

Oversigt over gruppelivsdækning år 2012

Ordning I. Basisdækning 1.011.300 kr.

For medlemmer af Lægeforeningen.
Kan tegnes med eller uden fradragsret.

Basisdækning	Kr. 1.011.300	
	Uden fradragsret	Med fradragsret ¹⁾
Aftale nr. 67001	Type A	Type B
Forsikringssum ved død i år 2012		
Alder under 51 år	1.011.300	606.780 ³⁾
Alder 51 år–62 år	874.775	524.865 ³⁾
Alder 63 år–70 år	505.650	303.890 ³⁾
Dækning per barn u/21 år	101.130	60.678 ³⁾
Visse kritiske sygdomme		
Alder under 60 år	136.526	136.526
Alder 60 år–70 år	105.175	105.175
Årlig præmie i år 2012		
Medlemmer	1.800	1.800/792,00 ²⁾
Ægtefælle/samlever	1.800	1.800/792,00 ²⁾

Ordning II. Basisdækning 1.011.300 eller 674.201 kr.

For medlemmer af Lægernes Pensionskasse og for læger, der har konto i Lægernes Pensionsbank.
Kan tegnes med eller uden fradragsret.

Basis	Kr. 1.011.300		Kr. 674.201	
	Uden fradragsret	Med fradragsret ¹⁾	Uden fradragsret	Med fradragsret ¹⁾
Aftale nr. 93011	Type F	Type E	Type D	Type C
Forsikringssum ved død i år 2012				
Alder under 51 år	1.011.300	606.780 ³⁾	674.201	404.520 ³⁾
Alder 51 år–62 år	874.775	524.865 ³⁾	578.464	347.078 ³⁾
Alder 63 år–70 år	505.650	303.890 ³⁾	337.101	202.260 ³⁾
Dækning per barn u/21 år	101.130	60.678 ³⁾	67.421	40.452 ³⁾
Visse kritiske sygdomme				
Alder under 60 år	136.526	136.526	68.768	68.768
Alder 60 år–70 år	105.175	105.175	52.588	52.588
Årlig præmie i år 2012				
Medlemmer/ægtefælle/samlever	1.800	1.800/792,00 ²⁾	1.200	1.200/528,00 ²⁾

For begge ordninger gælder, at udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme er skattefri.

Ordning I og II kan kombineres

- 1) For at opnå fradragsret er gruppelivsordningen oprettet som rateforsikring. Rateforsikringen udbetales som udgangspunkt i rater over 10 år. Raterne er indkomstskattepligtige. Rateforsikringen kan konverteres til en engangsudbetaling med en afgift på 40 procent. Det er forudsat, at denne konvertering foretages. Ligeledes er det forudsat, at der også sker konvertering af børnesummen.
- 2) Efter skattefradrag. Der er forudsat en marginalskat på 56 procent.
- 3) Udbetalingssummen er fratrukket 40 procent afgift.

Anmeldelsesblanket/helbredserklæring til gruppelivsforsikring og kritisk sygdomsforsikring

Medlemsnummer:				Har pensionsordning i Lægernes Pensionskasse			
				Har konto i Lægernes Pensionsbank			
Basisdækning – ordning I (sæt højst 1 X)				Basisdækning – ordning II (sæt højst 1 X)			
Med fra- dragsret	Uden fra- dragsret		Aftale nr.	Med fra- dragsret	Uden fra- dragsret		Aftale nr.
		Gruppelivspræmie ønskes med maks. 1.011.300 kr.	67001			Gruppelivspræmie ønskes med maks. 1.011.300 kr.	93011
						Gruppelivspræmie ønskes med maks. 674.201 kr.	93011
Efternavn og fornavn						Cpr-nr.	
Privatadresse (husk postnr.)							
Stilling							
Ægtefælle/samlevers efternavn og fornavn						Cpr-nr.	

Du skal **selv** udfylde erklæringen og besvare *alle* spørgsmål omhyggeligt. Du må ikke fortie noget – heller ikke selv om du tror, det er uden betydning for FG. Hvis alle dine svar ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge lov om forsikringsaftaler ophæves med det resultat, at du ikke får udbetalt forsikringssummen.

