

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 15. maj 2024 blev i sag nr. 100161:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. 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 Kritisk Sygdom forsikring 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 – dækning for visse kritiske sygdomme og klagerens korrespondance med selskabet

Denne sag vedrører selskabets afvisning af krav på dækning under Kritisk Sygdom forsikringen.

Ved brev af hhv. 1. september 2022 og 1. november 2022 har selskabet afvist at yde dækning, bilag 1 og bilag 2, og senest ved brev af 4. april 2023, bilag 3, har selskabet fastholdt afgørelsen under henvisning til, at klagerens forsikring udgik den 1. juni 2020, og at der gælder en 6 måneders frist for anmeldelse af krav ved forsikringens ophør. Ifølge selskabet skulle klageren således have anmeldt sit krav senest 1. januar 2021.

Klageren var indtil 29. februar 2020 ansat i [virksomhed] og havde derigennem en firmapensionsordning inkl. Kritisk Sygdom dækning i AP Pension.

Klageren blev den 23. oktober 2019 rekvireret til patologiafdelingen på [hospital] og blev den 5. november 2019 mikroskoperet. Klageren fik i den forbindelse konstateret en venstresidig nyretumor (nyrekræft). Forinden var hun diagnosticeret med ... syndrom. Sidstnævnte er en arvelig sygdom, der er karakteriseret ved cyster (luftfyldte blærer) i lungerne, hudforandringer og øget risiko for netop nyrekræft. Klageren var desuden under udredning for ... syndrom. Dette er en tilstand, som ses når kroppen udsættes for store mængder binyrebarkhormon, eksempelvis pga. en svulst i binyrerne eller andre steder i kroppen. Der henvises til journalmateriale fra [hospital], bilag 4.

Ved brev af 4. februar 2020, bilag 5, modtog klageren en status over sin pensionsordning, hvoraf det fremgik, at der var en dækning på kr. 153.600 for Kritisk Sygdom, jf. bilag 4. Klageren var på dette tidspunkt fratrådt sin stilling, men modtog løn til månedens udgang.

Ved brev af 28. maj 2020, bilag 6, meddelte AP Pension, at de kunne se, at indbetalingerne til [klagerens] pensionsordning var stoppet.

Klageren fik nyt job med en ny pensionsordning i et andet selskab den 17. februar 2020 og ophørte med dette arbejde 31. maj 2022. Det nye selskab dækker dog ikke nyrekræftlidelser, idet denne netop blev diagnosticeret, mens klageren var forsikringstager hos AP Pension.

Klageren ansøgte om dækning 16. august 2022, bilag 7, da hun helbredsmæssigt var klar til at søge. Hun havde forinden telefonisk kontakt til AP Pension og blev orienteret om den almindelige 3-årige forældelsesfrist.

Brevet af 28. maj 2020 indeholder ikke en henvisning til 6 måneders fristen, ligesom der heller ikke oplyses om konsekvenserne af ikke at anmelde en allerede diagnosticeret kritisk sygdom. Følgende afsnit af relevans kan fremhæves fra brevet, men på intet tidspunkt nævnes 6 måneders fristen.

'Hvilke muligheder har du?

De første tre måneder efter indbetalingen er stoppet, beholder du dine forsikringsdækninger under forudsætning af, at din pensionsopsparing er stor nok. Prisen for de fradragsberettigede forsikringsdækninger bliver trukket fra din opsparing.

Du beholder din(e) forsikringsdækning(er) Kritisk sygdom og Dødsfald - uden at vi trækker i din opsparing. Du skal være opmærksom på, at hvis du, i forbindelse med et nyt job, får en ny pensionsordning med samme type forsikringsdækning hos en anden leverandør, så bortfalder dækningerne med det samme. Under alle omstændigheder bortfalder de senest tre måneder efter indbetalingen er stoppet.

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

Du kan:

- fortsætte indbetalingen til din pensionsordning med forsikringsdækninger. Dog kan både pris og omkostninger ændre sig*
- beholde din pensionsordning uden forsikringsdækninger og uden at indbetale*
- beholde dine fradragsberettigede forsikringsdækninger uden at indbetale til din pension. Vi trækker prisen for forsikringsdækningerne fra din opsparing*
- samle dine pensioner, hvis du har fået en ny pensionsordning.*

...

