



CENTRALFORENINGEN FOR STAMPERSONEL
FORSVARETS STØRSTE FAGFORENING

Forsikringsorientering for CS medlemmer



SAMMENHOLD STYRKER

Vi har placeret vores forsikringer på følgende måde:

- **Livs- og erhvervsudygtighedsforsikring i Forenede Gruppeliv.** Forsikringen dækker hele døgnet
- **Fritidsulykkesforsikringen er tegnet i Tryg Forsikring** og dækker kun i fritiden
- **Helbredssikring er tegnet i PFA pension.**

Alt efter ansættelsesform, kan der være dækning på en eller flere af følgende forsikringer.

CS medlemsforsikring 85012

Obligatorisk ordning

ved medlemmets død udbetales	kr. 100.000
ved ægtefælle/samlevers** død udbetales	kr. 50.000

** Samlever skal leve sammen med forsikrede på fælles bopæl og vente, have, have haft et barn sammen med forsikrede, eller leve sammen med forsikrede i ægteskabslignende forhold på den fælles bopæl i de sidste 2 år før dødsfaldet.

* fritidsulykke med en beregning ud fra en invaliditetssum på erstatning fra 5% mèn og dobbelterstatning fra 30% mèn	kr. 1.000.000
eks. invaliditets erstatning ved 100% mèn udgør	kr. 2.000.000

Forsikringen løber max. til det 70. år.

- * **Fritidsulykkesforsikringen** dækker mèn ved ulykke sket i fritiden, **ved udsendelse** skal du være opmærksom på, at der er et delvis krigsforbehold dvs. hvis skaden er en direkte følge af krig, krigslignende forhold, oprør eller borgerlige uroligheder, dækker ulykkesforsikringen ikke. Dog skal det bemærkes, at en identisk ulykke, som kunne være sket i Danmark, fortsat er dækket.
OBS – under udsendelse/INTOPS dækker Forsvarets særlige erstatningsordning ved død og ulykke)

Den mdr. præmie udgør kr. 65,- betales sammen med forbundskontingentet (lønkode 8950).



CS Frivillige forsikring 90025

Alder	DØDSFALD medlem	ERHVERVSUDYGTIGHED medlem	Hvis denne dækning er medtegnet DØDSFALD ægtefælle/samlever**
før 46 år	kr. 570.000	kr. 300.000	kr. 570.000
46 - 55 år inkl.	kr. 339.000	kr. 200.000	kr. 339.000
56 - 64 år inkl.	kr. 238.000	kr. 100.000	kr. 238.000
+ for hvert barn under 21 år	kr. 50.000		kr. 50.000

Forsikringen løber max. til det 65. år.

Den mdr. præmie udgør for medlem **kr. 160,25** og **kr. 85,25** for ægtefælle/samlever.

Samlet udgør præmien pr. mdr. **kr. 245,50**.

Præmien trækkes over lønnen og fremgår af lønsedlen (lønkode 8951).

Helbredssikring

Frivillig ordning

Hurtig behandling på hospital eller speciallæge.

(nærmere detaljeret beskrivelse af forsikringen er indsat i dette materiale)

Forsikringen løber max. til det 70. år.

Den mdr. præmien trækkes over lønnen (lønkode 8951) med flg. satser

- forsikring for medlem inkl. børn	kr. 125,-
- forsikring for ægtefælle/samlever	kr. 115,-
- forsikring for medlem inkl. børn + ægtefælle/samlever	kr. 240,-

Præmien trækkes over lønnen og fremgår af lønsedlen (lønkode 8951).

CS Pensionsforsikring 85011-P

Obligatorisk ordning

ved medlemmets død udbetales	kr. 640.000
+ en løbende rente for hvert barn under 21 år p.a.	kr. 30.500

nedsættes medlemmets erhvervsevne med 2/3 før 62. år, udbetales en løbende rente dog længst til det 62. år p.a. (den årlige rente udbetales med 1/12 hver mdr.)	kr. 128.000
---	-------------

ved ægtefælle/samlevers** død udbetales	kr. 387.000
---	-------------

** Samlever skal leve sammen med forsikrede på fælles bopæl og vente, have, have haft et barn sammen med forsikrede, eller leve sammen med forsikrede i ægteskabslignende forhold på den fælles bopæl i de sidste 2 år før dødsfaldet.

