

BEGÆRING OM ARBEJDSUDYGTIGHEDSFORSIKRING

Proposal form for Disability Insurance
(330)

Alle spørgsmål på denne begæring SKAL besvares, således risikoen kan bedømmes af forsikringsgiverne. Udfyldelse og underskrift af denne begæring forpligter ikke den forsikringsøgende eller dahlberg assurance agentur a/s til at tegne forsikringen.

(All questions on this proposal form MUST be answered so that the risk can be assessed by the insurers. The completion and signature of this proposal does not oblige the proposer or dahlberg assurance agency a/s to take out an insurance.)

1. GENERELT - FORSIKRINGSTAGER (General info - Policyholder)

Virksomhedens navn: _____ CVR-nr.: _____
(The company's name) (Company registration number)

Virksomhedens adresse: _____
(The company's address)

Telefonnr.: _____ E-mailadresse: _____
(Phone number) (Email address)

Betjener – forsikringsmægler, agent eller assurandør: _____
(Servicing – insurance broker, agent, or insurer)

Betjeners e-mailadresse: _____
(Servicing email address)

Ønsket ikkræfttrædelsesdato: _____
(Proposed inception date)

2. SIKREDE (Insured)

Navn: _____ Fødselsdato: _____
(Name) (Date of birth)

Vægt med tøj: _____ kg Højde med fodtøj: _____ cm
(Weight with clothes) (Height with shoes)

Stilling/beskæftigelse (Hvis mere end en angiv da venligst alle) :
(Position/Occupation (If more than one please list all))

Medfører din beskæftigelse fysisk arbejde?
(Does your occupation include physical work?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger (If yes, please provide further information)

3. EKSISTERENDE FORSIKRINGER (Existing insurance policies)

Er du allerede forsikret mod ulykke eller sygdom?
(Are you now insured against accident or illness?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, hos hvilket selskab og hvad indebærer denne forsikring?
(If yes, with whom and for what capital sum and weekly or monthly benefits?)

4. ØNSKEDE FORSIKRINGSYDELSE (Desired insurance benefits)

Ugentlig erstatning: _____ kr. Betalbar indtil: _____ uger Udover de første år: _____ uger
(Weekly compensation) (Payable until) (weeks) (Beyond the first year) (weeks)

5. GEOGRAFISK BESTEMMELSE (Geographical determination)

Agter du at foretage rejser til lande uden for Europa i løbet af de næste 12 måneder?
(Do you intend to make trips to countries outside Europe over the next 12 months?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger om sådanne rejser og deres forventede varighed oplyst i et vedlagt bilag.

(If yes, please provide further information of such journeys and their expected duration in an appendix)

Skal forsikringen dække arbejdsudygtighed som følge af sygdom opstået uden for Europa?

(Is the insurance intended to cover incapacity for work due to illness occurring outside Europe?)

Ja Nej
(Yes) (No)

6. ØNSKES FORSIKRINGEN UDVIDET TIL AT DÆKKE FØLGENDE

(Insurance coverage extended to cover the following)

Flyvning med andre flyvemaskiner end almindelige rute- og chartermaskiner?
(Air travel by other commercial planes than ordinary airliners and private charters)

Ja Nej
(Yes) (No)

Vintersport?
(Winter Sports?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, skal deltagelse i konkurrence dækkes?
(If yes, are competitions to be included?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Dykning med anvendelse af iltapparat?
(Diving involving the use of breathing apparatus?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Klippeklatring eller bjergbestigning?
(Rock climbing or mountaineering?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Huleforskning?
(Caving?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Drageflyvning eller faldskærmsudspring?
(Hang-gliding or parachuting?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Jagtridning?
(Hunting on horseback)

Ja Nej
(Yes) (No)

Deltagelse i nogen form for væddeløb (race)?

(Participation in any kind of race?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Scooter- og/eller motorcykelkørsel?

(Scooters and/or motorcycle riding?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, angiv venligst størrelse: _____ cm³

(If yes, please state CC)

Deltager du i nogen form for arbejde, sport eller anden aktivitet, som ekstraordinært kan udsætte dig for et sygdoms- og/eller ulykkestilfælde?

(Do you in any form of work, sports, or other activities that could potentially expose you to illness and/or accidents?)

