

Vejledning ved ansøgning om invaliderente og/eller præmiefri dækning

Inden du søger om udbetaling

Inden du begynder at udfylde ansøgningen, vil det være en fordel for dig, hvis du har følgende oplysninger klar:

- Måned og årstal for, hvornår du blev syg
- Hvilket hospital og afdeling du evt. har været undersøgt/behandlet på
- Navn og adresse på din praktiserende læge
- Datoen, hvor du blev ansat/omfattet af gruppelivsaftalen
- Kopi af din lønseddel, hvis du er ansat ved stat, region eller kommune
- Evt. kopi af en førtidspensionskendelse eller lign. – dette kan gøre sagsbehandlingen hurtigere

Som en del af din pensionsordning i SISA har du dækning for Tab af Erhvervsevne. SISA har aftalt med Forenede Gruppeliv (FG), at de har oprettet en gruppeforsikring for dig. Derfor er det FG, der skal behandle din ansøgning om invaliderente.

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

Anmelders erklæring

I erklæringen skal SISA oplyse gruppelivsaftale nr. samt hvornår du evt. udtræder af gruppelivsaftalen. Vi bruger denne information som dokumentation for, at du er omfattet af 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.

Bankbilag

Hvis du er berettiget til udbetaling af invaliderenten indsættes ydelsen på din **NemKonto** hver måned. Hvis du ikke ønsker ydelsen indsat på din NemKonto, har du mulighed for at oplyse et andet konto nr.

Kreditorbeskyttelse af udbetaling af invaliderenten

Invaliderenten kan være kreditorbeskyttet, jf. bestemmelse i retsplejeloven i Grønland eller retsplejeloven i Danmark. For at kreditorbeskyttelsen virker, skal du oprette en særskilt konto, hvor invaliderenten 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.

Da du er omfattet af gruppelivsforsikringen gennem SISA, beder vi dig også underskrive samtykkeerklæringen på side 2. Samtykkeerklæringen er nødvendig for at FG 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 SISA 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

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

Breve sendt til din e-Boks vil du også kunne se på www.fg.dk under Mit Gruppeliv. Du kan læse mere om e-Boks på www.fg.dk.

Forsikringsformidling

FG er forsikringsformidler og formidler forsikringer på vegne af FGs Ejerselskaber. FG er registreret som forsikringsformidler og modtager vedlagerlag for formidlingen af FGs ejerselskaber. Du kan se, hvem der er FGs ejerselskaber, og du kan læse mere om forsikringsformidling på www.fg.dk, bl.a. om i hvilket omfang FG yder rådgivning samt information om klagemuligheder.

Ansøgning om invaliderende

Medlemmets oplysninger

Navn: _____ Cpr. nr.: _____

Adresse: _____ Post nr.: _____ By: _____

E-mail: _____ Telefon nr.: _____

Arbejdsgivers oplysninger

Virksomhedens navn: _____ CVR-nr.: _____

Adresse: _____ Post nr.: _____ By: _____

E-mail: _____ Telefon nr.: _____

Kontaktperson i virksomheden: _____

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?	

<p>5. Afventer du på grund af sygdommen eller ulykken behandling eller undersøgelse?</p> <p>Hvis ja: Hvor og hvornår?</p>	
<p>6. Har du arbejde i øjeblikket? (gælder også arbejde efter du er overgået til evt. efterløn)</p> <p>Hvis ja: Det ugentlige timeantal?</p> <p>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>	
<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 berettiget til invaliderenten indsættes forsikringsydelsen på din NemKonto.</p> <p>Hvis forsikringsydelsen skal indsættes på en anden konto end NemKonto, bedes du udfylde bankoplysningerne.</p> <p>Vær opmærksom på eventuel kreditorbeskyttelse af invaliderenten. Se nærmere i vejledningen.</p>	<p>Bankens navn</p> <hr/> <p>Adresse</p> <hr/> <p>Reg.nr. _____ Konto nr. _____</p>
---	---

Vær opmærksom på at såfremt du stadigvæk oppebærer fuld løn fra din arbejdsgiver (se nærmere under Arbejdsgivers oplysninger) når ydelsen skal udbetales, vil den månedlige ydelse blive udbetalt til din arbejdsgiver. Når arbejdsforholdet ophører, vil ydelsen blive udbetalt til dig ifølge ovenstående punkt 11.