Forsikringen løber max. til det 62. år.

Den mdr. præmie **kr. 60,- + (110,- + 8% AM-bidrag kr. 9,57) kr. 119,57, i alt kr. 179,57** fremgår af lønsedlen (en af følgende lønkoder er anvendt 7210 og 7200 eller 8272 og 8271 eller 9251 og 9252).

Hvem tilfalder forsikringssummen?

Ved medlems død udbetales til afdødes nærmeste pårørende. Det vil sige ægtefælle/samlever** eller hvis en sådan ikke efterlades, livsarvinger, arvinger ifølge testamente eller arveloven.

** Samlever skal leve sammen med forsikrede på fælles bopæl og vente, have, have haft et barn sammen med forsikrede, eller leve sammen med forsikrede i ægteskabslignende forhold på den fælles bopæl i de sidste 2 år før dødsfaldet.

Ved ægtefællens/samleverens død udbetales forsikringssummen til medlemmet, subsidiært medlemmets nærmeste pårørende.

Arverækkefølge

1. Ægtefælle/registreret partner
2. samlever, hvis man bor sammen og har/har haft barn sammen, venter barn eller har boet sammen i ægteskabslignende forhold de sidste 2 år før dødsfaldet
3. Livsarvinger
4. Arvinger i henhold til testamente
5. Øvrige arvinger (forældrelinjen eller bedsteforældrelinjen)

I nævnte rækkefølge



Nærmere oplysninger om arveregler og begunstigelse kan findes på hjemmesiden hos Forenede Gruppeliv www.fg.dk – e-mail: fg@fg.dk - tlf. 3916 7800.

Evt. begunstigelse vedr. dødsfaldssummen:

Er den gruppelivsforsikrede ikke gift og ønsker at begunstige evt. en samlever (hvis ovennævnte ikke er opfyldt) måske børn frem for en samlever eller andre. *Benyt evt. begunstigelsen som sidder her i materialet.* Uigenkaldelig begunstigelseserklæring accepteres ikke.

HUSK ALTID at annullere begunstigelsen, hvis denne ikke længere er nødvendig. Bl.a. pga. de ændrede regler, eller hvis der sker ændringer i familieforholdene.

Boafgift:

- | | |
|--------|--|
| 0% | ægtefælle/registreret partner |
| 15% | børn, forældre samt personer, som har haft fælles folkeregisteradresse de sidste 2 år før dødsfaldet, og samlever, der har/har haft eller venter barn med forsikrede |
| 36,25% | alle andre. |

HUSK evt. testamente

Har du brug for at skrive et testamente, anbefales det at oprette et **Notartestamente**. CS har aftale med Ret og Råd i Greve, hvor der gives 20% rabat på alle advokatydelse. Kontakt Ret og Råd, telefon 7020 7083 eller mail greve@ret-raad.dk

Dog kan CS, under udsendelse, tilbyde et midlertidigt testamente (se testamentet i materialet). Det vil sige, at det er tidsbestemt og gælder kun i udsendelses perioden.

BEGUNSTIGELSESERKLÆRING



Begunstigelse er **kun** nødvendig, hvis forsikringssummen skal tilfalde andre end nærmeste pårørende.
Læs afsnittet om *begunstigelse*.

Navn:: _____ Cpr.nr.: _____

Adresse: _____ Mail.: _____

Postnr./by: _____ Tlf.nr.: _____

Sæt kryds ud for de nævnte ordninger som begunstigelsen skal gælde.

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Gruppelivsftale nr.: 85012 | Navn : CS Medlemsforsikring |
| <input type="checkbox"/> | Gruppelivsftale nr.: 90025 | Navn : CS Frivillige forsikring |
| <input type="checkbox"/> | Gruppelivsftale nr.: 85011 | Navn : CS Fondes Pensionsforsikring |
| <input type="checkbox"/> | Gruppelivsftale nr.: 85034 | Navn : CFU forsikring for ansatte i staten |

Jeg ønsker, at forsikringssummen i tilfælde af min død i forsikringstiden udbetales til:
Anfør navn og cpr.nr., adresse samt evt. slægtskab

Skal flere begunstiges, angives fordeling mellem disse, eks. til lige deling eller procentfordeling.

