

Ankenævnet for Forsikring

Den 15. maj 2024 blev i sag nr. 100160:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved tab af erhvervsevne. I klageskema af 26/7 2023 har klagerens advokat bl.a. anført:

"1. PÅSTAND:

- 1) AP Pension (selskabet) skal anerkende, at klagerens anmeldelse af krav på dækning i henhold til den hos selskabet tegnede erhvervsevnetabsforsikring med forsikringsnummer ... skal under realitetsbehandling.
- 2) Selskabet skal betale klageren et efter Ankenævnet for Forsikring skøn fastsat bidrag til dækning af advokatombkostninger.

2. SAGSFREMSTILLING:

Introduktion - Klagers ansættelsesforhold og meddelelse om ophør af policen

Denne sag vedrører selskabets afvisning af krav på dækning for en anmeldt skade under erhvervsevnetabsdækningen i henhold til klagers pensionsordning.

Den 19. oktober 2022 anmeldte klager mundtligt og skriftligt tab af erhvervsevne til selskabet.

Ved brev af hhv. 20. oktober 2022 og 15. december 2022 har selskabet afvist at yde dækning, bilag 1 og bilag 2, og senest ved brev af 10. maj 2023, bilag 3, har selskabet fastholdt afgørelsen under henvisning til, at klagerens forsikring ophørte pr. 1. august 2020, og at der gælder en 6 måneders frist for anmeldelse af krav ved forsikringens ophør. Ifølge selskabet skulle klager således have anmeldt sit krav senest 1. februar 2021.

Klager var ansat hos [virksomhed] indtil 30. april 2020, hvor hun fratrådte på grund af sygdom.

[Virksomheden] havde en firmapensionsordning for medarbejderne, indtegnet via pensionsrådgivningsselskabet ...

Ved brev af 6. maj 2020 meddelte [forsikringsselskab opkøbt af det indklagede selskab], at indbetalingerne til klagers pensionsordning var stoppet 1. maj 2020, jf. bilag 4.

Det fremgår blandt andet af brevet af 6. maj 2020, at

'Hvis indbetalingen til din pension er stoppet, fordi du er syg, eller din helbredstilstand er ændret, er det vigtigt, at du kontakter os, da det kan få betydning for din mulighed for at få forsikringer igen på et senere tidspunkt.'

'Hvis du ikke kontakter os med dit ønske inden 1. august 2020, bliver din pensionsordning omskrevet til en hvilende ordning (en ordning uden indbetaling) senest pr. den 1. maj 2020, og dine forsikringsdækninger bortfalder.'

Det fremgår endvidere under overskriften 'Dine forsikringer dækker i op til tre måneder', at

'Du får fortsat afkast af din opsparing, men dine forsikringer, som betales via din opsparing, dækker kun i op til tre måneder fra den 1. maj 2020, hvor indbetalingen til din pensionsordning stoppede. Senest efter tre måneder er du ikke længere dækket, hvis du for eksempel bliver syg eller ved din død. Ønsker du derefter igen forsikringer, skal du aflevere oplysninger om dit helbred til os på ny, og vi skal vurdere, om du kan oprette forsikringerne.'

Brevet var vedlagt et afkrydsningsskema med forskellige valgmuligheder gående ud på om man ønskede at beholde pensionsordningen eller ej.

Derudover var der vedlagt et bilag med overskriften 'Dine muligheder ved fratrædelse'.

Det fremgår blandt andet af bilaget, at

'Vi anbefaler generelt, at du beholder dine forsikringsdækninger i [forsikringsselskab], hvis du ikke har tilsvarende forsikringsdækninger i et andet selskab. Det gælder særligt, hvis du er syg, ledig eller hvis dit helbred har ændret sig, da du i så fald ikke nødvendigvis kan oprette forsikringsdækningerne på samme vilkår igen senere.'

Videre fremgår det, at

'Du kan beholde flere af dine forsikringsdækninger uden at indbetale til din pensionsordning, så længe prisen for forsikringsdækningerne kan betales af din pensionsopsparing i [forsikringsselskab], dog højst op til et år. Derefter kan du aftale med os, om du kan forlænge perioden med et år ad gangen.'

Ved brev af 28. april 2021, bilag 5, oplyste [forsikringsselskab opkøbt af det indklagede selskab], at klagers pensionsordning var 'hvilende' og det fremgår af brevet, at 'En hvilende pensionsordning er en ordning, der ikke indbetales til, og hvor forsikringerne er bortfaldet.'

Ingen af brevene indeholder en henvisning til 6 måneders fristen, ligesom der heller ikke oplyses om konsekvenserne af ikke at anmelde en allerede opstået sygdom eller personskade.

Formuleringerne af begge breve forstås mest naturligt sådan, at de vedrører sygdomsforhold eller personskade, der indtræder efter pensionsordningen, er ophørt, fordi der blot advares om at man 'ikke længere [er] dækket, hvis du f.eks. bliver syg eller ved din død.' [min understregning] Denne formulering peger fremad. Det vil sige, at den må forstås således, at kunden ikke længere er dækket for sygdom eller ved død, hvis sygdom eller død indtræder 3 måneder efter 1. maj 2020.

[Forsikringsselskabet] oplyste ikke hvilke forhold der gælder for den forsikring man som kunde har haft hidtil eller, at der ikke længere ville være dækning for sygdomme eller personskader indtruffet i forsikringstiden og før forsikrings- og pensionsordningens ophør.

Forsikringstageren kunne således ikke ved blot at læse brevet af 6. maj 2020 eller brevet af 28. april 2021 få kendskab til, at der gælder en særlig kort anmeldelses- og i realiteten forældelsesfrist på 6 måneder for så vidt angår sygdom eller personskade opstået før ophør af forsikringen.

Klagers ansættelses- og sygdomsforløb

Klager var som nævnt ansat hos [virksomhed] og omfattet af pensions- og forsikringsordningen hos [forsikringsselskab], nu AP Pension.

Hun blev opsagt i april 2020 på grund af langtidssygemelding. Sygemeldingen skyldtes en stress- og belastningsreaktion. Klager har været sygemeldt siden og har fra 9. august 2021 været i et jobafklaringsforløb, som blev afsluttet den 29. september 2021. Klager har herefter været i et andet jobafklaringsforløb fra 23. februar 2022, som blev afsluttet den 30. april 2023. Pr. 1. maj 2023 er klager startet i ordinær beskæftigelse i form af en tidsbegrænset ansættelse på 30 timer ugentligt med slutdato den 31. august 2023.

3. FORSIKRINGSFORHOLD:

Anmeldelsesfrist og forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, 2. og 3. pkt.

AP Pension har henvist til forsikringsbetingelsernes pkt. 4.1, stk. 2, hvoraf det fremgår, at *'Krav på udbetaling eller tilkendelse af præmiefritagelse skal anmeldes til [forsikringsselskab] inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.'*

Pkt. 4.1, stk. 3 indeholder en henvisning til danske retsregler om forældelse af fordringer, herunder reglerne i forsikringsaftaleloven. Forsikringsbetingelserne fremlægges som bilag 6.

Det er korrekt, at bestemmelsen umiddelbart medfører, at forsikringstagerens krav på udbetaling af forsikringsydelse bortfalder, hvis kravet ikke er anmeldt inden 6 måneder efter forsikringens ophør. Bestemmelsen er for så vidt hjemlet i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, 2. og 3. pkt.

Der er imidlertid tale om en særligt indgribende bestemmelse, der stiller forsikringstageren væsentligt dårligere end de almindelige præceptive forældelsesregler efter forældelsesloven og efter forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1-5, jf. § 29, stk. 6, 1. pkt., hvorefter forældelsesfristerne ved forbrugerforsikring ikke ved forudgående aftale kan fraviges til skade for forsikringstageren eller den sikrede.

Det må derfor være en forudsætning ved selskabets anvendelse af 6 måneders fristen, at denne efter sin ordlyd er klar og umisforståelig, og at forsikringstageren er blevet gjort opmærksom på reglen og dens konsekvenser.

Forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, 2. og 3. pkt. er i et vist omfang en videreførelse af den oprindelige lov om forsikringsaftaler fra 1930's § 30. Bestemmelsens stk. 1 havde følgende ordlyd:

'Aftale om, at den sikrede mister sit krav, dersom han ikke påtaler det inden en kortere frist end den i § 29 angivne, kan ikke gøres gældende medmindre selskabet skriftligt med mindst 6 måneders varsel har givet ham meddelelse om fristens længde og om følgerne af, at fristen ikke overholdes.'

§ 30, stk. 2 havde følgende ordlyd:

'Aftale om, at selskabet skal være fri for ansvar, der som krav i anledning af en forsikringsbegivenhed ikke fremsættes overfor selskabet inden en vis frist, kan ikke gøres gældende overfor den, der fremsætter sådan krav inden 3 måneder efter, at han har fået kundskab om de omstændigheder, der begrundet kravet.'

Det fremgår af lovbemærkningerne til den nuværende § 29, stk. 6, 2. og 3. pkt., at denne bestemmelse i et vist omfang er en videreførelse af den dagældende § 30, stk. 2. Ved indførelsen af bestemmelsen i § 29, stk. 6, i forbindelse med gennemførelsen af forældelsesloven fra 2008 og nye forældelsesregler i forsikringsaftaleloven, var det justitsministeriets opfattelse, at en frist på 6 måneder fra forsikringens ophør ville være rimelig ud fra hensynet til forsikringsselskaberne og ud fra hensynet til at give forsikringstager og sikrede rimelig mulighed for at få anmeldt kendte skader til selskabet. Dette fremgår af de almindelige bemærkninger til lovforslag 166/2007.

Selskabernes anvendelse af en sådan bestemmelse, der som nævnt stiller forsikringstageren væsentligt ringere end de almindelige forældelsesregler efter forældelsesloven og reglerne efter forsikringsaftaleloven, må som det mindste forudsættes, at forsikringstageren er blevet gjort konkret og tilstrækkeligt bekendt med fristen. Som det fremgår indeholdt § 30, stk. 1 en bestemmelse om, at forsikringsselskabet skulle give forsikringstageren meddelelse om fristen og følgerne af ikke at overholde fristen, hvis selskabet ville gøre en kortere påtalefrist gældende end den almindelige forældelsesfrist.

Både stk. 1 og 2 i § 30 er ophævet, således at der for dette forhold nu kun gælder § 29, stk. 6. Det må dog forudsættes, at der ikke ved ophævelsen af § 30, stk. 1 og 2 og indførelsen af den nugældende § 29, stk. 6 var tiltænkt en ændring hvad angår oplysning af forsikringstager om såvel fristlængde som følgerne af, at fristen ikke overholdes.

Bestemmelsen er blevet mere enkel i sin ordlyd, men må efter sin hensigt fortsat fortolkes således, at forsikringstageren skal være konkret bekendt med fristen og konsekvenserne af manglende overholdelse heraf.

Der findes enkelte kendelser fra Ankenævnet for Forsikring om gyldigheden af en sådan 6 måneders frist, senest kendelse nr. 96.466 af 22. september 2021, der vedrørte PFA Pension.

Nævnet havde imidlertid ikke lejlighed til at tage stilling til, om PFA havde opfyldt sine loyalitets- og oplysningsforpligtelser.

Udover det ovenfor nævnte vedr. den tidligere gældende § 30 følger det af bekendtgørelse nr. 1779/2021 om god skik for forsikringsdistributører § 4, at en forsikringsdistributør skal handle redeligt og loyalt overfor sine kunder – herefter kaldet '*god skik reglen*'. Dette er for nyligt fastslået af Ankenævnet for Forsikring i kendelse nr. 98340 af 4. januar 2023. Kendelsen vedrørte AP Pension og Kritisk Sygdom dækning.

Selskabet havde afvist dækning med henvisning til, at den pågældende kritiske sygdom endnu ikke var behandlingskrævende. Forsikringen ophørte herefter i forbindelse med, at forsikringstageren skiftede job. Sygdommen blev senere behandlingskrævende.

Nævnet anførte bl.a., at:

'Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet ved sit afslag på klagerens ansøgning om dækning for Kritisk Sygdom den 22/12 2021 – i lyset af sygdommens karakter og det i øvrigt for selskabet oplyste – burde have rådgivet klageren om, at han skulle søge at videreføre sin forsikringsdækning for Kritisk Sygdom, eventuelt i forbindelse med en videreførelse af pensionsforsikringen. Klagerens havde på dette tidspunkt fortsat aktiv forsikringsdækning for Kritisk Sygdom, og klagerens tilkendegivelse i blanketten af 27/10 2021 kan ikke fritage selskabet fra at yde rådgivning, som angivet, idet selskabet skal handle redeligt og loyalt over for sine kunder, jf. § 4 i bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører'

Kendelsen lød herefter således:

'Selskabet, AP Pension, skal tilbyde klageren en fortsættelsesforsikring – eventuelt i forbindelse med en videreførelse af pensionsforsikringen – med dækning for Kritisk Sygdom efter 1/1 2022. Selskabet skal – hvis klageren accepterer og betaler for dette tilbud om fortsættelsesforsikring – behandle klagerens anmeldelse af sygdommen myelomatose i lyset af de nu foreliggende oplysninger. En eventuel erstatning forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.'

De konkrete omstændigheder i den nævnte kendelse er anderledes end ved nærværende sag. Der kan dog udledes den principielle grundsætning, at selskabet skal handle redeligt og loyalt for så vidt angår oplysning af forsikringstagerne, således at disse ikke, uden at være blevet informeret om risikoen herfor, mister deres rettigheder i henhold til policen.

Pligten til at handle loyalt og redeligt overfor forsikringskunderne fremgår også af artikel 17.1 i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2016/97 af 20. januar 2016 om forsikringsdistribution. Artikel 17.1 har følgende ordlyd:

1. Medlemsstaterne sikrer, at forsikringsdistributører, når de udøver forsikringsdistribution, altid handler ærligt, redeligt og professionelt i deres kunders bedste interesse.

Forsikringsdistribution er defineret i artikel 2 pkt. 1 som:

1. I dette direktiv forstås ved: 1) »forsikringsdistribution«: virksomhed, der består i at rådgive om, foreslå eller udføre det indledende arbejde i forbindelse med indgåelse af forsikringsaftaler, at indgå sådanne aftaler eller at medvirke ved administrationen og opfyldelsen af sådanne aftaler, navnlig i tilfælde af en skadesanmeldelse, herunder levering af oplysninger om en eller flere forsikringsaftaler i overensstemmelse med kundernes valgte kriterier via et websted eller andre medier og udarbejdelse af en prioriteret liste over forsikringsprodukter, der omfatter pris- og produkt-sammenligninger, eller rabat på prisen for en forsikringsaftale, hvis kunden er i stand til direkte eller indirekte at indgå en forsikringsaftale ved at bruge et websted eller andre medier.'

[min understregning]

Forsikringsdistribution inkluderer dermed også forsikringsselskabets udøvelse af administration af allerede indgåede forsikringsaftaler og skadesbehandling. Det følger heraf, at god skik reglerne også finder anvendelse ved administration af forsikringsaftalen, herunder administration af forsikringsaftalen i forbindelse med aftalens ophør.

Som konsekvens heraf er selskaberne forpligtet til loyalt at oplyse om et så væsentligt forhold, som at der ved forsikringsaftalens ophør gælder en 6 måneders frist for anmeldelse af skader, der er indtrådt i forsikringstiden og at manglende overholdelse af denne frist medfører fortabelse af retten til forsikringsdækning.

Endelig skal henvises til bekendtgørelsens § 17, stk. 3, nr. 8, hvorefter forsikringsselskabet skal oplyse om såvel forsikringsaftalens varighed som dens udløb.

Bestemmelsens finder umiddelbart anvendelse ved indtegnning af en forsikring, hvor selskabet skal oplyse om forsikringens varighed og udløb. Princippet om en oplysningsforpligtelse må dog gælde også ved varsling om en forsikringspolicens ophør, hvis ophøret ikke er aftalt på forhånd ved indtegningen. Det er netop ved forsikringens ophør, at det er væsentligt at blive orienteret om 6 måneders fristen og dennes præcise betydning og konsekvenser.

Ankenævnet har tidligere i kendelse nr. 58.298 fra 2002 udtalt, at
'Det havde dog været ønskeligt, hvis selskabet eller forsikringsmægleren havde informeret klageren om forsikringens snarlige ophør og mulighed for forlængelse.'