SAMTYKKE TIL INDHENTNING AF OPLYSNINGER

Samtykke

Jeg giver samtykke til, at FG må indhente relevante oplysninger fra SISA. Det kan være oplysninger om:

Hvornår jeg blev omfattet eller evt. udmeldt af gruppelivsforsikringen, herunder om årsagen til udmeldelsen, med henblik på tilbud om præmiefritagelse eller fortsættelsesforsikring.

Tilbagekaldelse af samtykke og konsekvenserne deraf

Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage til FGs indhentning af dine oplysninger.

Hvis du trækker dit samtykke tilbage, så FG ikke kan indhente oplysninger, kan det have betydning for FGs mulighed for at behandle din ansøgning.

Hvis du trækker dit samtykke tilbage, påvirker det ikke lovligheden af behandlingen forud for tilbagekaldelsen.

Dato: _____ Underskrift: _____

Dato

Underskrift

SAMTYKKE TIL 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.

FP 004 Samtykke: Når jeg er kommet til skade eller er blevet syg

Tab af erhvervsevne forsikring

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at SISA og Forenede Gruppeliv (FG) i forbindelse med min ansøgning om udbetaling må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min ansøgning

SISA og FG indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om mit erhvervsevnetab er omfattet af forsikringen. SISA og FG må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikrings sag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. SISA og FG præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

SISA og FG kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Min nuværende og tidligere læge
- Offentlige og private sygehuse samt klinikker, centre og laboratorier
- 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 SISA og FG om i forbindelse med mit krav om udbetaling
- Min nuværende og tidligere arbejdsgiver

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til SISA og FG.

Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

SISA og FG kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min ansøgning om udbetaling:

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

Hvilke typer af oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?

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

- Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer og kontakter til sundhedsvæsenet
- Kommunale oplysninger om sygedagpenge, arbejdsprøvning, ressourceforløb, afgørelse om fleksjob og førtidspension eller andre sociale ydelser
- 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 SISA og FG har taget stilling til min ansøgning 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.

Tilbagetrækning af samtykke

Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for SISAs og FGs mulighed for at behandle min ansøgning om udbetaling.

Dato: _____

CPR-nr.: _____

Underskrift: _____

SISA

Sulinermik Inuussutissarsiuqartut Soraarnerussutisiaqalernissamut Aningaasaateqarfia
Arbejdstagerens Pensionskasse

Cvr.nr. 36 52 22 32 • Issortarfimmut 11/102 • Box 9 • 3900 Nuuk
Telefon: +299 32 40 22 (10:00-14:00) • Fax: +299 32 71 30 • E-mail: sisa@sisa.gl • Internet: www.sisa.gl

Uddrag af forsikringsbetingelsernes regler om invaliderente og præmiefri dækning

§ 9. Udbetaling af Invaliderente

Stk. 1. Invaliderenten udbetales, hvis gruppemedlemmets erhvervsevne i forsikringstiden på grund af sygdom eller ulykke skønnes nedsat til halvdelen eller derunder hhv. til en tredjedel eller derunder, 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 gruppe-medlemmets 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 oprettholdes 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 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.

SISA'S ERKLÆRING

Det bekræftes, at

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Er/var omfattet af gruppelivsftale nr.: _____

Arbejdsgiver: _____

Årlig invaliderente: _____ Modtager fortsat løn: JA NEJ Lønophør pr. _____

Fratrædelsesdato/præmie betalt indtil den: _____

Fratrædelsen/udmeldelsen sker på grund af sygdom JA NEJ

Dato

Stempel, telefon nr. og underskrift

SISA

Sulinermik Inuussutissarsiuqartut Soraarnerussutisiaqalernissamut Aningaasaateqarfiat
Arbejdstagernes Pensionskasse

Cvr.nr. 36 52 22 32 • Issortarfimmut 11/102 • Box 9 • 3900 Nuuk
Telefon: +299 32 40 22 (10:00-14:00) • Fax: +299 32 71 30 • E-mail: sisa@sisa.gl • Internet: www.sisa.gl