

## Vejledning

- Ved ansøgning om invalidesum, invaliderente og/eller præmiefri dækning.

### For at FG kan behandle ansøgningen, har vi brug for oplysninger.

Du skal afkrydse om du søger om præmiefri dækning og/eller om du søger om udbetaling af invalidesum eller invaliderente. Du skal udfylde ansøgningskemaets punkt 1-11. Det er vigtigt, at du udfylder alle punkterne.

#### Anmelders erklæring

I erklæringen skal din arbejdsgiver, pensionskasse, forening, forbund eller lign. oplyse gruppelivsftale nr. samt hvornår du evt. udtræder af gruppelivsftalen.

Hvis du er forsikret gennem pengeinstitut eller forsikringsselskab, skal du henvende dig der, hvor du har købt forsikringen.

Hvis du er i tvivl, er du velkommen til at kontakte FG på tlf. nr. 39 16 78 00 eller på mail via FGs kontaktformular på [www.fg.dk](http://www.fg.dk).

Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen via din ansættelse er det vigtigt, at du eller din arbejdsgiver vedlægger en kopi af din seneste lønseddel, hvoraf gruppelivspræmien fremgår. Hvis din erhvervsevne ikke er vurderet nedsat med mindst 2/3 inden for perioden i den seneste lønseddel, skal der også vedlægges kopi af lønseddel for den måned, hvor din erhvervsevne blev vurderet varigt nedsat med mindst 2/3. Vi bruger lønsedlen som dokumentation for, at du er omfattet af forsikringen.

#### Bankbilag

Hvis du er berettiget til udbetaling af forsikringssummen indsættes beløbet på din **NemKonto**. Hvis du ikke ønsker forsikringssummen indsat på din NemKonto, har du mulighed for at oplyse et andet konto nr. *Invalidesummen kan være kreditorbeskyttet, jf. Retsplejeloven § 513. For at kreditorbeskyttelsen virker, skal du oprette en særskilt konto, hvor invalidesummen indsættes, og holdes adskilt fra din øvrige formue.*

#### Samtykkeerklæring

Du skal underskrive samtykkeerklæringen på side 4 til indhentning og videregivelse af oplysninger.

#### Hvorfor skal du give samtykke?

For at kunne bedømme din anmodning om udbetaling fra forsikringen, skal FG almindeligvis have oplysninger om din sygdom og eventuel behandling fra sygehuse, læger eller jobcenter.

FG behandler dine oplysninger fortroligt og i overensstemmelse med gældende regler.

Hvis du er omfattet af gruppelivsforsikringen gennem en **pensionskasse, forening eller forbund**, beder vi dig også underskrive samtykkeerklæringen på side 2. Samtykkeerklæringen er nødvendig for at vi kan indhente og videregive oplysninger. Det kan være oplysning om, hvornår du blev omfattet eller evt. udmeldt af gruppelivsforsikringen samt oplysning om sagens udfald. Det kan være for at de kan rådgive dig eller evt. regulere i præmien efter en udbetaling af forsikringssummen. Du kan til enhver tid tilbagekalde dit samtykke.

#### FG bruger e-Boks

FG sender kun udvalgte brevttyper via e-Boks, men vi arbejder løbende på, at al kommunikation sker via e-Boks. Det betyder, at vi i en periode stadig vil sende nogle breve som almindelig post. e-Boks er en sikker digital postkasse på nettet, hvor man kan modtage og opbevare dokumenter. Brug af e-Boks er mere sikker end brug af e-mails, da e-Boks beskytter adgangen til dokumenterne med en række komponenter og procedurer.

Hvis du giver dit samtykke til, at FG kan sende post til din e-Boks, sender vi kun post, som vedrører din forsikring i FG. Du kan til enhver tid fravælge, at vi sender post til din e-Boks.

Hvis du har givet samtykke til, at modtage post fra FG i din e-Boks på en af FGs blanketter, herunder blanketter på Mit Gruppeliv, skal du sende en mail til [fg@fg.dk](mailto:fg@fg.dk) og bede FG om at slette dit samtykke.

Hvis du har tilmeldt dig til, at modtage post fra FG på [www.e-boks.dk](http://www.e-boks.dk), skal du selv slette din tilmelding i e-Boks.

Indtil du har slettet din tilmelding, vil du modtage post fra FG i din e-Boks.

Breve sendt til din e-Boks vil du også kunne se på [www.fg.dk](http://www.fg.dk) under Mit Gruppeliv.