Er du i tvivl om besvarelsen af spørgsmålene, fx med hensyn til diagnoser og datoer, kan du kontakte din læge, inden du udfylder erklæringen. Lægen har ofte oplysningerne i journalen. Du er dog *selv* ansvarlig for oplysningerne. Lægens evt. honorar betales *ikke* af FG.

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

1	Har du nogensinde lidt af:	Nej	Ja	Hvis ja: Hvilke(n) sygdomme, hvor/hvem har behandlet dig samt hvilken behandling?
	Sygdom i hjertet eller blodårerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	For højt blodtryk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Slagtilfælde (apopleksi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Nervesygdomme, herunder epilepsi, hukommelsesbesvær, lammelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Kræft, svulster eller andre ondartede sygdomme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Sukkersyge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Nyre- eller urinvejssygdomme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leversygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
2	Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt på sygehus, ambulatorium e.l.?	Nej	Ja	Hvis ja:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	For hvad? _____
				Hvor? _____
				Hvornår? _____
			Eventuelle følger? _____	
3	Har du nogensinde været syg eller sygemeldt i længere end 1 måned?	Nej	Ja	Hvis ja:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	For hvad? _____
				Hvor? _____
				Hvornår? _____
			Eventuelle følger? _____	



4		Nej	Ja	Hvis ja:
a.	Drikker du øl, vin eller spiritus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gennemsnitlig _____ genstande dagligt
b.	Har du tidligere haft et større forbrug af øl, vin eller spiritus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gennemsnitlig _____ genstande dagligt I hvilke perioder? _____
c.	Modtager du, eller har du tidligere modtaget behandling herfor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken behandling? _____ I hvilke perioder? _____
5		Nej	Ja	Hvis ja:
a.	Ryger du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor ofte/hvor meget ryger du? _____
b.	Har du tidligere røget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I hvilke perioder? _____
6		Nej	Ja	Hvis ja:
	Modtager du behandling eller bruger du for tiden nogen form for medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____ For hvad? _____
7				
a.	Hvor høj er du?			a: _____ cm
b.	Hvad vejer du?			b: _____ kg
8		Nej	Ja	Hvis nej: Hvorfor ikke?
a.	Er du <i>fuldstændig rask</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a: _____
b.	Er du <i>fuldstændig arbejdsdygtig</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b: _____
9	Hvem er din læge? (anfør lægens navn og adresse)			

Ovennævnte ønsker herved optagelse i gruppelivsforsikringen på de betingelser, der er aftalt imellem en eller flere af følgende foreninger:
Lægeforeningen, Lægernes Pensionsskasse eller Lægernes Pensionsskasse og

Administrationsaktieselskabet FORENEDE GRUPPELIV

Jeg erklærer, at mine oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at fortællinger eller urigtige oplysninger kan medføre, at forsikringen ophæves. Jeg giver samtykke til, at FG kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger, der er nødvendige for en fuldstændig vurdering af den forsikringsmæssige risiko. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger forud for det tidspunkt, hvor FG har accepteret den ønskede forsikring. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis FG ønsker det. Jeg er bekendt med, at FG forbeholder sig ret til at opbevare de anførte oplysninger også i tilfælde af afslag på ansøgning om forsikring.

Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos andre forsikringselskaber og pensionskasser.

Andre forsikringselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.

Udfyldes og indsendes til Lægeforeningens Medlemsregistrering i vedlagte svarkuvert

den /

Underskrift



FP 601 - Samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger

Cpr.nr.:

Navn:

Aftalenr.:

Derfor skal du give samtykke

Når du vil tegne/optages i en gruppelivsforsikring, eller foretage ændringer i din forsikringsaftale i forsikringstiden, har Forenede Gruppeliv 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, den dag du får behov for at rejse krav om udbetaling fra Forenede Gruppeliv. Det følger af forsikringsaftaleloven.

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 forsikringsselskaber 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 Forenede Gruppeliv ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Du får besked hver gang Forenede Gruppeliv indhenter oplysninger

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

Samtykke

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Forenede Gruppeliv 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, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune og Arbejdsskadestyrelsen og politi 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 oplysninger forud for det tidspunkt, hvor Forenede Gruppeliv har accepteret den ønskede forsikring/ændring i forsikring.

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

..... den

.....
(underskrift)

Sendes sammen med helbredserklæringen til Forenede Gruppeliv, Krumtappen 4, 2500 Valby