Ja Nej
(Yes) (No)

7. YDERLIGERE OPLYSNINGER *(Additional information)*

7.1 Er du for tiden fuldstændig rask og arbejdsdygtig, og har du været fuldstændig rask i de sidste 12 måneder?

(Are you currently completely healthy and capable of working, and have you been completely healthy in the past 12 months?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis nej, udbedes nærmere oplysninger: *(If no, please provide further information)*

7.2 Har du normalt syn på begge øjne?

(Do you normally have normal vision in both eyes?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis nej, udbedes nærmere oplysninger: *(If no, please provide further information)*

7.3 Har du normal hørelse på begge ører?

(Do you have normal hearing in both ears?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis nej, udbedes nærmere oplysninger: *(If no, please provide further information)*

7.4 Har du et svagt hjerte eller anden fysisk eller organisk svaghed, eller problemer med ryggen?

(Do you have a weak heart or any other physical or organic weakness, or issues with your back?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger: *(If yes, please provide further information)*

7.5 Lider du af, eller har du nogensinde lidt af følgende?

(Do you suffer from or have you ever suffered from any of the following?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Lammelse, gigt, kræft, lungebetændelse, astma, lungehindebetændelse, bronkitis, blodspytning eller nogen form for brystsygdom; brok, gigtfeber, rosen, tuberkulose, hjertesygdom, sukkersyge, brandbylder, blindtarmsbetændelse, nervesygdomme eller andre sygdomme bortset fra ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølellestilfælde

(Cancer, paralysis, Gout, Pneumonia, Pleurisy, Asthma, Bronchitis, Blood Spitting, or any form of Chest Disease, Hernia, Rheumatic Fever, Tuberculosis, Heart Disease, Diabetes, Erysipelas, Carbuncle, Appendicitis, NEUROLOGICAL DISEASES or disease apart from uncomplicated children's diseases and temporary colds?)

Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger: *(If yes, please provide further information)*

7.6 Er du nogensinde kommet til skade?

(Have you ever been injured?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger: *(If yes, please provide further information)*

7.7 Har du nogensinde været indlagt eller behandlet på hospital, klinik, sanatorium eller anden helbredelsesinstitution?

(Have you ever been admitted or treated at a hospital, clinic, sanatorium, or any other healthcare facility?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger: *(If yes, please provide further information)*

7.8 Har du nogensinde fået en begæring om livs-, syge- og/eller ulykkesforsikring afslået eller antaget på særlige betingelser?

(Have you ever had a request for life, health and/or accident insurance refused or accepted under special conditions?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger: *(If yes, please provide further information)*

7.9 Overstiger din ugentlig gennemsnitsindtægt den ugentlige erstatning, som du vil få udbetalt under dine gældende forsikringer, inklusive den forsikring, som du herved ønsker at tegne?

(Does your average weekly income exceed the weekly compensation you will receive under your applicable insurance policies, including the proposed insurance?)

Ja Nej
(Yes) (No)

7.10 Er der andre omstændigheder, der bør belyses i forbindelse med tegning af denne forsikring?

(Are there any additional circumstances, that should be disclosed upon signing of insurance?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger: *(If yes, please provide further information)*

8. TILVALGSFORSIKRINGER (Optional insurance coverages)

Jeg ønsker at modtage en begæring på følgende forsikringer (sæt x):

(I would like to receive a proposal form for the following insurances (mark with x))

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| a. ARBEJDSSKADEFORSIKRING
<small>(Workers Compensation Insurance)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | <small>(Yes)</small> | <small>(No)</small> |
| b. BESTYRELSESANSVARFORSIKRING
<small>(D&O Insurance)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | <small>(Yes)</small> | <small>(No)</small> |
| c. CYBERFORSIKRING
<small>(Cyber Insurance)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | <small>(Yes)</small> | <small>(No)</small> |
| d. ERHVERVS- OG PRODUKTANSVARFORSIKRING
<small>(General and Product Liability Insurance)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | <small>(Yes)</small> | <small>(No)</small> |
| e. KOLLEKTIV ULYKKESFORSIKRING
<small>(Group Accidental Insurance)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | <small>(Yes)</small> | <small>(No)</small> |
| f. KONTOR- OG LØSØREFORSIKRING
<small>(Property Insurance)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | <small>(Yes)</small> | <small>(No)</small> |
| g. NETBANKSFORSIKRING
<small>(Online Banking Insurance)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | <small>(Yes)</small> | <small>(No)</small> |
| h. NØGLEPERSONSFORSIKRING
<small>(Key Person Insurance)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | <small>(Yes)</small> | <small>(No)</small> |
| i. SUNDHEDSFORSIKRING
<small>(Terror Insurance)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | <small>(Yes)</small> | <small>(No)</small> |
| j. TERRORFORSIKRING
<small>(Terror Insurance)</small> | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| | <small>(Yes)</small> | <small>(No)</small> |

9. NYHEDSBREV (Newsletter)

Ønsker du at tilmelde dig dahlbergs nyhedsbrev, der udsendes en gang i kvartalet?

