

Finanstilsynet  
Århusgade 100  
2100 København Ø

### Anmeldelse af teknisk grundlag m.v.

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

**Brevdato**

23. december 2011

**Forsikringselskabets navn**

SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S

**Overskrift**

Forsikringselskabet angiver en præcis og sigende titel på anmeldelsen

Anmeldelse nye helbredsskemaer for AMP ordninger m.fl.

**Resume**

Resumet skal give et fyldestgørende billede af anmeldelsen.

Det anmeldes at der i forbindelse med tegning og skadesvurdering kan anvendes ned til 3 års, mod i dag 10 års sygehistorik. Dette er indarbejdet i helbredsskemaerne som vedlægges.

**Lovgrundlaget**

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

FIL §20, stk.1 nr. 1 og nr. 2

**Ikrafttrædelse**

Dato for ikrafttrædelse angives.

1. januar 2012

**Ændrer følgende tidligere anmeldte forhold**

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

Anmeldelsen ændrer *Opdatering af teknisk grundlag af 8. juli 2011, Helbedsblanketter.*

**Anmeldelsens indhold med matematisk beskrivelse og gennemgang**

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

Helbredsskemaerne anvendes på alle AMP og firmaordninger, med forsikringsklasse I, III og VI.

---

Skemaerne anvendes ikke på tjenestemandsområdet.

Teksten på helbredsskemaerne ændres fra;

*"jeg inden for de seneste 10 år ikke har lidt af og ikke har været undersøgt eller behandlet for andre lidelser end almindelig forkølelse og influenza, og at jeg ikke har været indlagt på sygehus eller lignende"*

til;

*"jeg inden for de seneste 3 år ikke har lidt af og ikke har været undersøgt eller behandlet for andre lidelser end almindelig forkølelse og influenza, og at jeg ikke har været indlagt på sygehus eller lignende"*

Dette medfører at kontrollen for tidligere observerede sygdomme nedsættes, med dertil hørende men forventeligt mindre, forøgelse af skadesudgifter og frekvens. Risikopræmierne på 1. orden vurderes fortsat rimelige og betryggende. Risikoforløbet vil blive fulgt nøje, for rettidigt at kunne foretage eventuelle justeringer til 2. ordens/bonus grundlaget.

**Redegørelse for de juridiske konsekvenser for forsikringstagere**

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

Ændringerne betyder at der ikke tages hensyn, eller spørges yderligere, til sygdomme der er afsluttet for mere end 3 år før tegningen. Dette betyder en forøget mulighed for forsikringstagere til at få bedre risikodækninger.

**Redegørelse for de økonomiske konsekvenser for forsikringstagere**

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

Ændringen medfører, over tid, forventeligt en mindre stigning i risikopræmierne på 2. orden.

Til gengæld vil der være enkelte forsikringstagere der får øget muligheden for at sikre sig bedre økonomisk.

**Redegørelse for de juridiske konsekvenser for forsikringsselskabet**

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

Øget dækningsomfang fremadrettet og selskabets krav til helbredsoplysninger svarer bedre til markedet.

**Redegørelse for de økonomiske og aktuariemæssige konsekvenser for forsikringsselskabet**

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

Risikokontributionsgrupperne påvirkes marginalt af at optage forsikringer på mindre restriktive vilkår uden præmieforøgelse, men risikopræmierne på 1. orden vurderes fortsat at være betryggende.

---

Navn

Angivelse af navn

Flemming Windfeld, ansvarshavende aktuar

Dato og underskrift

Navn

Angivelse af navn

Carsten P. Knorr, afdelingschef

Dato og underskrift

23/12-2011

Carsten P Knorr

# HELBREDSERKLÆRING B

Police.:  
CPR-nr.:

Du skal selv udfylde erklæringen og besvare alle spørgsmål omhyggeligt. Vi beder dig om at skrive tydeligt med kuglepen. Du må ikke fortie noget - heller ikke selv om du tror, det er uden betydning for SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S. Du skal ikke oplyse om undersøgelser, der kan belyse dine arveanlæg og deraf følgende risiko for fremtidige sygdomme.

Du skal vide, at hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven nedsættes eller ophæves

1. Hvem er din læge?

Lægens navn:

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_

2. Hvilken lidelse/hvilke lidelser er årsag til, at du ikke kan underskrive erklæring A vedrørende helbred og arbejdsdygtighed?

Beskrivelse af eller navnet på lidelsen:

3. a. Har du været arbejdsudygtig pga. ovennævnte lidelse(r)?

NEJ  JA

b. Generer lidelsen dig i det daglige arbejde?

NEJ  JA

c. Har lidelsen medført behandling hos:

NEJ  JA

Praktiserende læge?

NEJ  JA

Speciallæge(r)?

NEJ  JA

Kiropraktor/fysioterapeut?

NEJ  JA

Naturlæge?