Vi anbefaler generelt, at du beholder dine forsikringsdækninger i AP Pension, 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.

Husk, at din(e) forsikringsdækning(er) Kritisk sygdom og Dødsfald bortfalder senest tre måneder efter din fratrædelsesdato. Du har ikke mulighed for at forlænge forsikringsdækningerne.'

Formuleringerne af brevet må mest naturligt forstås sådan, at de vedrører sygdomsforhold eller personskade, der indtræder efter, pensionsordningen er stoppet. PFA oplyser ikke hvilke forhold, der gælder for sygdomme eller personskader indtruffet i forsikringstiden og før forsikrings- og pensionsordningens ophør.

Forsikringstageren kan således ikke ved blot at læse brevet 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 i forsikringstiden.

3. FORSIKRINGSFORHOLD:

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

Selskabet har henvist til forsikringsbetingelsernes § 18, stk. 2, hvoraf det fremgår, at *'Krav på udbetaling af forsikringsydelse ved tab af erhvervsevne, visse kritiske sygdomme, Invalidesum eller tilkendelse af bidragsfritagelse skal anmeldes til AP Pension inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.'*

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 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 forudsætte, 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.

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,

Ankenævnet for Forsikring

7.

100161

- **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:

"Sagen angår forsikringen for visse kritiske sygdomme i klagers tidligere pensionsordning hos selskabet.

...

Hvad handler sagen om

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 således efter udløbet af fristen i forsikringsbetingelsernes § 18, stk. 2.

Sagsfremstilling

Klager fik en pensionsordning hos selskabet i 2018, og hun modtog den 4. maj 2018 et brev med pensionsoversigt og forsikringsbetingelser, jf. bilag A. Det fremgik af brevet, at det var vedlagt de forsikringsbetingelser, der var gældende for pensionsordningen, og der stod desuden: 'Brug 15 minutter på din pensionsordning'.

Klager havde således anledning til at gennemlæse forsikringsbetingelserne.

Det fremgik af de vedlagte forsikringsbetingelsers § 18, stk. 2, at:

...

Den 22. oktober 2019 fik klager konstateret en nyretumor (bilag 4). Klager foretog imidlertid ikke en anmeldelse på dette tidspunkt.

Den 4. februar 2020 modtog klager en 'Status over din pensionsordning' der indeholdt en pensionsoversigt og forsikringsbetingelser, hvor det stadig fremgik af forsikringsbetingelsernes § 18 stk. 2, at der var 6 måneders frist for at anmelde krav efter forsikringsdækningens ophør (bilag 5, side 15).

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

Det fremgik blandt andet 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.

[...]

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

Sådan gør du

Vi beder dig udfylde vedlagte blanket 'Ønsker til min pensionsordning' og sende den, så vi har den senest den 18. juni 2020.' (bilag 6, side 1)

Det fremgik af desuden af 'Dine muligheder ved fratrædelse', at:

'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 AP Pension eller får mulighed for at oprette nye hos en anden pensionsleverandør.' (bilag 6, side 2)

(understreget af mig)

Selv om hun således var opfordret hertil, oplyste klager ikke selskabet om sin sygdom, og klager anmeldte først sit krav den 16. august 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.

Det fremgår af klagen, at klager kontaktede selskabet telefonisk forud for anmeldelsen. Dette fremgår ikke af selskabets systemer og har efter selskabets opfattelse ingen betydning.

Det fremgår af klagen, at klager først ansøgte om dækning den 16. august 2022, fordi klager på det tidspunkt var helbredsmæssig klar at søge. Dette har efter selskabets opfattelse ingen betydning for, om 6 måneders fristen er overholdt. Klager havde god tid til at anmelde kravet, efter hun fik stillet diagnosen, og i hvert fald før 6-måneders fristen udløb.