_____ den _____ / _____ 20_____

underskrift

Erklæringen indsendes i udfyldt og underskrevet stand til:

CS - forsikringsadministration
Trommesalen 3
1614 København V.

Begunstigelsen påtegnes og videresendes til FORENEDE GRUPPELIV, der efter registrering skriftligt bekræfter modtagelsen.

Annulering af BEGUNSTIGELSESERKLÆRINGER



Navn: _____ Cpr.nr.: _____

Adresse: _____ Mail.: _____

Postnr./by: _____ Tlf.nr.: _____

Sæt kryds ud for de nævnte ordninger, hvor begunstigelsen ønskes annulleret.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gruppelivsaftale nr.: 85012 | Navn : CS Medlemsforsikring |
| <input type="checkbox"/> Gruppelivsaftale nr.: 90025 | Navn : CS Frivillige forsikring |
| <input type="checkbox"/> Gruppelivsaftale nr.: 85011 | Navn : CS Fondes Pensionsforsikring |
| <input type="checkbox"/> Gruppelivsaftale nr.: 85034 | Navn : CFU forsikring for ansatte i staten |

_____ den _____ / _____ 20_____

underskrift

Annulering af erklæringen indsendes i udfyldt og underskrevet stand til:

CS- forsikringsadministration
Trommesalen 3
1614 København V.

Annulering af begunstigelsen påtegnes og videresendes til FORENEDE GRUPPELIV, der efter registrering skriftligt bekræfter modtagelsen.



Underskrevne	Cpr.nr.
Adresse	Postnr.
	By
E-mail	Telefonnr.

og som ikke tidligere har oprettet testamente, bestemmer herved som min sidste vilje.

§1

Alt hvad jeg efterlader mig, og som jeg kan råde over ved testamente, skal tilfalde

Navn	Cpr.nr.
------	---------

Dette gælder tillige alle rettigheder til forsikringer og pensioner, hvorover jeg har mulighed for at disponere ved dette testamente.

§2

Nærværende testamente er oprettet i anledning af min tjeneste under INTOPS eller anden tilsvarende tjeneste

I perioden	20_____	til	20_____
------------	---------	-----	---------

hvorefter testamentet bortfalder i sin helhed. I det omfang ovennævnte tjeneste afkortes eller forlænges, skal perioden for testamentes gyldighed ligeledes afkortes eller forlænges.

Tidligere udfærdigede testamentariske bestemmelser tilbagekaldes samtidig hermed.

den	20_____	Underskrift
-----	---------	-------------

Underskrevne vidner, [der var til stede](#) efter testators ønske, erklærer herved, at testator har underskrevet dette testamente i vores overværelse, hvorefter vi har påtegnet testamentet (*samme dato*). Ingen af os er i familie med testator eller begunstiget på nogen måde, hverken direkte eller indirekte.

Navn	Navn
Adresse	Adresse
Postnr.	Postnr.
By	By
Dato	Dato
Underskrift	Underskrift

NB! Alle indrammede felter skal udfyldes.

Dette testamente gælder kun under den i §2 nævnte periode. Hvis testator genudsendes under INTOPS eller anden tilsvarende tjeneste, skal nyt testamente udfærdiges.

Testamentet udfærdiges i 1 eksemplar og afleveres til CS - Forsikringsadministration, som deponerer det.

Bekræftelse tilsendes testator. Testator kan evt. tage en kopi til eget brug.



TILMELDING eller ÆNDRING til CS FRIVILLIGE FORSIKRING aftale 90025

Jeg er medlem af CS og ønsker **tilmelding/ændring** af ovennævnte forsikring pr. / 20__

- Forsikringen skal også dække min ægtefælle samlever
- Tilsend begunstigelsesblanket, til mine gruppelivsforsikringer (jeg har læst afsnittet vedr. begunstigeelse i forsikringsfolderen og evt. Forenede Gruppelivs hjemmeside)
- Tilsend blanket til annullering af begunstigeelse på mine gruppelivsforsikringer, da erstatningen skal gå til nærmeste pårørende
- Ægtefælle/samlever-dækningen skal slettes fra forsikringen pr. / 20__

Medlems cpr.nr.

Medlems navn

Ægtefælle/samlevers cpr.nr.