(Do you wish to subscribe to dahlberg's newsletter, which is sent out once per quarter?)

Ja Nej
(Yes) (No)

Hvis ja, angiv venligst e-mailadresse: _____
(If yes, please provide your email address)

10. SAMTYKKE

Undertegnede erklærer herved, at de nævnte oplysninger er afgivet efter bedste overbevisning, og at svarene er korrekte og fuldstændige.

Jeg er indforstået med, at denne begæring danner grundlag for forsikringen, hvis en sådan tegnes.

(I hereby declare that the mentioned information has been given to the best of my knowledge and that the answers are accurate and complete. I understand that this request forms the basis for the insurance, if one is taken out)

Dato

(Date)

Underskrift

(Signature)

11. INFORMATION OM DAHLBERGS BEHANDLING AF DINE PERSONOPLYSNINGER

Dataansvarlig og kontaktinformationer

dahlberg er dataansvarlig for behandlingen af dine personoplysninger:

dahlberg assurance agentur A/S ("dahlberg")
Allegade 14
2000 Frederiksberg
CVR-nr. 30 08 75 34
Telefon: +45 33 70 44 50
Mail: agentur@dahlberg.dk

Hvis du har spørgsmål til vores behandling af dine personoplysninger, er du velkommen til at kontakte os på ovenstående kontaktoplysninger.

Du kan også læse mere om vores behandling af personoplysninger på:

www.dahlbergagentur.dk/databeskyttelse/

Formål og retsgrundlag

dahlberg behandler dine personoplysninger til følgende formål:

- Behandling af din begæring om tegning af forsikring med henblik på dahlbergs afgivelse af forsikringstilbud
- Administration af forsikringsaftale (såfremt forsikring tegnes)

Retsgrundlaget for vores behandling af dine almindelige personoplysninger i perioden indtil eventuel tegning af en forsikring følger af Databeskyttelsesforordningen artikel 6, stk. 1, litra f (forfølge legitime interesser).

De legitime interesser, der danner grundlag for behandlingen, er en vurdering af forsikringsdækning med henblik på afgivelse af tilbud om at tegne forsikring.

Såfremt du tegner en forsikring hos os, vil vi desuden have en legitim interesse i at behandle dine personoplysninger som led i administration af kundeforholdet.

Retsgrundlaget for vores behandling af dine almindelige personoplysninger vil hvorefter følge af Databeskyttelsesforordningen artikel 6, stk. 1, litra b (opfyldelse af kontrakt).

Behandling af personnumre har grundlag i databeskyttelsesloven § 11, stk. 2, nr. 3, når personnummeret skal bruges til identificering.

Behandlingen af følsomme oplysninger er baseret på det samtykke du har givet. Har du ikke givet et samtykke, kan vi desværre ikke tilbyde forsikringen.

Kategorier af personoplysninger

Vi behandler følgende kategorier af personoplysninger om dig:

- Kontaktoplysninger
- Oplysninger om beskæftigelse
- Forsikringsoplysninger

Ovenstående oplysninger er såkaldt "almindelige personoplysninger".

Vi behandler ligeledes dit cpr.nr., dette gør vi for at identificere dig som kunde.

Da dette er en nøglepersonforsikring, har dahlberg tillige behov for at behandle visse særlige kategorier af oplysninger ("følsomme personoplysninger") om dig. Der er tale om følgende typer følsomme oplysninger:

- Helbredsoplysninger

Dine følsomme personoplysninger bruges til at vurdere risikoen, samt sammenligne de informationer givet ved tegning med de givet ved skade, for at kunne sammenligne og udregne erstatning.

dahlbergs behandling af dine følsomme personoplysninger forudsætter, at du forinden afgiver dit samtykke i vedlagte samtykkeerklæring.