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 særsilt 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 de tilsendte forsikringsbetingelser. 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 bestemmelsen 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 tilsendt, og som hun er blevet opfordret til at gennemlæse. 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, 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 6.

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 Ankenævnet for Forsikring fandt, at selskabet burde have rådgivet klager om, at han skulle søge at videre føre 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. Klager blev desuden gjort opmærksom på risikoen ved ikke at oplyse om dette. Det er klagers risiko og ansvar, at hun ikke oplyste selskabet om sin sygdom. En diagnosticeret nyretumor er utvivlsomt en sygdom, og der er ikke grundlag for at forstå teksten i kravet således, at det alene angår sygdom, der er indtrådt efter forsikringens ophør.

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.

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, men 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.' (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 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 tilsendt forud for forsikringens ophør, jf. også god skik bekendtgørelsens § 18, stk. 2.

Selskabet har således overholdt sine oplysningsforpligtelser overfor klager.

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

Selskabet anmoder derfor om, at klagen ikke tages til følge."

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

"2. SELSKABETS OPLYSNINGSFORPLIGTELSE:

...

Følgebrevet indeholder som omtalt af selskabet dette afsnit der opfordrer kunden til gennemgang af pensionsordningen, og selskabet har anført, at dette burde give anledning til at læse forsikringsbetingelserne. Afsnittet henviser imidlertid til muligheden for at tilpasse pensionsordningen til de rammer virksomheden, det vil sige klagerens daværende arbejdsgiver, havde fastlagt.

Hensigten med denne passus i brevet var således at henledes opmærksomheden på, om de enkelte indbetalinger og dækninger, som der var aftalt, var de rette for klageren. Det fremgår blandt andet, at kritisk sygdomssummen var kr. 153.600.

Der er ingen opfordring til at læse standardbetingelserne, og det ville heller ikke være relevant, idet disse ikke kunne tilpasses eller ændres. Det er også mindre relevant at oplyse særskilt om en ophørs- eller forældelsesfrist straks ved indtegningen.

Det relevante tidspunkt at oplyse om 6-månedersfristen var derimod ved meddelelsen om forsikringens bortfald, jf. brev af 28. maj 2020, bilag 6.

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 brevet af 28. maj 2020, bilag 6, 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 henvisning til, at klageren for eksempel kunne læse yderligere om frister eller lignende i forsikringsbetingelserne.

Meddelelsen henviser til et bilag benævnt 'Dine muligheder ved fratrædelse', der er vedlagt brevet. Bilaget indledes med en omtale af 'priser, omkostninger og konsekvenser ved de forskellige muligheder. Der omtales mulighed for at fortsætte pensionsordningen uden forsikringsdækning eller beholde forsikringsdækning uden at indbetale. Det omtales, at forsikringsdækninger bortfalder senest 3 måneder efter fratrædelsesdatoen. Dette har efter sin ordlyd relation til hvordan dækningen vil være i fremtiden - for fremtidige skader/ sygdomme - og at den vil ophøre. Det

havde været nærliggende her at nævne 6-månedersfristen, når man finder anledning til at nævne 3 måneders fristen.

Brevet af 28. maj 2020 opfylder således ikke forudsætningerne i § 18, stk. 2.

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 forsikrings-selskab.

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

Selskabet har henvist til, at god skik bekendtgørelsens § 17, stk. 3, nr. 8, angår skadesforsikrings-produkter, 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 med forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne og visse kritiske sygdomme.

Det følger af de som bilag A fremlagte forsikringsbetingelser pkt. 3.2, § 33, stk. 1, at forsikringen dækker ved nedsat erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykke. Af pkt. 3.3, § 42 fremgår det, at forsikringen er oprettet som en sygeulykkesforsikring og dækker visse kritiske sygdomme.

Af pensionsoversigten, der er en del af bilag A, fremgår det, at forsikringen for tab af erhvervsevne dækker med fast aftalte beløb, lige som kritisk sygdom dækningen udbetales som et fast 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 livsforsikrings-selskab og skadesforsikringsvirksomhed.