Ægtefælle/samlevers navn

Adresse

Postnr.

By

Telefon

E-mail

Dato

Medlems underskrift

Sendes til: CS forsikringsadministration, Trommesalen 3 - 1614 København V

Kundevejledning

1. Hvorfor skal du give oplysninger om dit helbred?

Når du skal sikre dig selv og din familie med en gruppelivsforsikring, skal du besvare en række spørgsmål om dit helbred. Det er meget vigtigt, at du besvarer alle spørgsmål nøjagtigt, ellers risikerer du i værste fald at stå uden dækning, hvis skaden sker.

2. Hvilke oplysninger skal du give?

Når du vil tegne en gruppelivsforsikring, skal du udfylde en helbredserklæring og eventuelt nogle spørgeskemaer.

Når du udfylder helbredserklæringen og de andre spørgeskemaer, er det meget vigtigt:

- at du besvarer alle spørgsmål
- at du giver oplysning om nuværende sygdomme
- at du giver oplysning om tidligere sygdomme
- at du giver oplysning om varigt eller midlertidigt forbrug af medicin
- at du giver oplysning om undersøgelser og behandlinger hos autoriserede sundhedspersoner (f.eks. læger, kiropraktorer eller fysioterapeuter, psykolog eller psykiater), sygehuse og sundhedsmæssige institutioner.
- hvis du er i tvivl om besvarelsen af spørgsmålene, f.eks. med hensyn til diagnoser og datoer, kan du kontakte din læge, inden du udfylder erklæringen. Lægen har ofte oplysningerne i journalen. Lægens evt. honorar betales **ikke** af FG.

Du skal dog **ikke** oplyse om resultatet af gentests, dvs. undersøgelser der kan belyse dine arveanlæg og deraf følgende risiko for fremtidig sygdomme.

Ansvar for at skemaet udfyldes korrekt er dit og dit alene.

Du skal være særlig opmærksom på ryglidelser og psykiske lidelser og på alkoholmisbrug. Nogle er tilbøjelige til at bagatellisere problemer med ryggen eller fortie brug af piller. Andre har svært ved at fortælle om f.eks. psykiske lidelser og kønssygdomme, men du kan trygt give følsomme oplysninger. Kun de personer, der skal behandle din sag, ser dine oplysninger, og de har alle tavshedspligt ifølge loven. Hvis du ønsker det, kan du skrive de følsomme oplysninger i et brev og lægge det i en lukket kuvert, stilet til FGs læge.

Kommer du senere i tanke om noget, du har glemt at oplyse, skal du rette henvendelse til FG.

3. Hvad sker der med dine helbredsoplysninger?

Helbredsoplysningerne anvendes ved bedømmelse af, om du kan optages i gruppelivsforsikringen.

FGs lægekantor træffer sin afgørelse på et lægefagligt og veldokumenteret statistisk grundlag, der er udarbejdet med hjælp fra uafhængige eksperter.

4. Hvis skaden sker?

Hvis du dør eller bliver invalid og din forsikring skal udbetales, kan FG indhente oplysninger om din sygdom eller død. I den forbindelse kan FG med din eller dine efterlades tilladelse bede om oplysning fra autoriserede sundhedspersoner (f.eks. læger, kiropraktorer eller fysioterapeuter), sygehuse og sundhedsmæssige institutioner. Disse oplysninger sammenholdes med de svar, du gav, da du tegnede din forsikring.

Gav du korrekte svar, da du tegnede forsikringen, bliver din erstatning udbetalt omgående.

Gav du derimod forkerte oplysninger, da du tegnede forsikringen, kan erstatningen helt bortfalde.

HELBREDSERKLÆRING

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.

Er du i tvivl om besvarelsen af spørgsmålene, f.eks. 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 dit cpr.nr.