NEJ  JA

d. Har du pga. lidelsen været indlagt, undersøgt eller ambulant behandlet på:

NEJ  JA

Sygehus?

NEJ  JA

Ambulatorium?

NEJ  JA

Fysiurgisk klinik?

NEJ  JA

Røntgenklinik e.l.?

NEJ  JA

a Hvis JA: I hvilke(n) periode(r)?

b Hvis JA: Hvordan? \_\_\_\_\_

c Hvis JA: Behandlet af?

(Navn)

(Adresse)

Hvornår? \_\_\_\_\_

Hvor længe? \_\_\_\_\_

Hvilken behandling blev givet? \_\_\_\_\_

d Hvis JA: Navn på klinik eller sygehus:

Hvornår? \_\_\_\_\_

Hvor længe? \_\_\_\_\_

Hvilken behandling blev givet? \_\_\_\_\_

Hvornår er sidste behandling foretaget? \_\_\_\_\_

VEND

3. e. Har der efter (evt.) behandling været smerter eller andre følger?

f. Mærker du stadig noget til lidelsen?

NEJ  JA

NEJ  JA

e. Hvis JA: Hvornår sidst?  
\_\_\_\_\_

Hvilke følger? \_\_\_\_\_

f. Hvis JA udbedes nærmere beskrivelse, herunder hvornår du sidste gang mærkede noget til lidelsen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. a. Bruger du lægemiddel ordineret af læge eller anden behandler?

b. Har du tidligere brugt lægemiddel gennem længere tid (mere end en måned)?

NEJ  JA

NEJ  JA

a. Hvis JA: Hvilke?  
\_\_\_\_\_

For hvad? \_\_\_\_\_

b. Hvis JA: Hvilke?  
\_\_\_\_\_

For hvad? \_\_\_\_\_

I hvilke tidsperioder? \_\_\_\_\_

5. a. Er du fuldstændig rask?

b. Er du fuldstændig arbejdsdygtig?

c. Hvad består dit arbejde i?

NEJ  JA

NEJ  JA

a. Hvis NEJ: af hvilken grund?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. Hvis NEJ: af hvilken grund?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

**Samtykke**

Jeg giver hermed mit samtykke til, at SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S kan indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger kan indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune og Arbejdsskadestyrelsen samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger kan videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen, Videncenter for Helbred og Forsikring samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag.

Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S har accepteret den ønskede forsikring/ændring i forsikring/pensionskassen har optaget mig som medlem

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Dag      Måned      År      Underskrift

CPR-nr.: | | | | | - | | | | |



## HELBREDSERKLÆRING A (til medforsikrede)

Forsikrede: <forsikredes navn>, <forsikredes CPR-nr.> Policenr.: <police-nr.>  
Medforsikrede: <medforsikredes navn>, <medforsikredes CPR-nr.>

### Erklæring om helbred og arbejdsdygtighed

Medforsikrede erklærer at:

- jeg er fuldstændig rask og arbejdsdygtig
- jeg inden for de seneste 3 år ikke har lidt af og ikke har været undersøgt eller behandlet for andre lidelser end almindelig forkølelse og influenza, og at jeg ikke har været indlagt på sygehus eller lignende
- jeg i øjeblikket ikke bruger og ikke tidligere gennem længere tid (mere end en måned) har brugt lægemidler ordineret af læge eller anden behandler
- ovenstående oplysninger er i overensstemmelse med sandheden.

Hvis medforsikrede har fortiet eller afgivet usandfærdige oplysninger, har dette samme konsekvens for forsikredes forsikring, som hvis forsikrede selv har fortiet eller afgivet usandfærdige oplysninger, jf. forsikringsaftaleloven § 10.

### Samtykke

Medforsikrede giver hermed samtykke til, at SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S kan indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger kan indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune og Arbejdsskadestyrelsen samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser.

Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S har accepteret den ønskede ændring i forsikredes forsikring.

Medforsikrede giver samtidig samtykke til at de indhentede oplysninger og vurderingen af disse kan videregives til forsikrede.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S.

**Hvis du ikke kan underskrive erklæring A, skal du give nærmere oplysning om årsagen hertil ved udfyldelse af erklæring B.**

\_\_\_\_\_  
Dag - Måned - År      Medforsikredes underskrift      Medforsikredes CPR-nr.

Jeg, forsikrede, er klar over, at såfremt medforsikrede fortier eller afgiver usandfærdige oplysninger på erklæring A eller B eller på andre erklæringer med sammenhæng til erklæring A eller B, får dette samme konsekvens, som hvis jeg selv fortier eller afgiver usandfærdige oplysninger, jf. forsikringsaftaleloven § 10. Det betyder, at ændringen som ønskes gennemført på min forsikring kan ophæves og den tidligere dækning kan blive genetableret.

\_\_\_\_\_  
Dag - Måned - År      Forsikredes underskrift      Forsikredes CPR-nr.