Det gøres gældende at kritisk sygdom dækningen, der udgjorde en del af klagerens pensions- og forsikringsordning hos selskabet, henhører ind under skadesforsikringsdefinitionen. Selskabet skal derfor i relation til denne del overholde de oplysningsforpligtelser, der gælder for skadesforsikrings-selskaber."

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

"Det fastholdes, at selskabet har givet klager tilstrækkelige information, og at selskabets kommunikation med klager opfylder de krav, der er stillet i god skik bekendtgørelsens § 18 stk. 2.

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 sammenhæng med § 18, stk. 1, hvor det fremgår, at en forsikringsdistributør skal indgå eller bekræfte alle væsentlige aftaler med forbrugere på papir eller 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. § 18 angår således indgåelse af aftaler.

Ankenævnet for Forsikring

13.

100161

Klager går ud fra, at selskabets henvisning til § 18 stk. 2 i god skik bekendtgørelsen angår bilag 6. Det, som henvisningen angår, er bilag 5.

Klager fik information om anmeldelsesfristen i de forsikringsbetingelser, som hun fik tilsendt i 2020, jf. bilag 5. Anmeldelsesfristen fremgår af side 15 i bilag 6. Klager har således fået information om anmeldelsesfristen.

Klager havde tidligere modtaget forsikringsbetingelserne i 2018, jf. bilag A, hvor anmeldelsesfristen fremgår af side 16.

Det bestrides, at følgebrevet i bilag A alene opfordrede klager til at gennemgå selve pensionsordningen og ikke de gældende forsikringsbetingelser. Forsikringsbetingelserne var vedlagt brevet og det fremgik af følgebrevets andet afsnit, at:
'Du kan også finde en detaljeret information om love og regler samt de forsikringsbetingelser, der gælder for din pensionsordning.'

Selskabet gjorde således klager opmærksom på, hvor hun kunne finde de gældende forsikringsbetingelser, som noget af det første i brevet.

Bilag 6 angår ikke indgåelse af en forsikringsaftale. Det angår heller ikke en ændring, men er udtryk for en implementering af forsikringsaftalens vilkår.

Hertil kommer, at det fremgår tydeligt af bilag 6, at klager skulle tage stilling til, hvad skulle ske med hendes pensionsordning, og at hun skulle kontakte selskabet, hvis hun var syg eller hendes helbred havde ændret sig.

På trods af den klare opfordring i brevet, rettede klager ikke henvendelse til selskabet, og selskabet havde derfor ikke mulighed for at rådgive klager.

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 § 17 stk. 3, nr. 8 indført ved bekendtgørelse nr. 455 af 30. april 2018 som trådte i kraft den 1. oktober 2018. Denne forpligtelse var ikke gældende i maj 2018, hvor klager fik sin pensionsordning.

Desuden indeholder bestemmelsen ikke krav om, at selskabet skal oplyse om anmeldelsesfrister, der kan læses i forsikringsbetingelserne."

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

"Selskabet har henvist til, at anmeldelsesfristen fremgår af sagens bilag 5, Status over pensions-oversigt af 4. februar 2020. Dette bilag indeholder såvel en pensionsoversigt som de detaljerede forsikringsbetingelser.

6-måneders fristen fremgår af § 18, stk. 2, der findes på side 17 i det samlede bilag (PDF-filen).

Det fastholdes, at hverken bilag 6 eller det af AP Pension fremlagte bilag A på tilstrækkelig klar og tydelig vis fremhæver 6-måneders fristen.

Det er ikke tilstrækkeligt, at forsikringsbetingelserne var vedlagt et brev med en tekst om, at love og regler samt forsikringsbetingelser fremgik af dokumentet med forsikringsbetingelser.

Klagers hovedpointe er, at en så, for klagers retstilling, afgørende frist skal fremhæves særskilt, eller at selskabet som minimum skal gøre opmærksom på, at der i de forsikringsbetingelser, som selskabet henviser til, i for eksempel brevet fremlagt som bilag A, findes en frist, som klageren, (kunden), skal være særligt opmærksom på.

