

Finanstilsynet
Århusgade 100
2100 København Ø

Anmeldelse af teknisk grundlag m.v.

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

Brevdato

11. maj 2012

Forsikringsselskabets navn

SAMPENSION KP LIVSFORSIKRING A/S

Overskrift

Forsikringsselskabet angiver en præcis og sigende titel på anmeldelsen.

Anmeldelse af nyt helbredsskema for ordninger med mulighed for tilvalg af dækning for visse kritiske sygdomme.

Resume

Resuméet skal give et fyldestgørende billede af anmeldelsen.

Det anmeldes at der for ordninger med mulighed for tilvalg af dækning for visse kritiske sygdomme, anvendes et nyt helbredsskema ved indhentning af supplerende helbredsoplysninger. Det nye skema vedlægges.

Lovgrundlaget

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

FIL §20, stk.1 nr.5

Ikrafttrædelse

Dato for ikrafttrædelse angives.

11. maj 2012

Ændrer følgende tidligere anmeldte forhold

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

Anmeldelsen ændrer "Anmeldelse af nye helbredsskemaer for AMP ordninger m.fi" fra 23. december 2011.

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 og III.

Det nye helbredsskema anvendes til kunder, som har mulighed for tilvalg af dækning for visse kritiske sygdomme. Skemaet udfyldes kun, hvis kunden ikke kan underskrive helbredserklæring A. Fremover anvendes således to forskellige helbredsskemaer for kunder, som ikke kan underskrive helbredserklæring A afhængigt af, om kunden har mulighed for tilvalg af dækning for visse kritiske sygdomme eller ej.

Reglerne for afgivelse af helbredsoplysninger fremgår af teknisk grundlag afsnit 5.1, som herefter fremstår som:

5.1 Generelt

Ved nytegning er der aftalt regler for afgivelse af helbredsoplysninger i den enkelte ordning.

Herudover afgives helbredsoplysninger, hvis en kunde foretager en "aktiv ændring" på sin ordning, der medfører risikostigning ved enten død eller invaliditet.

Hvis det ikke er muligt at fastsætte antagelsesvilkår på baggrund af den for aftalen gældende type helbredserklæring indhentes supplerende helbredsoplysninger. Dette kan fx være via uddybende spørgeskemaer, speciallægeerklæringer og/eller journaludskrifter fra hospitaler, behandlingssteder m.v.

Hvis ordningen ikke omfatter mulighed for tilvalg af dækning for visse kritiske sygdomme udfyldes helbredsskema B ved indhentning af uddybende helbredsoplysninger. Hvis ordningen indeholder mulighed for tilvalg af dækning for visse kritiske sygdomme udfyldes helbredsskema B (3i1 Livspension) ved indhentning af uddybende helbredsoplysninger.

Der skal være årsagssammenhæng mellem risikostigningen, og den helbredsbehandling vi foretager af kunden. Hvis der fx er risikostigning ved død men risikofald ved invaliditet, helbredsbehandles alene for død.

Ved dårlige liv klausuleres dækningen.

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

De ekstra spørgsmål i skemaet forventes at betyde en svag forøgelse af antallet af klausuler.

Redegørelse for de økonomiske konsekvenser for forsikringstagene
Forsikringselskabet angiver de økonomiske konsekvenser for forsikringstagene. 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.

Ingen juridiske konsekvenser for eksisterende kunder.

Redegørelse for de juridiske konsekvenser for forsikringselskabet
Forsikringselskabet angiver de juridiske konsekvenser for forsikringselskabet. Er der ingen konsekvenser, anføres dette. Kan alternativt anføres i ¹⁰Redegørelse i henhold til § 4, stk. 4.¹¹

Ingen konsekvenser.

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."¹⁾
Ingen konsekvenser.

Navn
Angivelse af navn

Flemming Windfeld, ansvarshavende aktuar

Dato og underskrift

11/5-2012 

Navn
Angivelse af navn

Carsten P. Knorr, afdelingschef

Dato og underskrift

11/5-2012 

HELBREDSERKLÆRING B

(3 i 1 Livspension)

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. 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 fortælse har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven nedsættes eller ophæves.

1. Hvem er din læge?

Lægens navn: _____
Adresse: _____
Postnr. og 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? _____

HELBREDSERKLÆRING B
(3 i 1 Livspension)

Police.:
CPR-nr.:

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. Drikker du øl, vin, hedvin eller spiritus? NEJ JA

b. Har du tidligere haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus? NEJ JA

c. Modtager du, eller har du modtaget behandling eller rådgivning herfor? NEJ JA

Hvis JA:
Gennemsnitlig ____ genstande dagligt

Hvis JA:
Gennemsnitlig ____ genstande dagligt

I hvilke perioder? _____

Hvis JA:
Hvilken behandling? _____

I hvilke perioder? _____

6. a. Ryger du? NEJ JA

b. Hvis ikke, har du tidligere røget? NEJ JA

Hvis JA:
Hvor stort et dagligt behov? _____

Hvis JA:
I hvilke perioder? _____

7. Hvad er din højde og vægt?

Højde: _____ cm

Vægt: _____ kg

HELBREDSERKLÆRING B
(3 i 1 Livspension)

Police.:
CPR-nr.:

8. Lider du eller har du lidt af forhøjet blodtryk?

NEJ JA

Hvis JA:
Hvem har behandlet dig, hvornår og hvilken behandling blev givet?

9. 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 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, Videntcenter for Helbred og Forsikring samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor Sampension 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.

Dag Måned År Underskrift

CPR-nr.: -