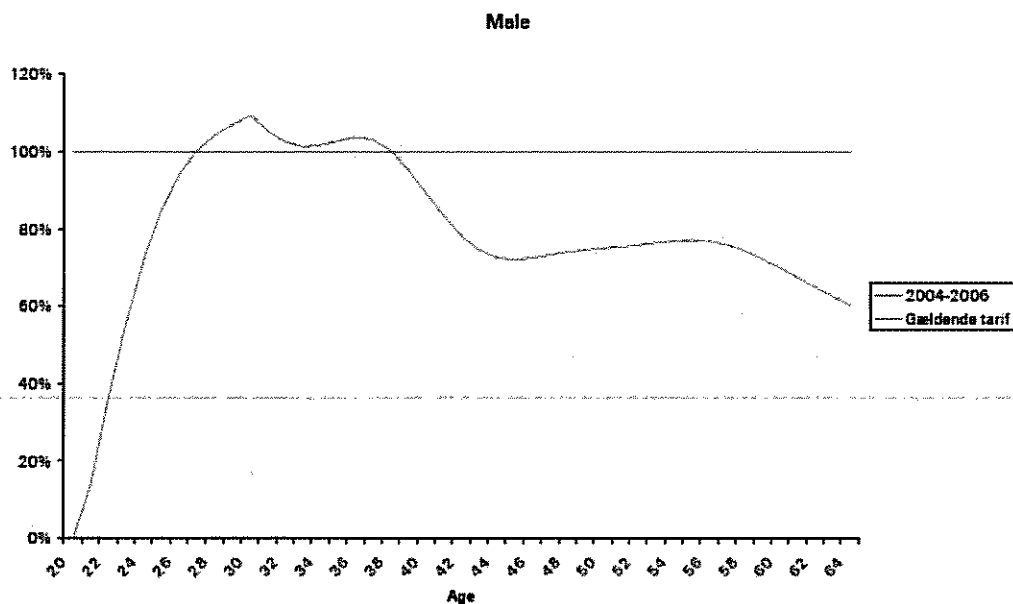


Female



Gældende er her den oprindelige tarif.

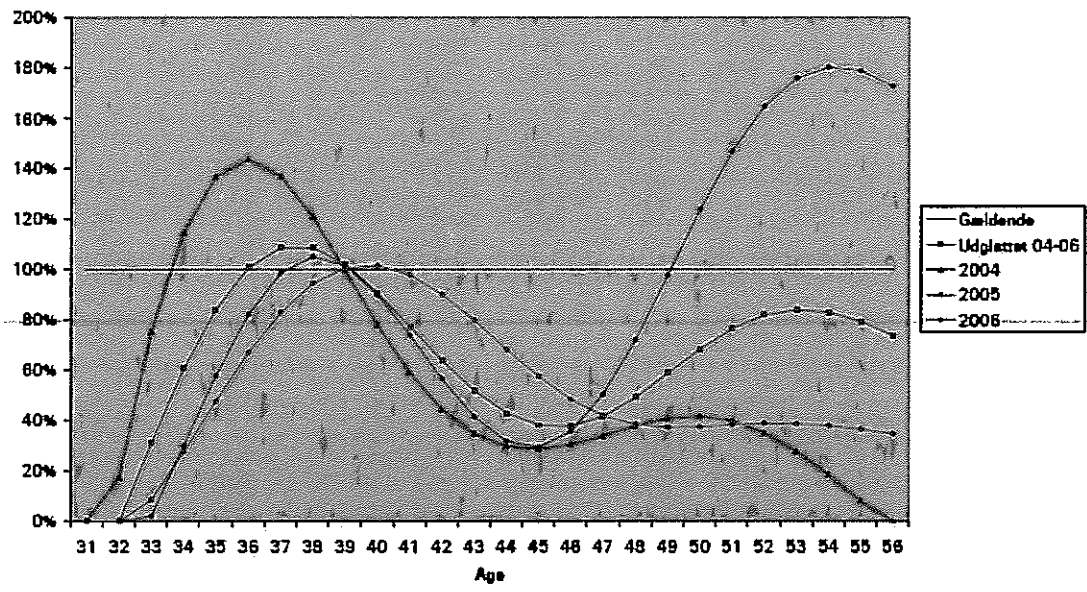
Bilag 6: Ordninger med formodet samtykke – grafer for analyse af observerede data