**Ansøgning om invalidesum  – invaliderente  - præmiefri dækning  (Bedes afkrydset)**

Navn: \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Postnr. \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telefon nr. \_\_\_\_\_

Spørgsmål	Svar
1. Hvad er årsagen til din erhvervsudygtighed? (enten sygdommens navn eller ulykkestilfældets art og følger).	
2. Hvornår blev du syg, eller hvornår skete ulykken? (dato og år).	
3. a. Hvilken læge har først behandlet dig for sygdommen eller skaderne?  b. Er du under lægebehandling og i givet fald hos hvilken læge/hospital?	
4. Har du på grund af sygdommen eller ulykken været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium eller andre steder?  Hvis ja: Hvor og hvor længe?	
5. Afventer du på grund af sygdommen eller ulykken behandling eller undersøgelse?  Hvis ja: Hvor og hvornår?	
6. Har du arbejde i øjeblikket? (gælder også arbejde efter du er overgået til evt. efterløn)  Hvis ja: Det ugentlige timeantal?  Hvis nej: Hvornår blev du sygemeldt? Hvad bestod dit arbejde i? Hvad var din årlige indtægt? Er du fratrådt din stilling? Hvis ja, til hvilken dato?	

<p>7.</p> <p>a. Er du under revalidering?</p> <p>b. Er du under ressourceforløb?</p> <p>c. Er du i fleksjob?</p> <p>d. Får du tjenestemandspension?</p> <p>e. Er du indstillet til offentlig førtidspension, eller</p> <p>f. Er du bevilget førtidspension?</p> <p>g. Er kendelsen anket?</p> <p>h. Er du gået på efterløn?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej fra / til /</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej fra / til /</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej _____ timer pr. uge</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, hvis "ja", vedlæg kopi af kendelsen</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, hvis "ja", vedlæg kopi af kendelsen</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p>
<p>8. Er du forsikret mod sygdom eller ulykkestilfælde i andre selskaber, hvis ja hvilke?</p>	
<p>9. Navn og adresse på din praktiserende læge samt telefon nr.</p>	
<p>10. Hvis du i forbindelse med din sygdom eller ulykke har eller har haft kontakt med din kommune (førtidspension, revalidering, fleks- og skånejob mv.) bedes du oplyse:</p>	<p>Kommune</p> <p>Jobcenter / områdekontor (oplys adresse og sagsbehandler)</p>
<p>11. Hvis du er forsikret ved invaliditet, og du er berettiget til invalidesummen indsættes forsikringssummen på din <b>NemKonto</b>.</p> <p>Hvis forsikringssummen skal indsættes på en anden konto end NemKonto, bedes du udfylde bankoplysningerne.</p> <p><b>Invalidesummen kan være kreditorbeskyttet, jf. Rpl. § 513. For at kreditorbeskyttelsen virker, skal du oprette en særskilt konto, hvor invalidesummen indsættes, og holdes adskilt fra øvrig formue</b></p>	<p>Bankens navn</p> <p>_____</p> <p>Adresse</p> <p>_____</p> <p>Reg.nr. _____ konto nr. _____</p>

### ANMELDERS ERKLÆRING

Det bekræftes, at

Navn: \_\_\_\_\_

Cpr. nr.: \_\_\_\_\_

Er / var omfattet af gruppelivsftale nr.: \_\_\_\_\_

Månedlig præmie: \_\_\_\_\_ Kopi af seneste lønseddel, hvoraf gruppelivspræmien fremgår, **skal** vedlægges.

Fratrædelsesdato/præmie betalt indtil den: \_\_\_\_\_

Fratrædelsen/udmeldelsen sker på grund af sygdom JA  NEJ

\_\_\_\_\_ Dato

\_\_\_\_\_ Stempel, telefon nr. og underskrift

### SAMTYKKE

Jeg giver samtykke til, at FG må indhente og videregive relevante oplysninger til anmelder. Det kan være oplysninger om:

- Hvornår jeg blev omfattet eller evt. udmeldt af gruppelivsforsikringen, herunder om årsagen til udmeldelsen, med henblik på tilbud om præmiefri dækning eller fortsættelsesforsikring, herunder sagens udfald.

\_\_\_\_\_ Dato

\_\_\_\_\_ Underskrift

### SAMTYKKE e-Boks

#### SAMTYKKE

Jeg giver samtykke til, at FG må sende post til min e-Boks

JA  NEJ

\_\_\_\_\_ Dato

\_\_\_\_\_ Underskrift

Hvis du ikke giver FG samtykke til, at sende post til din e-Boks, vil du modtage posten som alm. post. Du kan til enhver tid fravælge, at FG sender post til din e-Boks. Læs mere om e-Boks i vedlagte vejledning.

