

Vejledning

- Ved ansøgning om præmiefri dækning.

For at FG kan behandle ansøgningen, har vi brug for oplysninger. Det er derfor vigtigt, at ansøgningsskemaet er korrekt udfyldt, som beskrevet nedenfor.

Du skal udfylde ansøgningsskemaets punkt 1-10. 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 udtræder af gruppelivsftalen

Hvis du er forsikret gennem pengeinstitut eller forsikringselskab, 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.

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. Vi bruger lønsedlen som dokumentation for, at du er omfattet af forsikringen.

Samtykkeerklæring

Du skal underskrive samtykkeerklæringen på side 3 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 oplysninger om sagens udfald. Det kan være for at pensionskassen, foreningen eller forbundet 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 og bede FG om at slette dit samtykke.

Hvis du har tilmeldt dig til, at modtage post fra FG på 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 under Mit Gruppeliv.

**Bemærk, at præmiefri dækning normalt først tilkendes med virkning fra den dato, hvor du fratræder. Hvis du er forsikret gennem en forening, er det fra den dato, hvor FG vurderer din erhvervsevne reduceret i det krævede omfang.*

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

Ansøgning om præmiefri dækning

Fulde 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. <ul style="list-style-type: none"> 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?	

7.	<p>a. Er du under revalidering? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej fra / til /</p> <p>b. Er du under ressourceforløb? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej fra / til /</p> <p>c. Er du i fleksjob? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej _____ timer pr. uge</p> <p>d. Får du tjenestemandspension? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, hvis "ja", vedlæg kopi af kendelsen</p> <p>e. Er du indstillet til offentlig førtidspension, eller <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>f. Er du bevilget førtidspension? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, hvis "ja", vedlæg kopi af kendelsen</p> <p>g. Er kendelsen anket? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>h. Er du gået på efterløn? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p>
8. Er du forsikret mod sygdom eller ulykkestilfælde i andre selskaber, hvis ja hvilke?	
9. Navn og adresse på din praktiserende læge samt telefon nr.	
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>Kommune</p> <p>Jobcenter / områdekontor (oplys adresse og sagsbehandler)</p>

SAMTYKKE e-Boks

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.

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 _____

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 præmiefri dækning

§ 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 helbreds-mæssige 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 gruppe-medlemmet 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 varet 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.