Medlems fornavn og efternavn	
Stilling	Cprnr.
Adresse	
Postnr.	By
Har du inden for de sidste 3 år konsulteret, været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut, psykolog/psykiater, fået foretaget laboratorieundersøgelse, fået udskrevet receptpligtig medicin eller været indlagt på sygehus, ambulatorium e.l.? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvor? For hvad? Hvornår? Hvor længe? Evt. følger?
Er du under revalidering eller indstillet til/ansat i fleksjob? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Er du indstillet til eller får du pension, eller invaliditetsydelse fra det offentlige på grund af dit helbred? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvad er årsagen? Hvornår?
Har du nogensinde været syg eller sygemeldt i mere end 1 måned? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvilken lidelse? Hvornår? Hvor længe? Evt. følger?
Er du fuldstændig rask? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvis nej: Hvorfor ikke?
Er du fuldt arbejdsdygtig? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Hvem er din læge? (anfør navn og adresse)	

Jeg erklærer, at alle spørgsmål er besvaret efter bedste overbevisning, og at jeg ikke har fortiet noget. Jeg er klar over, at urigtige eller manglende oplysninger, som kan være af betydning for Forenede Gruppelivs vurdering af den forsikringsmæssige risiko, kan medføre at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra selskabet.

Jeg er indforstået med at andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger. Jeg er bekendt med, at Forenede Gruppeliv forbeholder sig ret til at opbevare de anførte oplysninger også i tilfælde af afslag på ansøgning om forsikring

_____ den / _____

underskrift

VEND

FP 601 - Samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger

Cpr.nr.:

Navn:

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, Videncenter 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

HELBREDSERKLÆRING

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.

Er du i tvivl om besvarelsen af spørgsmålene, f.eks. 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 dit cpr.nr.

Ægtefælle/samlever fornavn og efternavn	
Stilling	Cprnr.
Medlems fornavn og efternavn	Cprnr.
Adresse	
Postnr.	By
Har du inden for de sidste 3 år konsulteret, været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut, psykolog/psykiater, fået foretaget laboratorieundersøgelse, fået udskrevet receptpligtig medicin eller været indlagt på sygehus, ambulatorium e.l.? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvor? For hvad? Hvornår? Hvor længe? Evt. følger?
Er du under revalidering eller indstillet til/ansat i fleksjob? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Er du indstillet til eller får du pension, eller invaliditetsydelse fra det offentlige på grund af dit helbred? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvad er årsagen? Hvornår?
Har du nogensinde været syg eller sygemeldt i mere end 1 måned? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvilken lidelse? Hvornår? Hvor længe? Evt. følger?
Er du fuldstændig rask? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvis nej: Hvorfor ikke?
Er du fuldt arbejdsdygtig? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Hvem er din læge? (anfør navn og adresse)	

Jeg erklærer, at alle spørgsmål er besvaret efter bedste overbevisning, og at jeg ikke har fortiet noget. Jeg er klar over, at urigtige eller manglende oplysninger, som kan være af betydning for Forenede Gruppelivs vurdering af den forsikringsmæssige risiko, kan medføre at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra selskabet.

Jeg er indforstået med at andre forsikringselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger. Jeg er bekendt med, at Forenede Gruppeliv forbeholder sig ret til at opbevare de anførte oplysninger også i tilfælde af afslag på ansøgning om forsikring

den /

 underskrift **VEND**

FP 601 - Samtykke til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger

Cpr.nr.:

Navn:

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 forsikrings-selskaber 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 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



PFA HELBREDSSIKRING

- din vej til hurtig behandling

PFA Helbredssikring er en sundhedsforsikring, der blandt andet giver dig mulighed for at blive behandlet hurtigt på privathospitaler, privatklinikker og hos speciallæger.

Sygdom er altid ubehageligt for den, der bliver ramt, men ofte går det også ud over familie, venner og arbejdsliv. Derfor er det vigtigt for alle, at du kan komme hurtigt i gang med undersøgelse og behandling. Med PFA Helbredssikring får du mulighed for hurtig behandling på privathospitaler, privatklinikker og hos speciallæger.

Hvis du opfylder betingelserne for udbetaling, betaler PFA Helbredssikring udgifterne.

Dækninger

PFA Helbredssikring dækker følgende:

- Undersøgelse, behandling, operation, samt efterkontrol ved speciallæger, privatklinikker og privathospitaler
- Genoptræning
- Rekreation
- Medicin
- Kiropraktor og fysioterapeut
- Diætist
- Akupunktur og zoneterapi
- Psykiater
- Psykolog
- Afvænnning af misbrug af alkohol, medicin og andre rusmidler
- Midlertidig hjemmehjælp og hjemmesygeplejerske
- Transport

I dine forsikringsbetingelser kan du læse mere om, hvordan du er dækket.