Nævnet kritiserede ikke selskabets afgørelse i den konkrete sag, da ulykken/sygdommen ikke var indtrådt i forsikringstiden, men kritiserede dog, at forsikringsselskabet ikke havde oplyst om forsikringens ophør og mulighederne i forbindelse hermed.

Kendelsen fra 4. januar 2023 kritiserer selskabet mere direkte og anviser, hvilke tiltag selskabet skal sætte i værk for at rette op sine fejl. Retstillingen må herefter være denne, at selskabet loyalt skal oplyse forsikringstageren om forhold, herunder frister, der har afgørende betydning for forsikringstagerens retstilling. Såfremt selskabet ikke oplyser herom, skal selskabet rette op på forholdet. I ovennævnte sag fra januar 2023 medførte det, at selskabet skulle tilbyde en fortsættelsesforsikring. I klagers sag må konsekvensen være at selskabet realitetsbehandler klagers anmeldelse.

I forbindelse med anden sag med kendelsesnr. 86169 af 19. november 2014 vedrørende anmeldelsesfristens gyldighed udtalte nævnet følgende:

'Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at antage, at nævnte anmeldelsesfrist kan suspenderes som følge af en forsikringstagers utilregnelige uvidenhed om sit krav.'

Nævnet tog heller ikke i den sag stilling til selskabets oplysningsforpligtelse, og anmeldelsesfristen var således gyldig trods forsikringstagers utilregnelige uvidenhed om sit krav.

Der er i nærværende sag ikke tale om uvidenhed om kravet, men om anmeldelsesfristen selv.

Dette må indebære, at selskabet ikke kan gøre anmeldelsesfristen gældende.

Som følge heraf skal selskabet oversende klagers anmeldelse til den relevante klageansvarlige med henblik på, at sagen derefter henvises til realitetsbehandling i skadesafdelingen.

ANBRINGENDER:

Til støtte for den nedlagte påstand gøres det gældende,

- **at** selskabet ved varsling om ophør af en forsikringsaftale er forpligtet til konkret at oplyse om 6 måneders fristen og dennes konsekvenser, i det omfang en sådan frist fremgår af forsikringsbetingelserne og må anses for aftalt,
- **at** en sådan oplysningsforpligtelse følger af god skik reglerne om redelig og loyal handlepligt, jf. § 4, stk. 1, jf. § 17, stk. 3, nr. 8,
- **at** disse omstændigheder, hvorefter forsikringstageren stilles væsentligt ringere end efter de almindelige forældelsesregler, må forudsætte en skærpet oplysningspligt for selskabet, som indebærer,
- **at** forsikringstageren skal gøres tilstrækkelig bekendt med fristen,
- **at** dette gælder uanset, om selskabet ikke kender til den konkrete ophørsårsag, idet årsagen til ophøret af forsikringen ikke er afgørende for, om 6 måneders fristen finder anvendelse, at manglede iagttagelse af denne oplysningsforpligtelse stiller forsikringstageren urimeligt ringe, idet forsikringstageren er i risiko for at miste en væsentlig rettighed,
- **at** manglende iagttagelse af oplysningsforpligtelsen medfører en pligt for selskabet til at realitetsbehandle en anmeldelse, der modtages efter fristens udløb
- **at** selskabet i nærværende sag ikke har oplyst konkret om 6 måneders fristen eller dennes konsekvenser."

Selskabets advokat har den 18/9 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klagen angår spørgsmålet om, hvorvidt selskabet har været berettiget til at afvise kravet, fordi skaden er anmeldt mere end 6 måneder efter forsikringens ophør og dermed efter udløbet af anmeldelsesfristen i forsikringsbetingelserne pkt. 4.1, stk. 2.

Sagsfremstilling

Klager fik sin pensionsordning i 2011.

Klagers pensionsordning blev ændret i 2019, hvilket klager blev varslet om ved brev af 24. april 2019, idet der fra 1. juni 2019 gjaldt nye forsikringsbetingelser, jf. bilag A. Det fremgik af brevet, at klager kunne finde de nye vilkår på selskabets hjemmeside. Det er disse forsikringsbetingelser, der finder anvendelse på klagers krav, jf. bilag 6.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne pkt. 4.1, stk. 2, at:

'Krav på udbetaling eller tilkendelse af præmiefritagelse skal anmeldes til [forsikringsselskab] inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.' (bilag 6, side 10)

Det fremgår af klagers klage til selskabet af den 20. november 2022 (bilag B), at klager den 22. november 2019 blev sygemeldt fra sit arbejde, *'efter akut indlæggelse på sygehus pga. et stress slagtilfælde'*. Klager foretog imidlertid ikke en anmeldelse på dette tidspunkt.

Den 29. november 2019 underskrev klager en begæring om ændring af pensionsordningen, jf. bilag C. I begæringen har klager urigtigt oplyst, at hun er fuldt arbejdsdygtig, selv om hun var sygemeldt. Klager oplyste således heller ikke på dette tidspunkt selskabet om sin sygdom.

Den 1. maj 2020 stoppede indbetalingerne til klagers pensionsordning.

Efter indbetalingerne til pensionsordningen var stoppet, skrev selskabet den 6. maj 2020 til klager og oplyste om hendes muligheder for at fortsætte pensionsordningen, jf. bilag 4.

Det fremgår af brevet, at:

'Er der ikke tale om fratrædelse, beder vi dig kontakte os med det samme, så vi kan aftale, hvordan du kan sikre dig bedst muligt.

Hvis du er fratrådt, beder vi dig tage stilling til, hvad du ønsker, der skal ske med din pensionsordning. Du skal især overveje, om du vil beholde dine forsikringsdækninger.

Hvis indbetalingen til din pension er stoppet, fordi du er syg, eller din helbredstilstand er ændret, er det vigtigt, at du kontakter os, da det kan få betydning for din mulighed for at få forsikringer igen på et senere tidspunkt.

Hvis du ikke kontakter os med dit ønske inden 1. august 2020, bliver din pensionsordning omskrevet til en hvilende ordning (en ordning uden indbetaling) senest pr. 1. maj 2020, og dine forsikringsdækninger bortfalder.

[...]

Dine forsikringer dækker i op til tre måneder

Du får fortsat afkast af din opsparing, men dine forsikringer, som betales via din opsparing, dækker kun i op til tre måneder fra den 1. maj 2020, hvor indbetalingen til din pensionsordning stoppede. Senest efter tre måneder er du ikke længere dækket, hvis du for eksempel bliver syg eller ved din død. Ønsker du derefter igen forsikringer, skal du aflevere oplysninger om dit helbred til os på ny, og vi skal vurdere om, du kan oprette forsikringerne. (Bilag 4, side 1)'

Det fremgår af desuden af brevets afsnit 'Hvad skal du være særligt opmærksom på?', at:

'Vi beder dig kontakte os inden 14 dage, hvis du er ledig, syg eller dit helbred har ændret sig. Ellers risikerer du, at du hverken kan beholde dine forsikringsdækninger i [forsikringsselskab] eller få mulighed for at oprette nye hos en anden pensionsleverandør.' (Bilag 4, side 3)

(underskrevet af mig)

Det fremgik af brevets afsnit 'Kontakt os inden den 1. august 2020', at:

'Ønsker du at beholde dine forsikringer, skal du udfylde og indsende vedlagte blanket, så den er os i hænde inden den 1. august 2020.' (Bilag 4, side 3)

På trods af, at klager var sygemeldt på tidspunktet for modtagelsen af brevet, kontaktede hun stadig ikke selskabet.

I overensstemmelse med brevet af den 6. maj 2020 blev klagers ordning ændret til fripolice den 1. august 2020, dvs. opsparing uden forsikringsdækninger, og klagers erhvervsevnetabsdækning ophørte derfor pr. 1. august 2020.

Den 28. april 2021 modtog klager et brev, hvor klager blev gjort hende opmærksom på, at hendes pensionsordning var hvilende, og at der således var tale om en ren opsparing uden forsikringsdækninger, jf. bilag 5.

Klager anmeldte først sit krav den 19. oktober 2022 eller mere end halvandet år efter, at anmeldelsesfristen var udløbet. Derfor afviste selskabet kravet.