Videre bemærkes det, at uanset om God Skik bekendtgørelsens § 17, stk. 3, nr. 8, ikke var indført ved den aktuelle pensions- og forsikringsordnings ikrafttræden i maj 2018, var den gældende ved fremsendelsen af AP Pensions brev af 4. februar 2020, jf. bilag 5.

Derudover følger oplysningsforpligtelsen af selskabets almindelige pligt til loyalt og redeligt at oplyse sine kunder om forhold af væsentlig betydning for kunden."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af brev fra selskabet af 4/5 2018 med vedlagte forsikringsbetingelser af 2017 fremgår bl.a.:

"På denne pensionsoversigt kan du se, hvordan din nye pensionsordning i AP Pension er opbygget.

...

Brug 15 minutter på din forsikring

Vi opfordrer dig til at bruge lidt tid på at få overblik over din nye pensionsordning. Den skulle gerne afspejle dine behov lige nu, og gør den ikke det, kan vi tilpasse den inden for de rammer, din virksomhed har fastlagt.

...

Forsikringsbetingelser for AP Netlink

...

§ 14. Forsikringsdækning ved ophør af betalingen af pensionsbidrag

Stk. 1. Hvis indbetaling af pensionsbidrag til AP NetLink ophører, bortfalder Forsikring ved visse kritiske sygdomme og øvrig risikodækning, der er etableret som 'Livsforsikring uden fradragsret'.

Forsikringsdækning ved henstand:

Stk. 2. Forsikrede har henstand i op til 3 måneder på øvrige forsikringsdækninger, forudsat at der er tilstrækkelig opsparing på pensionsordningen til betaling af forsikringsdækningerne.

...

§ 18. Anmeldelse af forsikringsbegivenhed

Ankenævnet for Forsikring

15.

100161

Stk. 1. Enhver begivenhed, der kan føre til udbetaling af forsikringsydelse eller tilkendelse af bidragsfritagelse, skal snarest anmeldes til AP Pension.

Stk. 2. Krav på udbetaling af forsikringsydelser ved tab af erhvervsevne, visse kritiske sygdomme, Invalidesum eller tilkendelse af bidragsfritagelse skal anmeldes til AP Pension inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.

Stk. 3. Krav på udbetaling eller bidragsfritagelse fra APPension forældes efter dansk rets regler om forældelse af fordringer, herunder reglerne i forsikringsaftaleloven."

Af journalnotat fra patologiafdelingen af 23/10 2019 fremgår bl.a.:

"Materiale:

01: Ve. nyre, 4 histologiske biopsier

Kliniske oplysninger:

Nyretumor

Klinisk diagnose: 1,9 cm stor tumor i ve. nyres nedre pol

...

Diagnoser:

01: Venstre nyre

krornofob renalcellekarcinom, OBS PRO - hybrid korrnofob/onkocytær tumor."

Af hospitalsjournal fremgår bl.a.:

"05-11-2019

...

pt kommer til pat svar der ikke er entydigt men passer bedst på en hybrid kromofob/onkocytær tumor. pt inf om dette og at malignitet ikke helt kan udelukkes med hvis det er er den en fredelig for.

...

14-02-2020

...

Fik lavet RF behandling af proces i ve nyre d. 9.12. 2019. Ukompliceret forløb.

Oplever intermitterende smerter i nedre abdomen i de sidste 2 uger. Normal vandladning.

...

19-01-2021

...

Forsøgt x 2 at kontakte pt. tlf. med svar på CT.

Denne er uden tegn på spredning eller lokalrecidiv. Stationært uspec. forandringer i begge nyre. Der er tilkommet en lille nodulus posterior på den perirenale fascie på ve. side, formentligt reaktivt.

...

27-07-2021

...

pt orienteres om et der viser uændret forandringer i begge nyre regresion af forandringen sv til ve fascie.

...

01-02-2022

...

Patienten velkendt med nyretumor som obs. kromofobt renalcellekarcinom efter RF behandling oktober 2019 CT viser følger efter ablation uden tegn på lokal recidiv. Man finder en lille hypervaskulær forandring i venstre leverlap man anbefaler Rp. ultralydsscanning af leveren er bestilt inklusive med biopsi."