Skemaet skal sendes via  
[www.fg.dk/kontakt](http://www.fg.dk/kontakt) (sikker forbindelse) eller  
pr. brev til Forenede Gruppeliv, Postboks 442, Krumtappen 4, 2500 Valby

Samtykkegivers navn: \_\_\_\_\_ Samtykkegivers CPR-nr.: \_\_\_\_\_

## **FP 002 Samtykke: Når jeg er kommet til skade eller er blevet syg**

### **Livsforsikring**

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Forenede Gruppeliv (FG) i forbindelse med mit krav om udbetaling må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er nødvendige for selskabets vurdering af mit krav, og at FG i den forbindelse må videregive oplysninger til identifikation af mig og min forsikrings sag til dem, som selskabet indhenter de relevante oplysninger fra. Selskabet præciserer over for den, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

#### ***Hvem kan der indhentes oplysninger fra?***

FG kan med dette samtykke indhente relevante oplysninger fra følgende aktører, som jeg har været, er eller vil komme i kontakt med i nedenstående periode:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse samt laboratorier, ambulatorier og klinikker.
- Speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.
- Min nuværende og tidligere bopælskommune.
- Andre forsikrings selskaber og pensionskasser, hvor jeg har anmeldt et krav om udbetaling.
- Øvrige aktører, som jeg har oplyst FG om i forbindelse med mit krav om udbetaling.
- Min nuværende og tidligere arbejdsgiver.

De nævnte aktører kan med dette samtykke videregive de relevante oplysninger til FG.

#### ***Hvem kan de indhentede oplysninger videregives til?***

FG kan med dette samtykke videregive de indhentede oplysninger til følgende aktører, som hjælper FG med behandlingen af mit krav om udbetaling:

- Speciallæge, som skal udarbejde en speciallægeerklæring.
- Min nuværende og tidligere arbejdsgiver.
- Videncenter for Helbred & Forsikring

#### ***Hvilke oplysninger kan behandles?***

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet.
- Oplysninger om sociale og økonomiske forhold.
- Til min arbejdsgiver: Navn, CPR-nr., og at der er tale om en forsikrings sag.
- Fra min arbejdsgiver: Arbejdstid, sygefravær, løn og særlige arbejdsforhold.

#### ***For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?***

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 10 år forud for skadestidspunktet eller tidspunktet for sygdommens opståen og frem til det tidspunkt, hvor FG har taget stilling til mit krav om udbetaling.

Ved vurdering af, om en igangværende udbetaling skal fastholdes, regnes perioden fra vurderingstidspunktet.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan FG med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

#### ***Tidsbegrænsning, underretning mv.***

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

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

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

## Uddrag af forsikringsbetingelsernes regler om invalidesum, invaliderente og præmiefri dækning

### § 8. Udbetaling af Invalidesum

Stk. 1. Invalidesummen udbetales, hvis gruppemedlemmets erhvervsevne i forsikringstiden på grund af sygdom eller ulykke skønnes varigt nedsat til mindst halvdelen hhv. til mindst en tredjedel, afhængig af gruppelivsftalen. Såfremt gruppemedlemmet ved lægebehandling, omskoling, genoptræning eller uddannelse kan bringe sin erhvervsevne over førnævnte grænse, er betingelserne for udbetaling ikke opfyldt.

Stk. 2. Nedsættelsen af erhvervsevnen bedømmes af FG under hensyn til gruppemedlemmets helbredsmæssige forhold ud fra en ren lægelig vurdering. FG er berettiget til at indhente oplysninger fra læger, der behandler eller har behandlet gruppemedlemmet, og til at lade gruppemedlemmet undersøge af en af FG valgt læge.

Stk. 3. Udbetalingen omfatter den invalidesum, der var gældende den dag, hvor gruppemedlemmets erhvervsevne blev skønnet varigt nedsat i det i stk. 1 nævnte omfang.

Stk. 4. Retten til udbetaling af invalidesum bortfalder ved gruppemedlemmets død medmindre gruppemedlemmet skriftligt har bedt om udbetaling over for FG og på dette tidspunkt opfyldte betingelserne anført under stk. 1.

Stk. 5. Er et gruppemedlem udtrådt af gruppelivsftalen, eller er gruppelivsftalen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, skal skriftlig anmodning om udbetaling være fremsat over for FG inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden, jf. § 3 e. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af invalidesum for invaliditet, der ikke er anmeldt.