Baggrunden for selskabets afgørelse

Selskabet fastholder afgørelsen.

Klager har ikke anmeldt skaden indenfor fristen på 6 måneder, og afvisningen er derfor berettiget.

Selskabet mener ikke, at der foreligger forhold, der medfører, at der er dækning, selvom anmeldelsesfristen er overskredet.

Klager havde god tid til at anmelde kravet, efter hun blev sygemeldt, og i hvert fald før 6-måneders fristen udløb.

Klager havde især god anledning til at anmelde kravet i forbindelse med indgivelsen af begæringen om ændring af forsikringen, hvor hun udtrykkeligt blev spurgt om, hvorvidt hun var fuldt arbejdsdygtig.

Selskabet er naturligvis enig i, at det skal overholde reglerne om god skik, men god skik reglerne indeholder efter selskabets opfattelse ikke et krav om, at selskabet skal informere udtrykkeligt om 6-måneders fristen i forbindelse med forsikringens ophør, og dette fremgår heller ikke af de bestemmelser og afgørelser, som klager henviser til.

Der er tværtimod mange afgørelser, som bekræfter gyldigheden af tilsvarende anmeldelsesfrister, og at selskabet ikke behøver at gøre særskilt opmærksom på fristerne i forbindelse med ophør af forsikringen.

Der kan fx henvises til ankenævnets kendelser nr. 90885, 95866, 96466 og 96608. Som nævnet udtalte i kendelse nr. 95.866: *'Nævnet kan ikke pålægge selskabet at se bort fra forsikringsbetingelsernes anmeldelsesfrist.'*

I disse sager fandt nævnet det således tilstrækkeligt, at forsikrede var informeret om anmeldelsesfristen i forsikringsbetingelserne. Det bemærkes, at det fremgår af god skik bekendtgørelsens § 18, stk. 2, at vilkår, der indgår i aftalen, kan fremgå ved en henvisning til separate dokumenter, herunder forsikringsdistributørens almindelige forsikringsbetingelser.

Klager anfører i klagen, at nævnet ikke havde anledning til at tage stilling til fristen i kendelse nr. 96466, men det er ikke rigtigt, idet nævnet tværtimod vurderede, at fristen var gyldig, selv om der ikke var givet særskilt meddelelse om den i forbindelse med forsikringens ophør.

Det samme gælder for kendelse nr. 86169, hvor nævnet slog fast, at ukendskab til kravet ikke suspenderer fristen, fordi anmeldelsesfristen er en objektiv afgrænsning af selskabets dækningsforpligtelse. Det samme gælder for ukendskab til anmeldelsesfristen.

Dertil kommer, at klager ikke har været i tilregnelig uvidenhed om anmeldelsesfristen. Hun er jo blevet informeret om fristen i de forsikringsbetingelser, som hun har fået. Anmeldelsesfristen står klart og tydeligt i en særskilt bestemmelse vedrørende anmeldelse, og der er nævnspraksis for, at man ikke er i utilregnelig uvidenhed om regler, der fremgår af de forsikringsbetingelser, som man har fået tilsendt.

Hvad angår kendelse nr. 58.298, fandt nævnet det ønskeligt, at selskabet havde informeret om, forsikringens ophør og mulighed for forlængelse. Dette er klager blevet informeret om i bilag 4.

Klager har henvist til kendelse nr. 98.340, men denne kendelse er vidt forskellig fra nærværende sag. I den pågældende sag havde klager søgt om udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, men selskabet havde afvist dækning under henvisning til, at sygdommen ikke var behandlingskrævende. Klagers forsikringsdækning ophørte efterfølgende. Under disse omstændigheder – hvor selskabet var bekendt med sygdommen – kan det ikke undre, at nævnet fandt, at selskabet burde have rådgivet klager om, at han skulle søge at videreføre sin forsikringsdækning for visse kritiske sygdomme.

I denne sag har selskabet ikke været bekendt med klagers sygdom. Selskabet kunne alene konstatere, at der ikke længere blev indbetalt til pensionsordningen. Derfor blev klager i overensstemmelse med praksis opfordret til at oplyse om sygdom mv. i fratrædelsesbrevet. Det er klagers risiko og ansvar, at hun ikke oplyste selskabet om sin sygdom. Der var utvivlsomt tale om sygdom, og det giver ikke mening at forstå brevet, hvor der udtrykkeligt spørges, om 'du er ... syg', således, at det kun angår sygdom, der er indtrådt efter forsikringens ophør.

Dertil kommer, at klager har givet urigtige oplysninger i forbindelse med ændringen af pensionsordningen, idet hun har oplyst, at hun var fuldt uarbejdsdygtig, selv om hun efter det nu oplyste var sygemeldt. Hun har derfor frataget selskabet muligheden for at informere om hendes muligheder.

Det er ikke rigtigt, at det følger af FAL § 29 stk. 6, at det er en forudsætning for anvendelsen af 6 måneders fristen, at forsikringstageren er blevet gjort særskilt opmærksom på reglen og reglens konsekvenser, når det fremgår af aftalegrundlaget.

Det er rigtigt, at dette fremgik af den tidligere lov om forsikringsaftalers § 30 stk. 1, men denne bestemmelse angik situationer, hvor den sikrede havde anmeldt et krav til forsikringsselskabet, og havde undladt at påtale sit krav, dvs. indbringe kravet for ankenævnet eller domstolene¹. Det var således en bestemmelse om forældelse af krav – ikke om anmeldelse af krav - for forsikrede, der havde anmeldt sit krav. Der er naturligvis en særlig anledning til at vejlede forsikrede, når selskabet er bekendt med kravet.

Dertil kommer, at det udtrykkeligt fremgår af forarbejderne til den nuværende bestemmelse, at FAL § 30, stk. 1 ikke blev videreført ved lovændringen i 2007. Det fremgår således af LFF 166/2007, at:

'Da forslaget til ny forældelseslov således allerede indeholder regler om foretagelse af retslige skridt mv. som betingelse for at afbryde forældelsen, er der efter Justitsministeriets opfattelse ikke behov for at indføre særlige regler herom i forsikringsaftaleloven.'

FAL § 29 stk. 6 viderefører i nogen grad den oprindelige lov om forsikringsaftalers § 30 stk. 2 – men ikke § 30 stk. 1. Det fremgår således af bemærkningerne til LFF 166/2007, at:

'Det foreslås i øvrigt ved stk. 6, 2. og 3. pkt., at det kan aftales, at en forsikring alene dækker skader anmeldt inden for en nærmere angivet frist på ikke under 6 måneder efter forsikringens ophør. Herved tillades det, at selskaberne kan afgrænse deres dækning i forbindelse med forsikringens ophør. Bestemmelsen er i et vist omfang en videreførelse af den gældende § 30, stk. 2.' (LFF 166/2007, side 31 – bemærkninger til nr. 2 stk. 2)

Om formålet med den nugældende FAL § 29 stk. 6 fremgår det af lovforslaget, at:

'Justitsministeriet finder, at forsikringsselskaberne bør have mulighed for i forbindelse med afviklingen af en forsikringsaftale at kunne afslutte sine mellemværender med forsikringstageren inden for en vis kortere periode. På baggrund af drøftelser med Forsikring & Pension og Forbrugerrådet er det Justitsministeriets opfattelse, at en frist på 6 måneder fra forsikringens ophør vil være rimelig ud fra hensynet til forsikringsselskaberne og ud fra hensynet til at give forsikringstagere og sikrede rimelig mulighed for at få anmeldt kendte skader til selskabet.'

På den baggrund foreslås det, at det ved forbrugerforsikring kan aftales, at en forsikring kun dækker skader anmeldt inden for en nærmere angivet tidsfrist efter forsikringens ophør, og at fristen ikke må være kortere end 6 måneder.' (LFF 166/2007, side 13)

Lovgiver har således vurderet, at en frist på 6 måneder fra forsikringens ophør giver forsikrede en rimelig frist til at anmelde skader til sit forsikringsselskab.

Det har formodningen imod sig, at der fortsat gælder en bestemmelse, som blev udtaget af loven i forbindelse med lovændringen.