Børn

Dine børn mellem 1 og 21 år er automatisk dækket af din helbredssikring. De har altså de samme gode muligheder for undersøgelse og behandling, som du selv har.

Ægtefælle/samlever

Din ægtefælle eller samlever kan også købe en PFA Helbredssikring til en fordelagtig pris. Du skal være opmærksom på, at eksisterende sygdomme og sygdomme, der er opstået som følge heraf, først bliver dækket to år efter oprettelsen af din partners helbredssikring.

Tilmelding sker via Centralforeningen for Ståmpersonel.

- Fordelagtig pris
- Ingen helbredsoplysninger
- Hurtig behandling



PFA Pension

Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

Telefon 70 12 50 00
pension@pfa.dk

www.pfa.dk

CVR 13 59 43 76

PFA
PENSION

SPØRGSMÅL OG SVAR OM PFA HELBREDSSIKRING

Hvem kan købe forsikringen?

Du kan købe forsikringen, hvis du er medlem af HOD, FCE eller CS. Du skal være fyldt 18 år og indmeldelsen skal ske inden, du fylder 60 år. Forsikringen kan fortsætte til du fylder 70 år. Er du ikke længere medlem af ovennævnte organisationer, ophører PFA Helbredssikring.

Hvad koster forsikringen?

Priserne fremgår af nedenstående skema. Betaling for PFA Helbredssikring bliver opkrævet via Centralforeningen for Stampsoneel, der ligeledes står for til- og afmelding.

	Månedlig pris
Medlemmer inkl. børnedækning	125 kr.
Medlemmer inkl. børnedækning og ægtefælle-/samleverdækning	240 kr.

Hvor meget kan jeg få udbetalt?

PFA Helbredssikring dækker maksimalt udgifter op til 5 millioner kr. i hele forsikringstiden pr. forsikret. PFA Helbredssikring afregner som hovedregel direkte med behandlingsstedet.

Kan jeg få behandling i udlandet?

Ja, efter aftale med PFA Pension. Som udgangspunkt skal behandlingen foretages i Danmark. Du kan få behandling i udlandet, hvis den pågældende behandling i udlandet er bedre end de behandlingstilbud, der udbydes i Danmark. Behandlingen skal være alment anerkendt og ikke have karakter af eksperimentel behandling. PFA Helbredssikring dækker maksimalt op til et beløb svarende til 130 % af tilsvarende udgift i Danmark. Det er PFA, der foretager disse skøn.

Hvad med skatten?

Udbetalingen er skattefri, og derfor kan du naturligvis heller ikke trække dine indbetalinger fra.

Hvad med alle detaljerne?

Du kan til enhver tid se forsikringsbetingelserne på organisationernes hjemmesider.

Der gælder særlige regler for udstationering, se tillæg/betingelser på organisationernes hjemmesider.

Hvis du har brug for din Helbredssikring?

Hvis du bliver syg eller kommer til skade, skal du ringe til PFA SundhedsCenter på 70 80 78 70 for at få behandlingen godkendt inden, du går i gang. Undersøgelse og behandling forudsætter henvisning eller anbefaling fra din læge.