## HELBREDSERKLÆRING B (til medforsikrede)

Forsikrede: <forsikredes navn>, <forsikredes CPR-nr.>  
Medforsikrede: <medforsikredes navn>, <medforsikredes CPR-nr.>

Policenr.: <police-nr.>

Medforsikrede skal **selv** udfylde erklæringen og besvare **alle** spørgsmål omhyggeligt. Vi beder dig om at skrive tydeligt med kuglepen. Du må ikke fortie noget - heller ikke selv om du tror, det er uden betydning for SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S. Du skal ikke oplyse om undersøgelser, der kan belyse dine arveanlæg og deraf følgende risiko for fremtidige sygdomme.

Hvis medforsikrede har fortiet eller afgivet usandfærdige oplysninger, har dette samme konsekvens for forsikredes forsikring, som hvis forsikrede selv har fortiet eller afgivet usandfærdige oplysninger, jf. forsikringsaftaleloven § 10.

1. Hvem er din læge?

Lægens navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

2. Hvilken lidelse/hvilke lidelser er årsag til, at du ikke kan underskrive erklæring A vedrørende helbred og arbejdsdygtighed?

Beskrivelse af eller navnet på lidelsen:

3. a. Har du været arbejdsudygtig pga. ovennævnte lidelse(r)? NEJ  JA

b. Generer lidelsen dig i det daglige arbejde? NEJ  JA

c. Har lidelsen medført behandling hos:

Praktiserende læge? NEJ  JA

Speciallæge(r)? NEJ  JA

Kiropraktor/fysioterapeut? NEJ  JA

Naturlæge? NEJ  JA

d. Har du pga. lidelsen været indlagt, undersøgt eller ambulantly behandlet på:

Sygehus? NEJ  JA

Ambulatorium? NEJ  JA

Fysiurgisk klinik? NEJ  JA

Røntgenklinik e.l.? NEJ  JA

a. Hvis JA: I hvilke(n) periode(r)?

\_\_\_\_\_

b. Hvis JA: Hvordan? \_\_\_\_\_

c. Hvis JA: Behandlet af?

(Navn)

(Adresse)

Hvornår? \_\_\_\_\_

Hvor længe? \_\_\_\_\_

Hvilken behandling blev givet?

d. Hvis JA: Navn på klinik eller sygehus:

Hvornår? \_\_\_\_\_

Hvor længe? \_\_\_\_\_

Hvilken behandling blev givet?

Hvornår er sidste behandling foretaget?



3. e. Har der efter (evt.) behandling været smerter eller andre følger? NEJ  JA

f. Mærker du stadig noget til lidelsen? NEJ  JA

e. Hvis JA: Hvornår sidst?  
\_\_\_\_\_

Hvilke følger? \_\_\_\_\_

f. Hvis JA, udbedes nærmere beskrivelse, herunder hvornår du sidste gang mærkede noget til lidelsen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. a. Bruger du lægemiddel ordineret af læge eller anden behandler? NEJ  JA

b. Har du tidligere brugt lægemiddel gennem længere tid (mere end en måned)? NEJ  JA

a. Hvis JA: Hvilke?  
\_\_\_\_\_

For hvad? \_\_\_\_\_

b. Hvis JA: Hvilke?  
\_\_\_\_\_

For hvad?  
\_\_\_\_\_

I hvilke tidsperioder?  
\_\_\_\_\_

5. a. Er du fuldstændig rask? NEJ  JA

b. Er du fuldstændig arbejdsdygtig? NEJ  JA

c. Hvad består dit arbejde i?

a. Hvis NEJ: af hvilken grund?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. Hvis NEJ: af hvilken grund?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Samtykke

Medforsikrede giver hermed samtykke til, at SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S kan indhente alle relevante oplysninger. Det kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.

Oplysninger kan indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune og Arbejdsskadestyrelsen samt hos andre forsikringselskaber og pensionskasser.

Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S har accepteret den ønskede ændring i forsikredes forsikring.

Medforsikrede giver samtidig samtykke til at de indhentede oplysninger og vurderingen af disse kan videregives til forsikrede.

Kopi af dette samtykke gives til den læge, kommune m.fl., der anmodes om at give oplysninger til SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S.

\_\_\_\_\_  
Dag      Måned      År      Medforsikredes underskrift      Medforsikredes CPR-nr.

Jeg, forsikrede, er klar over, at såfremt medforsikrede fortier eller afgiver usandfærdige oplysninger på erklæring A eller B eller på andre erklæringer med sammenhæng til erklæring A eller B, får dette samme konsekvens, som hvis jeg selv fortier eller afgiver usandfærdige oplysninger, jf. forsikringsaftaleloven § 10. Det betyder, at ændringen som ønskes gennemført på min forsikring kan ophæves og den tidligere dækning kan blive genetableret.

\_\_\_\_\_  
Dag      Måned      År      Medforsikredes underskrift      Medforsikredes CPR-nr.