Hverken den nuværende FAL § 29 stk. 6 eller § 30 stk. 2 indeholder således en pligt for forsikringsselskabet til at give forsikringstager særskilt meddelelse om fristen ved forsikringens ophør.

Klager har også henvist til artikel 17.1 i direktiv 2016/97 af den 20. januar 2016. Artiklen indeholder en pligt for medlemsstater og ikke for forsikringsselskaber. Artiklen har således ikke nogen betydning for nærværende sag. Desuden bestrider selskabet som ovenfor nævnt naturligvis ikke, at det skal overholde god skik.

Klager har desuden henvist til god skik bekendtgørelsens § 17 stk. 3, nr. 8, men den bestemmelse angår skadesforsikringsprodukter. Klagers pensionsordning er tegnet som led i et livsforsikringsprodukt, og § 17 finder derfor ikke anvendelse.

Dertil kommer, at § 17 stk. 3, nr. 8 angår oplysninger ved tegningen, ikke ved ophør af forsikringen.

Klager fik information om anmeldelsesfristen i de forsikringsbetingelser, som hun fik ved ændringen, jf. også god skik bekendtgørelsens § 18, stk. 2.

Selskabet har således overholdt sine oplysningsforpligtelser overfor klager. Problemet er, at klager ikke har oplyst om sin sygdom, men tværtimod har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med ændringen af forsikringen.

Der er efter selskabets opfattelse ikke grundlag for at tilkende klager advokatombudsninger, da kravet er grundløst."

Klagerens advokat har i brev af 17/11 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet gør gældende, at klageren har afgivet urigtige oplysninger, hvilket bestrides.

Som det fremgår af begæringen, har klageren svaret 'Ja' til at hun var fuldt arbejdsdygtig. Dette begreb er defineret i begæringen som;

'Med 'fuldt arbejdsdygtig' mener [forsikringsselskabet], at du udfører dit job på normale vilkår på samme måde som andre i et tilsvarende job. Du betragtes ikke som fuldt arbejdsdygtig, hvis du:

- er eller har været under revalidering, for revalidering, ressourceforløb, arbejdsprøvning, jobafklaring eller lignende*
- har ansøgt om, er indstillet til eller modtager offentlig førtidspension eller invaliditetsydelse*
- arbejder på nedsat tid af helbredsmæssige årsager*
- indenfor de seneste 6 måneder har haft en særlig aftale med nuværende eller tidligere arbejdsgiver(e) med hensyn til sygedagpengeforpligtelsen iht. §56 i lov om dagpenge ved sygdom eller §28 i den før 1. juni 2006 gældende lov.'*

Den 14. november 2019 var forsikringsmægleren, ..., på besøg hos klagerens daværende arbejdsplads, hvor klageren havde et møde med en pensionsrådgiver, hvor det blev aftalt, at klageren skulle forhøje sin dødsfaldsdækning.

Klageren arbejdede på det tidspunkt på fuld tid og var ikke sygemeldt.

Som oplyst i bilag B blev klageren den 22. november 2019 indlagt kortvarigt på sygehuset til observation og udskrevet igen uden en diagnose.

...

Den 22. november 2019 var en fredag, og om mandagen, den 25. november 2019, talte klageren med sin nærmeste leder om at sygemelde sig i en uge.

Klageren var ikke klar over og forventede ikke, at der kunne blive tale om en langvarig sygdomsperiode.

Den 29. november 2019 modtog klageren en påmindelse om at underskrive de dokumenter, hun havde modtaget i forbindelse med sin anmodning om at forhøje dødsfaldssummen, og hun underskrev derfor den som bilag C fremlagte begæring. Hun underskrev endvidere en rådgivningstjekliste, der fremlægges som bilag 8.

Det fremgår heraf, at forsikringen skulle forhøjes med kr. 964.000 til i alt kr. 1.517.980.

Det fremgår endvidere, at

'Du får tilsendt e-mail med blanketter eller links til blanketter. Ikke underskrevne blanketter skal du udfylde og sende retur. De ekspeditioner, som blanketterne omhandler, kan først iværksættes, når blanketterne er modtaget. Rådgiver kan ikke drages til ansvar for eventuelle økonomiske konsekvenser ved den manglende indsendelse eller ved forkerte eller mangelfulde oplysninger.'

Klager erindrer imidlertid ikke at have underskrevet yderligere blanketter, herunder helbredserklæring.

Som bilag 9 fremlægges e-mail af 29. november 2019 fra [forsikringsmægleren], hvoraf det fremgår, at klager havde underskrevet ændringsbegæring svarende til bilag C og kundetjekliste svarende til bilag 8 (her benævnt Rådgivningstjekliste).

Med e-mailen var endvidere tilsyneladende vedlagt en kort helbredserklæring, der skulle sendes direkte til [forsikringsselskab] i udfyldt og underskreven stand.

Denne erklæring erindrer klageren som nævnt ikke at have udfyldt og indsendt til [forsikringsselskab].

Klager har i forbindelse med nærværende ankenævns sag anmodet AP Pension (der har overtaget [forsikringsselskabs] portefølje) om at fremsende policeoversigter og helbredsoplysninger samt erklæring som skulle være udfyldt i 2019 i forbindelse med ændringsbegæringen.

AP Pension har den 2. november 2023 svaret på klagerens henvendelse og har fremsendt en policeoversigt dannet den 18. oktober 2019, men ikke yderligere.

AP Pension har således ikke fremsendt en underskrevet helbredserklæring, hvilket stemmer overens med, at klageren ikke erindrer at have underskrevet og indsendt en sådan.

E-mailkorrespondancen samt pensionsoversigt af 18. oktober 2019 fremlægges som bilag 10.

Det fremgår af pensionsoversigten, at livsforsikringssummen på dette tidspunkt i oktober 2019 udgjorde 553.980 kroner. Dette beløb svarede til klagerens årsløn.

Som bilag 11 fremlægges en policeoversigt dateret 31. december 2019, hvoraf det fremgår, at livsforsikringssummen på dette tidspunkt stadig udgjorde 100 % af den årlige løn, svarende til 553.980 kroner. Livsforsikringssummen blev således ikke forhøjet i perioden 18. oktober 2019 til 31. december 2019. Den som bilag C fremlagt begæring af 29. november 2019 har således ikke virkning /er ikke blevet implementeret af selskabet.

Som bilag 12 fremlægges en policeoversigt dateret 30. april 2020, hvoraf det ligeledes fremgår, at livsforsikringssummen udgør 100% af årlig løn, svarende til kr. 553.980.

De hermed fremlagte dokumenter dokumenterer, at klagerens livsforsikringssum ikke blev forhøjet.

Det bestrides, at klageren har afgivet urigtige oplysninger, principalt med henvisning til at klageren har svaret korrekt på de spørgsmål, der er indeholdt i begæringen fremlagt som bilag C, idet klageren var fuldt arbejdsdygtig den 29. november 2019, uanset at hun på det tidspunkt kortvarigt var sygemeldt.

Klageren var ikke under revalidering, for-revalidering, ressourceforløb, arbejdsprøvning, jobafklaring eller lignende.

Hun var heller ikke indstillet til førtidspension eller invaliditetsydelse, ligesom hun ikke arbejdede på nedsat tid af helbredsmæssige årsager.

Hun var heller ikke omfattet af en såkaldt § 56-ordning.

Ud fra begæringens indhold og ordlyd svarede klageren således korrekt på spørgsmålet om hvorvidt hun var fuldt arbejdsdygtig.

Klageren har ikke haft anledning til at forstå spørgsmålet på anden vis.

Såfremt [forsikringsselskabet] finder, at spørgsmålet skulle forstås på anden vis, kunne [forsikringsselskabet] have formuleret det anderledes. Klageren har været i god tro ved besvarelsen af spørgsmålet, både henset til spørgsmålet ordlyd og henset til, at klageren på daværende tidspunkt ikke var klar over, at hendes sygemelding ville blive længerevarende.

Subsidiært gøres det gældende, at begæringen fremlagt som bilag C ikke blev implementeret og, at Selskabet også af den grund ikke kan påberåbe sig urigtige oplysninger, idet de oplysninger som selskabet har anført er urigtige, ikke har ført til en ny forsikringsdækning, hverken for så vidt angår livsforsikringssummen eller i øvrigt.