Du finder flere informationer på

www.cs.dk • www.hod.dk • www.fce.dk

**HVIS DU FÅR
BRUG FOR HJÆLP?**

Ring til PFA Sundheds-
center på
70 80 78 70



TILMELDINGSBLANKET TIL PFA HELBREDSSIKRING

Personoplysninger	Jeg er medlem af <input type="checkbox"/> HOD <input type="checkbox"/> FCE <input type="checkbox"/> CS		
	Forsikredes navn		
	CPR-nummer		
	Adresse		
	Postnr.	By	
	Tlf.nr./mobil	E-mail	
Personoplysninger ægtefælle/samlever	Ægtefælle/samlevers navn		
	CPR-nummer		
	Tlf.nr./mobil	E-mail	
Pris	Pris uden ægtefælle/samlever pr. måned i 2012: 125 kr.		
	Pris med ægtefælle/samlever pr. måned i 2012: 240 kr.		
	Betalingen trækkes i lønnen månedsvis		
Erklæring	<ul style="list-style-type: none"> I de to første år af forsikringstiden er der ikke dækning for sygdom, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en sygdom, som jeg/min ægtefælle/samlever havde inden indmeldelse i ordningen. Alle udgifter skal være rimelige og nødvendige i forhold til det forventede resultat. Forsikringen udløber den 1. i måneden efter mit fyldte 70. år eller min død forinden. Dækningen ophører for ægtefælle/samlever ved ophør af fælles folkeregisteradresse. Forsikringen træder i kraft den 1. i måneden efter din/jeres underskrift. Der er fortrydelsesret på forsikringen i henhold til Forsikringsaftalelovens § 34 i. Forsikringen kan opsiges (skriftligt) med virkning fra den 1. i måneden efter, at opsigelsen er modtaget. PFA Pension kan med 1 måneds varsel ændre tarif og forsikringsbetingelser. Jeg tillader, at der til brug for kundepleje, rådgivning og administration kan videregives oplysninger om min forsikring mellem CS og PFA Pension. <p>Når PFA Pension har registreret tilmeldingen, modtager du et forsikringsbevis. Du kan se forsikringsbetingelserne på organisationernes hjemmesider.</p>		
Underskrift	Dato	Medlems underskrift	
	Dato	Ægtefælles/samlevers underskrift	

Send blanketten til:

Centralforeningen for Stampersonal

Trommesalen 3

1614 København V



Forsvarets Personeltjeneste – Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor

Gå venligst ind på www.forsvaret.dk/FPT

og læs vedr. følgende:

1. Arbejdsskadeforsikring
2. Forsvarets særlige erstatnings- og godtgørelsesordning
3. Erstatningsansvarsloven
4. Gruppeliv og kritisk sygdom, Forenede Gruppeliv – aftale 85034
5. Private forsikringer
6. Andre ydelser
7. Pensionsmæssige forhold
8. Adresse og telefonnummer
9. Mere information om reglerne

Såfremt du er i tvivl om din forsikringsdækning

- har spørgsmål til dine forsikringer
- ønsker forsikringsoversigt – forsikringsfolder
- m.m.



Kontakt CS på telefon 36 90 89 00
Mail: cs@cs.dk
eller direkte til

Forsikringskonsulent Kirsten Flindt
Telefon 36 90 89 14
Mail: kirsten@cs.dk



Benyt evt. vores hjemmeside www.cs.dk Forsikring

SAMMENHOLD STYRKER



INDMELDELSBLANKET

Undertegnede ønsker medlemskab af CS

CPR NR. _____ Medarbejder nr. (MA NR.) _____
(Alle 10 cifre)

GRAD _____ VÆRN _____

På værnepligt løn (sæt kryds) nej ja FRA DEN: _____ TIL DEN: _____

NAVN _____

TJENESTESTED _____

PRIVAT ADRESSE _____

POST NR. - BY _____

TELEFONNR. _____

E-MAIL _____

MODTAG CS BLADET (sæt et kryds) E-mail eller Post

NYHEDSMAIL (sæt kryds) nej tak ja tak jeg vil gerne tilmeldes CS nyhedsbrev

Ved midlertidig ansættelse i forbindelse med udsendelse (ikke fast personel):

Under min udsendelse – FN eller andre tilsvarende tjenester – ønsker jeg at være tilmeldt CS

Fra den til den

Medlem af andet forbund nej ja Hvilken: _____ (Husk at melde dig skriftligt ud af forbundet)

Medlem af en a-kasse nej ja Hvilken: _____

Indmeldelse/overflytning til FTF A-kasse ønskes tilsendt Har selv sendt overflytning til FTF A-kasse

Du kan også indmelde dig på www.FTF-A.dk

Jeg ønsker indmeldelsen skal træde i kraft fra den: _____

Indmeldelsesdatoen er tillige startdato for fritidsulykke- og gruppelivsforsikringen.

Kontingentet betales månedsvis ved løntilbageholdelse.

Blanketten bedes underskrevet og fremsendt enten pr. post eller fax.

I henhold til CS vedtægter § 4 stk. 3. skal en skriftlig udmeldelse ske til udgangen af en måned og med 3 måneders varsel.

Dato _____

Underskrift vedr. kun medlemskab af CS