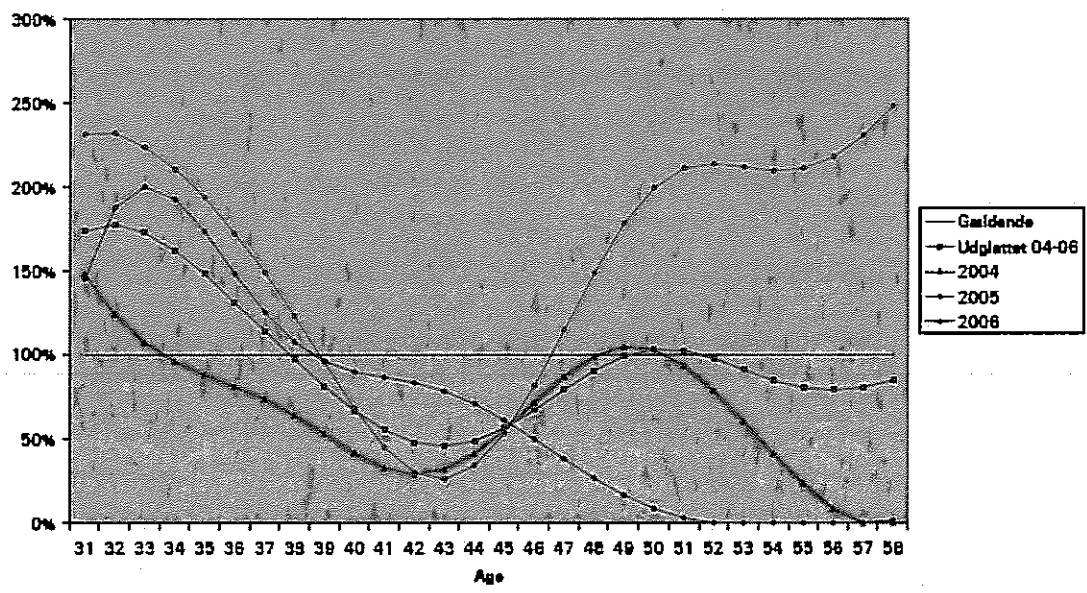
Gældende er her den oprindelige tarif.

Bilag 7: Frivillige ordninger – grafer for analyse af observerede data

Male



Female



Gældende er her den oprindelige tarif.

Bilag 8: Den samlet oprindelig tarif - funktionærer

Alder	Obligatorisk/formodet samtykke					
	3 mdr. karens		1 mdr. karens		ingen karens	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
< 31	0,86	0,93	0,96	1,02	1,09	1,13
31	0,92	1,03	1,03	1,13	1,17	1,25
32	0,99	1,14	1,11	1,25	1,26	1,39
33	1,07	1,27	1,20	1,39	1,37	1,55
34	1,17	1,41	1,31	1,54	1,50	1,72
35	1,29	1,56	1,44	1,71	1,66	1,90
36	1,44	1,72	1,60	1,89	1,85	2,11
37	1,62	1,90	1,80	2,09	2,09	2,32
38	1,85	2,09	2,04	2,30	2,38	2,55
39	2,11	2,30	2,34	2,53	2,73	2,80
40	2,42	2,54	2,67	2,78	3,13	3,09
41	2,76	2,80	3,04	3,08	3,57	3,41
42	3,13	3,11	3,45	3,42	4,06	3,79
43	3,52	3,46	3,88	3,81	4,58	4,21
44	3,95	3,84	4,35	4,22	5,13	4,67
45	4,39	4,24	4,83	4,66	5,70	5,15
46	4,86	4,62	5,35	5,08	6,32	5,62
47	5,37	5,00	5,92	5,49	6,99	6,08
48	5,95	5,36	6,55	5,89	7,74	6,52
49	6,59	5,72	7,26	6,29	8,58	6,96
50	7,31	6,10	8,05	6,70	9,52	7,43
51	8,12	6,51	8,93	7,15	10,56	7,93
52	9,00	6,97	9,91	7,65	11,72	8,50
53	9,98	7,48	10,98	8,21	13,00	9,13
54	11,06	8,05	12,17	8,84	14,41	9,84
55	12,25	8,69	13,49	9,54	15,96	10,62
56	13,56	9,40	14,93	10,31	17,66	11,51
57	14,99	10,18	16,51	11,17	19,52	12,48
58	16,53	11,05	18,23	12,11	21,54	13,55
59	18,19	11,97	20,07	13,12	23,70	14,71
60	19,95	12,94	22,02	14,18	25,98	15,92
61	21,79	13,95	24,07	15,27	28,37	17,17
62	23,70	14,97	26,18	16,38	30,84	18,45
63	25,66	15,98	28,36	17,50	33,38	19,72
64	27,67	17,01	30,59	18,61	35,98	21,01
65	29,74	18,04	32,89	19,74	38,67	22,32
66	31,88	19,10	35,26	20,90	41,44	23,66