Den forsikringsdækning der gælder for klager, er de som bilag 6 fremlagte, der er dateret juni 2019 og således også fra før den som bilag C fremlagt erklæring.

2) Selskabets oplysningsforpligtelse:

...

Selskabet har henvist til 'God skik bekendtgørelsen', bekendtgørelse 1779 af 6. september 2021, § 18, stk. 2, der vedrører indgåelse, ændring og fornyelse af forsikringsaftaler.

Det er korrekt, at det fremgår af bestemmelsen, at vilkår der indgår i aftalen, kan fremgå ved en henvisning til separate dokumenter, herunder de almindelige forsikringsbetingelser

I det omfang, at meddelelsen af 6. maj 2020, bilag 4, til klageren, må anses som en ændring af forsikringsaftalen med selskabet, gøres det gældende, at denne meddelelse ikke indeholdt en henvisning til forsikringsbetingelserne, herunder ikke en henvendelse til, at klageren for eksempel kunne læse yderligere om frister eller lignende i forsikringsbetingelserne.

Meddelelsen henviser til et bilag benævnt 'Dine muligheder ved fratrædelse', som klageren dog ikke er i besiddelse af.

Herudover henviser meddelelsen til, at klageren kunne læse mere på [forsikringsselskab] hjemmeside under overskriften 'Gode Råd'.

Endvidere er der henvist til, at klageren ville kunne se sin pensionsordning hos [forsikringsselskab] ved at logge ind på [selskabets] hjemmeside.

Meddelelsen af 6. maj 2020 opfylder således ikke forudsætningerne i § 18, stk. 2.

Det samme gælder meddelelsen af 28. april 2021, bilag 5.

Selskabet har henvist til, at forsikringsformidlingsdirektivet, direktiv 2016/97 af 20. januar 2016, artikel 17.1, indeholder en forpligtelse overfor medlemsstaterne og ikke det enkelte forsikringsselskab.

Klageren er enig heri. God skik bekendtgørelsen og øvrige nationale regler, der implementerer direktivets bestemmelser og som gælder for forsikringsselskaberne skal imidlertid fortolkes direktivkonformt og overensstemmelse med direktivets bestemmelser.

Selskabet har henvist til, at god skiks bekendtgørelsens § 17, stk. 3, nr. 8, angår skadesforsikringsprodukter, og har anført, at pensionsordningen er tegnet som led i et livsforsikringsprodukt.

Klageren er ikke enig heri.

Den af selskabet tegnede ordning indeholder både en pensionsdel, en livsforsikringsdel og en forsikringsdel ved tab af erhvervsevne og visse kritiske sygdomme.

Det følger af de som bilag 6 fremlagte forsikringsbetingelser, pkt. 1.1, at forsikringen dækker ved et økonomisk samt medicinsk tab af erhvervsevne som følge af sygdom eller ulykke.

Af pensionsoversigten fremlagt som bilag 10 gælder i øvrigt, at forsikringen for tab af erhvervsevne dækker med fast aftalte beløb.

Opdelingen mellem skadesforsikring og livsforsikring fremgår af bilag 7 og bilag 8 til Lov for Finansiell Virksomhed. AP Pension har tilladelse fra Finanstilsynet til at drive både livsforsikringsselskab og skadesforsikringsvirksomhed. Klageren går ud fra at det samme gjorde sig gældende for [forsikringsselskabet].

Det gøres gældende at tab af erhvervsevneforsikringsdelen af klagerens pensions- og forsikringsordning hos selskabet hører ind under skadesforsikringsdefinitionen. Selskabet skal derfor i relation til klagerens tab af erhvervsevneforsikring overholde de oplysningsforpligtelser, der gælder for skadesforsikringsselskaber."

Selskabets advokat har i brev af 10/1 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Ved spørgsmålet om hvorvidt 'Medarbejder er fuldt arbejdsdygtig' har klager svaret 'ja' og ved spørgsmålet om hvorvidt 'Medarbejder er under udredning for en alvorlig sygdom/lidelse (fx fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse eller livstruende sygdom' har klager svaret 'nej', jf. bilag C, side 2.

Klager var ikke fuldt arbejdsdygtig den 29. november 2019, da hun på dette tidspunkt havde været sygemeldt i en hel uge uden at vide, hvornår hun ville komme tilbage til arbejdet.

Dertil kommer, at klager var under udredning for alvorlig sygdom eller lidelse den 29. november 2019, Det fremgår af de oplysninger, som klager gav til selskabet den 20. november 2022 (bilag B), at:

'Jeg bliver sygemeldt fra mit arbejde den 22.11.2019 efter akut indlæggelse på sygehus pga et stress slagtilfælde. Jeg bliver afskediget fra mit arbejde efter 120 dages reglen med fratrædelse pr. 30.04.20.'

og

'Da jeg går ned med stress, bliver jeg ramt meget hårdt kognitivt. [...] Min hjerne har 'lukket ned' og jeg er ikke bevidst omkring, at jeg har en sådan forsikring.'

Klager har således afgivet urigtige helbredsoplysninger.

Selskabet kan bekræfte, at klagers anmodning om ændringer i pensionsordningen ikke blev implementeret. Det var fordi, der ikke blev indsendt supplerende helbredsoplysninger. Oprettelsen af forsikringen krævede således supplerende helbredsoplysninger, som selskabet anmodede forsikringsmægleren om at indhente, jf. bilag D. Selskabet modtog aldrig svar fra forsikringsmægleren.

Dette er dog uden betydning for nærværende sag. Afgørende er, at klagers afgivelse af urigtige oplysninger medførte, at selskabet ikke havde mulighed for at rådgive klager om hendes muligheder i forbindelse med hendes sygdom.

Det fastholdes, at selskabet har givet klager tilstrækkelig information, og at selskabets kommunikation med klager opfylder god skik kravene.

Det fremgår af god skik bekendtgørelsens § 18 stk. 2 at vilkår, der indgår i aftalen, kan fremgå ved en henvisning til separate dokumenter, herunder almindelige forsikringsbetingelser. Bestemmelsen skal læses i overensstemmelse med § 18 stk. 1, hvor det fremgår, at en forsikringsdistributør skal indgå eller bekræfte alle væsentlige aftaler med forbrugere på papir eller på andet varigt medium, og at en aftale skal indeholde en beskrivelse af parternes væsentlige rettigheder og pligter samt af de finansielle ydelser, der er omfattet af aftalen.

God skik bekendtgørelsens § 18 blev indført i 2018 i forbindelse med implementeringen af IDD-direktivet. I 2019, hvor klager fik nye forsikringsbetingelser, var § 18, stk. 2, således gældende.

Det bemærkes, at der også forud for implementeringen af IDD-direktivet var tilsvarende regler i bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder § 5, stk. 2.

Det fremgår af klagers replik, at klager går ud fra, at selskabets henvisning til § 18 stk. 2 i god skik bekendtgørelsen angår bilag 4.

Det, som henvisningen angår, er imidlertid bilag A.

Ankenævnet for Forsikring

17.

100160

Det fremgår af bilag A, at klager kunne finde de nye vilkår på selskabets hjemmeside. Det er disse forsikringsbetingelser, der finder anvendelse på klagers krav, jf. bilag 6. Den anmeldelsesfrist, som sagen handler om, fremgår af vilkårene. Selskabet har derfor opfyldt sin informationspligt.

Bilag 4 angår ikke indgåelse af en forsikringsaftale. Det angår heller ikke en ændring, men er udtryk for en implementering af forsikringsaftalens vilkår.

Klager anfører, at bilag 4 henviser til et bilag kaldt 'dine muligheder ved fratrædelse', og at klager ikke er i besiddelse af dette bilag. Dette er ikke rigtigt, idet bilaget findes på side 6-7 i bilag 4.

Klager anfører, at klagers forsikring for tab af erhvervsevne er en skadesforsikring, og at god skik bekendtgørelsens § 17 stk. 3, nr. 8 derfor finder anvendelse.

Dertil bemærkes, at § 17 stk. 3, nr. 8 angår oplysninger ved tegningen, ikke ved ophør af forsikringen.

I øvrigt blev § 17 stk. 3, nr. 8 indført ved bekendtgørelse nr. 455 af 30. april 2018 som trådte i kraft den 1. oktober 2018. Bestemmelsen var derfor ikke gældende i 2011, hvor klager fik sin pensionsordning. Desuden indeholder bestemmelsen ikke krav om, at selskabet skal oplyse om anmeldelsesfrister, der kan læses i forsikringsvilkårene."