Af brev fra selskabet af 4/2 2020 fremgår bl.a.:

"Din pensionsordning er etableret efter aftale med [arbejdssted] og AP Pension.

Denne pensionsoversigt viser den aktuelle forsikringsdækning og en prognose ved pensionering.

De nærmere udbetalingsbestemmelser samt regler for pensionsordning fremgår af forsikringsbetingelser AP Netlink 2019 A.

Forsikringsdækning

...

Ved visse kritiske sygdomme (til du fylder 67 år)

Sum ved kritisk sygdom, afgiftsfri 153.600 kr.

Du kan læse mere om AP pension og dine skadesforsikringer her: ..."

Af brev fra selskabet af 28/5 2020 fremgår bl.a.:

"Der bliver ikke længere indbetalt til din pensionsordning i AP Pension. Vi kan ikke se, om det skyldes, at du er fratrådt din stilling ..., er på orlov eller noget helt tredje.

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.

Hvilke muligheder har du?

De første tre måneder efter indbetalingen er stoppet, beholder du dine forsikringsdækninger under forudsætning af, at din pensionsopsparing er stor nok. Prisen for de fradragsberettigede forsikringsdækninger bliver trukket fra din opsparing.

...

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

Du kan:

- fortsætte indbetalingen til din pensionsordning med forsikringsdækninger. Dog kan både pris og omkostninger ændre sig
- beholde din pensionsordning uden forsikringsdækninger og uden at indbetale
- beholde dine fradragsberettigede forsikringsdækninger uden at indbetale til din pension. Vi trækker prisen for forsikringsdækningerne fra din opsparing
- samle dine pensioner, hvis du har fået en ny pensionsordning

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

...

Hvis vi ikke hører fra dig

Hører vi ikke fra dig inden den 18. juni 2020, ændrer vi din pensionsordning pr. 1. juni 2020. Det betyder, at din pensionsordning fortsætter uden indbetaling, uden forsikringsdækninger og med andre omkostninger.

...

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 AP Pension eller får mulighed for at oprette nye hos en anden pensionsleverandør.

...

Dine muligheder ved fratrædelse det følgende kan du læse mere om priser, omkostninger og konsekvenser ved de forskellige muligheder.

Vi anbefaler generelt, at du beholder dine forsikringsdækninger i AP Pension, 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 ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme af 16/8 2022 fremgår bl.a.:

- "1. Hvad er sygdommens navn? Nyrekræft
2. Hvornår blev du syg/indlagt? 2019-12-06/ biopsi/ okt/nov 2019."

Af forsikringsbetingelser for AP Netlink af 2019 fremgår bl.a.:

"§ 1. AP NetLink pensionsordning

Stk. 1. En AP NetLink pensionsordning (herefter kaldet AP NetLink) oprettet i AP Pension Livsforsikringsaktieselskab (herefter kaldet AP Pension) består af en opsparingsdel og en forsikringsdel og dækker i det omfang, det er anført i pensionsoversigten.

...

§ 18. Anmeldelse af forsikringsbegivenhed Stk. 1. Enhver begivenhed, der kan føre til udbetaling af forsikringsydelse eller tilkendelse af bidragsfritagelse, skal snarest anmeldes til AP Pension.

Stk. 2. Krav på udbetaling af forsikringsydelse ved tab af erhvervsevne, visse kritiske sygdomme, Invalidesum eller tilkendelse af bidragsfritagelse skal anmeldes til AP Pension inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør.

Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.

Stk. 3. Krav på udbetaling eller bidragsfritagelse fra AP Pension forældes efter dansk rets regler om forældelse af fordringer, herunder reglerne i forsikringsaftaleloven."

Nævnet udtaler:

Klageren blev i 2018 omfattet af en firmapensionsordning med forsikring ved visse kritiske sygdomme. Hun fik den 5/11 2019 påvist en nyretumor. Klageren fratrådte sin stilling, og selskabet fremsendte den 28/5 2020 et brev om, at indbetalingerne til klagerens pensionsordning var ophørt. Klageren ansøgte den 16/8 2022 om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Klageren kræver, at selskabet skal realitetsbehandle hendes krav, 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 forsikringens ophør.