Videregivelse af oplysninger

Vi omgår altid dine oplysninger med stor omhyggelighed, og derfor videregiver eller overlader vi kun dine personoplysninger, når det er nødvendigt for at administrere forsikringen, herunder eventuelle skader m.v..

Dine personoplysninger kan videregives eller overlades til følgende kategorier af modtagere:

- Forsikringsgiver med henblik på forsikringsgivers afgørelse af, om dahlberg kan tilbyde forsikringen og til hvilken pris.

Forsikringsgiver for denne forsikring er The Channel Syndicate hos Lloyd's forsikringsmarked i London.

I tilfælde af skader, vil din skade blive behandlet af Crawford & Company, Lergravsvej 59, 2300 København.

Indhentelse af personoplysninger fra tredjepart

I forbindelse med beregning af præmie og risiko, kan vi i visse tilfælde have behov for at indhente følsomme personoplysninger hos din læge. Indhentningen finder kun sted, hvis det findes nødvendigt for at kunne give den korrekte præmie.

Opbevaring af dine personoplysninger

Vi opbevarer kun dine oplysninger så længe de anses for nødvendige.

Tegnes der ikke en forsikring, vil dine oplysninger blive slettet efter cirka ét år.

Tegnes der en forsikring, vil vi opbevare oplysningerne så længe forsikringen består. Efter ophør af forsikringen opbevarer vi dine personoplysninger i en periode på 30 år, så vi kan benytte dem i tilfælde af eventuelle forsikringskrav. Vi må efter forældelseslovens § 3, stk. 3, nr. 1, opbevare oplysningerne i 30 år, hvorefter eventuelle krav er forældet.

Retligheder:

Som registreret har du en række rettigheder i henhold til databeskyttelsesforordningen i forhold til dahlbergs behandling af dine personoplysninger.

Der er tale om følgende rettigheder, som kan udøves i visse tilfælde:

- Ret til indsigt
- Ret til at få rettet urigtige oplysninger
- Ret til sletning
- Ret til begrænsning af behandling
- Ret til indsigelse

Du kan læse mere om udøvelsen af dine rettigheder i dahlbergs persondatapolitik eller i Datatilsynets vejledning, som du kan finde på www.datatilsynet.dk

Datatilsynet

Du har ret til at klage til Datatilsynet, såfremt du er utilfreds med den måde, vi behandler dine personoplysninger. Kontaktoplysninger til Datatilsynet findes på www.datatilsynet.dk.

12. SAMTYKKEERKLÆRING TIL BEHANDLING AF HELBREDSOPLYSNINGER

Derfor skal du give samtykke

I forbindelse med dahlbergs behandling af din begæring om tegning af forsikring og eventuelle efterfølgende administration af forsikringen, har vi behov for at kunne behandle visse helbreds-oplysninger om dig.

Helbredsoplysninger er følsomme oplysninger i henhold til databeskyttelsesforordningen og behandlingen af helbredsoplysninger i forbindelse med tegning og administration af forsikringer forudsætter et samtykke fra dig.

Vi beder dig læse nærværende samtykkeerklæring grundigt, inden du underskriver og derved giver dit samtykke til den beskrevne behandling af dine helbredsoplysninger.

Samtykket er en betingelse for at kunne tilbyde og administrere denne type forsikring. Behandling af følsomme personoplysninger er en naturlig del af forsikringsforholdet, hvorfor vi ikke kan tilbyde dig at tegne forsikring, hvis vi ikke får dit samtykke. Behandlingen af helbredsoplysninger er nødvendig for at kunne beregne risiko og præmie, samt kunne sammenligne helbredsoplysningerne på tegningstidspunktet med dem ved dødsfaldet.

Helbredsoplysninger

Vi behandler de helbredsoplysninger du giver os i denne begæring. Disse oplysninger kan karakteriseres som generelle oplysninger om din helbredshistorik. I visse tilfælde kan vi have behov for at indsamle yderligere oplysninger hos din læge. Vi indhenter kun oplysninger fra din læge, hvis det er nødvendigt for at kunne beregne risiko og præmie.

Jeg har læst og forstået ovenstående, og giver hermed samtykke til at dahlberg kan behandle mine følsomme personoplysninger under de forhold beskrevet ovenfor.

Dato

(Date)

Underskrift

(Signature)