Klagerens advokat har i brev af 31/1 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Spørgsmålet om afgivelse af urigtige oplysninger i forbindelse med en begæring om ændring af klagers pensionsordning i [forsikringsselskab] i november 2019 er ikke relevante for den aktuelle klagesag.

...

Klager fastholder imidlertid, at der ikke er afgivet urigtige oplysninger, herunder allerede fordi, at hun aldrig indsendte en helbredserklæring, der således heller ikke kan have været urigtig."

Selskabets advokat har i brev af 9/2 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Selv om sagen ikke angår annullation på grund af urigtige helbredsoplysninger, fastholder selskabet, at det har betydning for sagen, at klager afgav urigtige oplysninger i forbindelse med anmodningen om ændringer i forsikringen (bilag C).

...

Hvis klager havde opfyldt sine forpligtelser overfor selskabet, ville nærværende sag ikke være opstået."

Klagerens advokat har i brev af 1/3 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet sammenkæder kundes afgivelse af helbredsoplysninger i forbindelse med indtegnning eller forhøjelse af en forsikringsdækning med selskabets oplysningspligt ved ophør af forsikringsdækning.

Der er ikke belæg for at antage, at selskabet ville have anvendt helbredsoplysninger indsendt i forbindelse med en anmodning om forhøjelse af, i dette tilfælde, dødsfaldsdækningen til at rådgive klageren om sin retsstilling i tilfælde af ophør af forsikringsdækningen.

Selskabet brev udsendt i forbindelse med ophøret er standardbreve jf. bilag 5 og 6. Der ikke indrager den enkelte kundes situation.

Det springende punkt er netop, at selskabet i sådanne standardbreve med lethed kunne have oplyst om 6 måneders fristen, der gælder uanset årsagen til at en police ophører. Selskabets forpligtelse til at oplyse om 6 måneders fristen i ophørsbrevet består uafhængigt af hvilke oplysninger selskabet har om den pågældende kunde."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder policeoversigt af 31/12 2019 og 30/4 2020, hospitalsjournal, begæring om ændring af pension af 1/11 2019, selskabets afgørelse af 20/10 2022, afgørelse af 15/12 2022 og 10/5 2023 og klage over afgørelse af 20/11 2022. Nogle af bilagene gengives nedenfor.

Af selskabets brev af 24/4 2019 fremgår bl.a.:

"Som led i [forsikringsselskabs] overgang til AP Pension-koncernen foretager vi en ensretning af en række af vores opsparings- og forsikringsprodukter. Samtidig har vi evalueret produkterne i forhold til markedet og kundernes efterspørgsel og behov. Det betyder, at der sker ændringer i de betingelser og vilkår, der gælder for din pensionsordning ...

Gem dette brev sammen med de øvrige aftaledokumenter

Vi anbefaler, at du gemmer dette brev med information og varsling sammen med dine øvrige pensionspapirer. Senest den 1. maj 2019 kan du finde de opdaterede betingelser og vilkår på [forsikringsselskab].dk/betingelser.

Din forsikring ved tab af erhvervsevne: Blandt ændringerne er der nogle forbedringer, primært i vilkårene for din forsikring ved tab af erhvervsevne. Der er også enkelte skærpelser og nogle præciseringer af praktisk og sproglig karakter.

Hvis du i dag modtager udbetalinger fra din forsikring ved tab af erhvervsevne, vil ændringerne for denne forsikring først træde i kraft, hvis din erhvervsevne på et tidspunkt ikke længere er nedsat i et omfang, der giver dig ret til udbetaling.

- Vi vurderer som udgangspunkt dit erhvervsevnetab i forhold til dit eget erhverv. Men hvis vi konkluderer, at du ikke kan vende tilbage til dit eget erhverv, eller hvis du fortsat er uarbejdsdygtig efter 18 måneder, vurderer vi også din generelle erhvervsevne i forhold til andre erhverv. Når vi fremover skal vurdere din generelle erhvervsevne i forhold til andre erhverv, sammenligner vi dine indtægtsmuligheder med, hvad andre personer med tilsvarende uddannelse, erfaring og alder som dig inden for samme geografiske område kan tjene. Såfremt din hidtidige løn er mindre end, hvad sammenlignelige personer kan tjene, vil vi dog vurdere dine indtjeningsmuligheder i forhold til din hidtidige løn.

- Vi præciserer i betingelserne for tab af erhvervsevne, at forsikringen ikke giver ret til dækning, hvis du er under revalidering eller omskoling eller findes egnet til omskoling eller uddannelse.

Regulering: Hvis du modtager løbende pensionsudbetalinger fra Skandia, vil en eventuel årlig regulering af dine udbetalinger fremover ske 1. april i stedet for 1. januar.

Handler: Vi ændrer bestemmelsen om investering af indbetalinger og gennemførelse af handler, så vi fremover handler inden for få dage og senest 20 børsdage, efter vi efter vi har modtaget din indbetaling, dit ønske om handel med fonde eller dit ønske om skift af profil eller produkt."

Af pensionsoversigt af 18/10 2019 fremgår bl.a.:

"En eventuel firmapensionsaftale ..., din personlige pensions- og forsikringsbegæring, de generelle vilkår for aftalen, forsikringsbetingelserne og de aktuelle investeringsvilkår, udgør det samlede aftalegrundlag for din pensionsordning. Pensionsoversigten er et øjebliksbillede, der viser, hvordan du er dækket den dag, pensionsoversigten er dannet."

Af selskabets brev af 6/5 2020 fremgår bl.a.:

"Den 1. maj 2020 stoppede indbetalingerne til din pensionsordning i [forsikringsselskab].

Er der ikke tale om fratrædelse, beder vi dig kontakte os med det samme, så vi kan aftale, hvordan du kan sikre dig bedst muligt.

Hvis du er fratrådt, beder vi dig tage stilling til, hvad du ønsker, der skal ske med din pensionsordning. Du skal især overveje, om du vil beholde dine forsikringsdækninger.

Hvis indbetalingen til din pension er stoppet, fordi du er syg, eller din helbredstilstand er ændret, er det vigtigt, at du kontakter os, da det kan få betydning for din mulighed for at få forsikringer igen på et senere tidspunkt.

Hvis du ikke kontakter os med dit ønske inden 1. august 2020, bliver din pensionsordning omskrevet til en hvilende ordning (en ordning uden indbetaling) senest pr. den 1. maj 2020, og dine forsikringsdækninger bortfalder.

...

Dine forsikringer dækker i op til tre måneder

Du får fortsat afkast af din opsparing, men dine forsikringer, som betales via din opsparing, dækker kun i op til tre måneder fra den 1. maj 2020, hvor indbetalingen til din pensionsordning stoppede. Senest efter tre måneder er du ikke længere dækket, hvis du for eksempel bliver syg eller ved din død.

...

Dine muligheder

Du skal tage stilling til, hvad der skal ske med din pensionsordning i [forsikringsselskab] efter de tre måneder. Du har flere muligheder.

...

Vi anbefaler, at du læser mere i bilaget 'Dine muligheder ved fratrædelse', hvor vi har uddybet mulighederne og konsekvenserne for dig.

...

Hvad skal du være særligt opmærksom på?

Vi beder dig kontakte os inden 14 dage, hvis du er ledig, syg eller dit helbred har ændret sig. Ellers risikerer du, at du hverken kan beholde dine forsikringsdækninger i [forsikringsselskab], eller får mulighed for at oprette nye hos en anden pensionsleverandør.

...

Dine muligheder ved fratrædelse

...

Vi anbefaler generelt, at du beholder dine forsikringsdækninger ... , hvis du ikke har tilsvarende forsikringsdækninger i et andet selskab. Det gælder særligt, hvis du er syg, ledig eller hvis dit helbred har ændret sig, da du i så fald ikke nødvendigvis kan oprette forsikringsdækningerne på samme vilkår igen senere."

Af brev fra selskabet af 28/4 2021 fremgår bl.a.:

"Din pensionsordning er hvilende (uden indbetaling)

...