Stk. 6. Når den aftalte invalidesum er udbetalt, ophører gruppemedlemmets ret til yderligere udbetaling af invalidesum.

### § 9. Udbetaling af Invaliderente

Stk. 1. Invaliderenten udbetales, hvis gruppemedlemmets erhvervsevne i forsikringstiden på grund af sygdom eller ulykke skønnes nedsat til mindst halvdelen hhv. til mindst en tredjedel, afhængig af gruppelivsftalen.

Stk. 2. Nedsættelsen efter stk. 1 foreligger, når gruppemedlemmet efter FGs skøn ikke længere er i stand til - bedømt under hensyn til gruppemedlemmets nuværende helbredstilstand, uddannelse og tidligere beskæftigelse - at tjene mere end en tredjedel af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder.

Ved første vurdering af gruppemedlemmets nedsatte erhvervsevne, vurderes den nedsatte erhvervsevne i gruppemedlemmets nuværende erhverv. Hvis FG vurderer at gruppemedlemmet ikke kan vende tilbage til nuværende erhverv, senest 18 måneder efter 1. sygedag, vurderes den generelle erhvervsevne. Ved den generelle erhvervsevne forstås erhvervsevnen i både gruppemedlemmets nuværende erhverv og i andre erhverv.

FG er berettiget til at indhente oplysninger fra læger, der behandler eller har behandlet gruppemedlemmet, og til at lade gruppemedlemmet undersøge af en af FG valgt læge.

Stk. 3. Invaliderenten udbetales fra den dato, hvor erhvervsevnen har været nedsat uafbrudt i 3 måneder, dog tidligst fra den dato, hvor anmodning om udbetaling skriftligt fremsættes overfor FG. Udbetalingen sker månedsvis forud til gruppemedlemmet, medmindre andet er bestemt i gruppelivsftalen.

Stk. 4. Udbetalingen ophører, når gruppemedlemmets erhvervsevne er genvundet i en sådan grad, at de anførte forudsætninger for udbetaling ikke længere er til stede, dog senest når gruppemedlemmet opnår den i gruppelivsftalen anførte ophørsalder.

Stk. 5. Er et gruppemedlem udtrådt af gruppelivsftalen, eller er gruppelivsftalen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, skal skriftlig anmodning om udbetaling være fremsat over for FG inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden, jf. § 3 e. Ved udløbet af denne frist bortfalder retten til udbetaling af invaliderente for invaliditet, der ikke er anmeldt.

### § 12. Præmiefri dækning

Stk. 1. De i gruppelivsftalen anførte dækninger ved død, invaliditet, kritisk sygdom og ægtefælledækning kan opretholdes uden præmiebetaling, hvis gruppemedlemmet udtræder af gruppelivsftalen af sådanne helbredsmæssige årsager, som ifølge § 9 giver ret til udbetaling af invaliderente, hvis præmiefri dækning er omfattet af gruppelivsftalen. Præmiefri dækning kan opretholdes i indtil 3 år hhv. maksimalt til forsikringstidens udløb, afhængig af gruppelivsftalen.

Stk. 2. Retten til præmiefri dækning indtræder fra fratrædelsesdatoen og ophører efter 3 år hhv. ved forsikringstidens udløb eller på det tidligere tidspunkt, hvor de under stk.1 anførte forudsætninger for præmiefri dækning ikke længere er opfyldt, eller gruppemedlemmet opnår den i gruppelivsftalen anførte ophørsalder.

Stk. 3. Er forsikringstageren en forening eller en organisation, indtræder retten til præmiefri dækning dog først fra det tidspunkt, hvor erhvervsudygtigheden har været i mindst 3 måneder, og under forudsætning af, at gruppemedlemmet på dette tidspunkt fortsat er omfattet af gruppelivsftalen.

Stk. 4. En forsikret ægtefælles/samlevers erhvervsudygtighed giver ikke ret til præmiefri dækning for dækningerne i §§ 11 A og 11 B.

Stk. 5. En ægtefælle/samlever der er indtrådt som gruppemedlem, har ikke ret til præmiefri dækning ved erhvervsudygtighed.

Stk. 6. Er et gruppemedlem udtrådt af gruppelivsftalen, eller er gruppelivsftalen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, skal skriftlig anmodning om præmiefri dækning være fremsat overfor FG inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden, jf. § 3 e. Ved udløbet af denne frist bortfalder retten til præmiefri dækning, der ikke er anmeldt.