Klageren har anført, at anvendelsen af forsikringsbetingelsernes § 18, stk. 2 – om at krav skal anmeldes inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør – forudsætter, at forsikringstageren er blevet gjort opmærksom på reglen/fristen og dens konsekvenser. Selskabets brev af 28/5 2020 indeholder ikke en henvisning til anmeldelsesfristen på 6-måneder, ligesom der ikke oplyses om konsekvenserne af ikke at anmelde en allerede diagnosticeret kritisk sygdom. Klageren har anført, at selskabet skal handle redeligt og loyalt for så vidt angår oplysning af klageren, jf. god skik reglerne om redelig og loyal handlepligt, jf. § 4, stk. 1, jf. § 17, stk. 3, nr. 8, herunder især når klageren stilles væsentligt ringere end efter de almindelige forældelsesregler.

Selskabet har anført, at god skik reglerne ikke indeholder forbindelse med forsikringens ophør, og 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 de almindelige forsikringsbetingelser. Selskabet har anført, at klageren ikke har været i tilregnelig uvidenhed om anmeldelses-

fristen, da hun blev informeret herom i forsikringsbetingelserne, som hun fik tilsendt i 2018. Selskabet var – forud for klagerens anmeldelse – ikke bekendt med klagerens sygdom, og klageren blev i fratrædelsesbrevet opfordret til at oplyse om sygdom. Selskabet har anført, at det ikke følger af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, at det er en forudsætning for anvendelsen af 6 måneders fristen, at klageren er gjort særskilt opmærksom på reglen. Selskabet har anført, at god skik bekendtgørelsens § 17, stk. 3, nr. 8, ikke finder anvendelse, idet bestemmelsen angår skadesforsikringsprodukter – klagerens pensionsordning er tegnet som led i et livsforsikringsprodukt – og idet, § 17, stk. 3, nr. 8, angår oplysninger ved tegning af forsikringen og ikke ved ophør.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 14, stk. 1, at "Hvis indbetaling af pensionsbidrag til AP NetLink ophører, bortfalder Forsikring ved visse kritiske sygdomme og øvrig risikodækning, der er etableret som 'Livsforsikring uden fradragsret'. Det fremgår af § 18, stk. 2, at "Krav på udbetaling af forsikringsydelse ved tab af erhvervsevne, visse kritiske sygdomme, Invalidesum eller tilkendelse af bidragsfritagelse skal anmeldes til AP Pension inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet".

Det fremgår af selskabets brev af 28/5 2020, at "Du skal tage stilling til, hvad der skal ske med din pensionsordning i AP Pension efter de tre måneder ... Vi anbefaler, at du læser mere i bilaget 'Dine muligheder ved fratrædelse', hvor vi har uddybet mulighederne og konsekvenserne for dig. ... Hører vi ikke fra dig inden den 18. juni 2020, ændrer vi din pensionsordning pr. 1. juni 2020. Det betyder, at din pensionsordning fortsætter uden indbetaling, uden forsikringsdækninger og med andre omkostninger. ... 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 AP Pension eller får mulighed for at oprette nye hos en anden pensionsleverandør".

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 § 18, stk. 2. Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet ikke kan gøre forsikringsbetingelsernes § 18, stk. 2, gældende i den konkrete situation.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens forsikring ophørte den 1/6 2020, og at klageren skulle have fremsat eventuelle krav over for selskabet senest 1/12 2020, jf. forsikringsbetingelsernes § 18, 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 fremgår det af andre bestemmelser i forsikringsaftaleloven, 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 en opsigelse af forsikringen er gyldig.

Ankenævnet for Forsikring

21.

100161

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet den 28/5 2020 oplyste, at klagerens pensionsordning fortsatte uden forsikringsdækninger, og at selskabet opfordrede klageren til at henvende sig, hvis hun er syg, eller helbredet har ændret sig.

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

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