Ved en gennemgang af ordningen kan vi se, at vi sidst har modtaget indbetaling den 2020-04-30 og herefter registreret den som en hvilende pensionsordning.

En hvilende pensionsordning er en ordning, der ikke indbetales til, og hvor forsikringerne er bortfaldet."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne af 1/6 2019:

"2. Vilkår for aftalen om forsikring

...

2.4. Aftalen om forsikringen ophører

Aftalen om forsikringen ophører ved udgangen af den måned, hvor den aftalte udløbsalder for forsikringen opnås, eller den forsikrede dør. Den aftalte udløbsalder fremgår af den forsikredes pensionsoversigt.

2.4.1. Ved fratrædelse

Ved fratrædelse ophører forsikringen tre måneder efter den dato, hvor forsikrede fratræder, medmindre den forsikrede vælger at videreføre forsikringen om tab af erhvervsevne privat.

...

4. Generelle regler og forholdFor aftalen gælder dansk lovgivning og dansk rets almindelige regler.

4.1. Anmeldelse af forsikringsbegivenhedStk. 1. Enhver begivenhed, der kan føre til udbetaling af forsikringsydelse eller tilkendelse af præmiefritagelse, skal snarest anmeldes til [forsikringsselskab].

Stk. 2. Krav på udbetaling eller tilkendelse af præmiefritagelse skal anmeldes til [forsikringsselskab] inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet."

Nævnet udtaler:

Klageren er omfattet af firmapensionsordning med forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne. Pensionsindbetalingerne stoppede den 1/5 2020, da klageren pga. sygdom fratrådte sin stilling den 30/4 2020. Klagerens ordning blev den 1/8 2020 ændret til fripolice, og erhvervsevnetabsforsikringen ophørte. Klageren anmeldte sit erhvervsevnetab den 19/10 2022. Klageren kræver, at selskabet skal realitetsbehandle kravet, og at selskabet skal betale et af nævnet fastsat bidrag til dækning af advokatomkostninger. Selskabet har afvist klagerens krav med henvisning til, at klageren anmeldte kravet mere end 6 måneder efter, at forsikringen ophørte og dermed efter udløbet af anmeldelsesfristen.

Klageren har anført, at selskabets breve af 6/5 2020 og 28/4 2021 ikke indeholder en henvisning til 6-måneders anmeldelsesfristen, og at der ikke blev oplyst om konsekvenserne ved ikke at anmelde allerede opstået sygdom. Klageren har anført, at formuleringerne i begge breve – hvori der advares om, at man ikke længere er dækket hvis man "f.eks. bliver syg" - naturligst må forstås således, at de angår sygdoms/- eller personskadeforhold, som indtræder efter ophør af pensionsordningen. Klageren kunne derfor ikke ved blot at læse disse breve få kendskab til, at der gjaldt en særlig kort anmeldelsesfrist på 6 måneder. Klageren har anført, at 6-månedersfristen i forsikringsbetingelsernes pkt. 4.1, stk. 2, er særligt indgribende og stiller klageren væsentlig dårligere end efter de almindelige forældelsesregler. Det må derfor være en forudsætning for anvendelsen af fristen, at klageren er gjort opmærksom på reglen og dens konsekvenser. Klageren har anført, at selskabet ved varsling af ophør af en forsikringsaftale er forpligtet til at oplyse om 6-måneders fristen og dennes konsekvenser, og at en sådan oplysningsforpligtelse fremgår af god skik bekendtgørelsens § 4, stk. 1, jf. § 17, stk. 3, nr. 8.

Selskabet har anført, at klageren den 6/5 2020 blev bedt om at kontakte selskabet inden 14 dage, hvis hun var syg eller hvis hendes helbred havde ændret sig, hvilket klageren ikke gjorde. Selskabet er ikke enig med klageren i, at god skik-reglerne indeholder krav om, at selskabet udtrykkeligt skal informere om 6-måneders fristen i forbindelse med forsikringsophør. Selskabet har anført, at vilkår der indgår i aftalen, kan fremgå ved en henvisning til separate dokumenter, herunder almindelige forsikringsbetingelser, jf. god skik bekendtgørelsens § 18, stk. 2,

og at det fremgår af selskabets brev af 24/4 2019, at klageren kunne finde de nye vilkår på selskabets hjemmeside. Den anmeldelsesfrist, som sagen handler om, fremgår af vilkårene. Selskabet har derfor opfyldt sin informationspligt. Selskabet har anført, at klageren ikke har været i tilregnelig uvidenhed om anmeldelsesfristen, idet den fremgår af forsikringsbetingelserne, og at selskabet ikke var bekendt med klagerens sygdom på ophørstidspunktet.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne af 1/7 2016: "1.2 Anmeldelse af tab af erhvervsevnetab ... Ved ophør af aftalen, fx ved fratrædelse, opsigelse, manglende betaling eller overførsel til andet selskab, skal forsikrede anmelde sit tab af erhvervsevne senest seks måneder efter forsikringens ophør".

Det fremgår af selskabets brev af 6/5 2020, at "Den 1. maj 2020 stoppede indbetalingerne til din pensionsordning i [forsikringsselskab] ... Hvis indbetalingen til din pension er stoppet, fordi du er syg, eller din helbredstilstand er ændret, er det vigtigt, at du kontakter os, da det kan få betydning for din mulighed for at få forsikringer igen på et senere tidspunkt ... **Hvad skal du være særligt opmærksom på?** Vi beder dig kontakte os inden 14 dage, hvis du er ledig, syg eller dit helbred har ændret sig. Ellers risikerer du, at du hverken kan beholde dine forsikringsdækninger i [forsikringsselskab], eller får mulighed for at oprette nye hos en anden pensionsleverandør".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 4.1, at "Stk. 2. Krav på udbetaling eller tilkendelse af præmiefritagelse skal anmeldes til [forsikringsselskab] inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet."

Nævnet bemærker, at nævnet for så vidt angår de almindelige forældelsesregler i sag 97822 har udtalt, at "forældelsesreglerne er lovfæstede, og at forsikringsselskaber ikke har en generel pligt til at orientere om forældelsesreglernes indhold. Nævnet henviser til sin afgørelse i sag 95217".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist dækning med henvisning til 6-måneders fristen, som fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 4.1, stk. 2. Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet ikke kan gøre forsikringsbetingelsernes punkt 4.1, stk. 2 gældende i den konkrete situation.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens erhvervsevnetabsforsikring ophørte den 1/8 2020, og at klageren derfor skulle have fremsat eventuelle krav over for forsikringen senest den 1/2 2021, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 4.1, stk. 2.

Nævnet har videre lagt vægt på, at denne sag ikke kan sidestilles med sag 92905, hvor nævnet udtalte, at selskabet i sit svar på klagerens henvendelse i den konkrete situation burde have oplyst om den fortsatte dækning for kritisk sygdom i afløbsperioden på 6 måneder. Der kan ikke af god skik reglerne udledes et krav om, at selskabet – når en forsikring ophører – generelt skal informere om forsikringsvilkår, der kræver, at kunden skal anmelde sit krav i en afløbsperiode på 6 måneder. Nævnet bemærker, at forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, giver selskabet en hjemmel til en anmeldelsesfrist som den foreliggende ved forsikringens udløb. Af § 29, stk. 6, fremgår det blandt andet, at "det kan dog aftales, at en forsikring alene dækker skader anmeldt inden for en nærmere angivet frist efter forsikringens ophør. Fristen må ikke være kortere end 6 måneder". Lovgiver har ikke stillet krav om, at selskabet skal informere om denne regel, når forsikringen udløber/ophører. Derimod er der i andre bestemmelser i forsikringsaftaleloven stillet krav om, at forsikringsselskabet skal informere kunden om sine rettigheder eller skal sende et vist antal varslinger, som skal opfylde en række tidsmæssige og indholdsmæssige krav, for at varslingen er gyldig.

Nævnet bemærker, at selskabet den 6/5 2020 bad klageren om at henvende sig inden 14 dage, hvis "du er ledig, syg eller dit helbred har ændret sig".

Efter sagens udfald og omstændighederne i øvrigt finder nævnet, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at dække klagerens advokatomkostninger helt eller delvist.

Ankenævnet *for* Forsikring

24.

100160

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Hans-Jørgen Nymark Beck