

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 25. juni 2025 blev i sag nr. 102836:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Bernstorffsgade 40
1577 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har dækning for visse kritiske sygdomme. I klageskema af 30/12 2024 har klageren bl.a. anført:

"I forbindelse med at jeg fik diagnosticeret og stillet diagnosen Sklerose, fik jeg udbetalt erstatning på kr. 450.000 (kritisk sygdom). Det er ikke, hvad tvisten går på.

Jeg forstår imidlertid ikke, og finder det ikke rimeligt, at erstatningsbeløbet ikke er blevet indeksreguleret siden forsikringen blev tegnet i 2016. Min månedlige forsikringsydelse er derimod steget løbende og fast hvert år. Jeg mener, at det burde fremgå tydeligt af policevilkårene, at forsikringssummen IKKE bliver indeksreguleret. Kan det virkelig være meningen, at et beløb til dækning af kritisk sygdom ikke indeksreguleres som alt andet i samfundet bliver det? Det bliver det i mange andre selskaber. Ønsker man fra forsikringsselskabets side at sige til folk, der rammes af alvorlig sygdom, at jeres erstatning bliver mindre og mindre hvert år.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At min forsikringssum for kritisk sygdom indeksreguleres, siden forsikringen blev tegnet, da det burde fremgå udtrykkeligt af policebetingelserne, at erstatningssummen IKKE indeksreguleres."

Selskabet har den 5/2 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen omhandler klagerens dækning ved visse kritiske sygdomme ('VKS'), som efter klagerens opfattelse burde være genstand for indeksregulering. Det må lægges til grund som ubestridt, at klageren har modtaget en dækning i overensstemmelse med aftalegrundlaget. Klagesagens genstand er derfor afgrænset til rimeligheden af den manglende indeksregulering.

Danica Pension gør gældende, at det er både rimeligt og sædvanligt, at en VKS-dækning ikke er indeksreguleret. Hvorvidt klageren er bekendt med, at andre selskaber tilbyder en VKS-dækning med indeksregulering – og prissætter dækningen derefter – er klagesagen uvedkommende.

Som anført i klagesvaret (vedlagt klagen), har klageren selv aktivt valgt den påklagede dækning, ligesom prisen for denne dækning er væsentlig lavere i dag end på aftaletidspunktet. Det må siges at være ganske rimeligt.

Det må derfor lægges til grund, at klageren er blevet behandlet med rimelighed, hvorfor sagen skal afvises.

Klageren har i øvrigt ikke anført noget grundlag for sin indsigelse om urimelighed – hverken med henvisning til aftale- og lovgrundlaget eller omstændighederne i øvrigt. Klageren har heller ikke anført hvilken regulering, der skulle gælde (der er forskellige former for indeksregulering) og med hvilken begrundelse.

På denne baggrund er det uklart, om klageren fremfører et økonomisk krav, hvorfor sagen også af denne grund skal afvises, jf. Ankenævnets vedtægter."

Klageren har i brev af 15/2 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabets svar ved [selskabets advokat] er efter min opfattelse uprofessionelt og uden antydningen af forståelse for en alvorlig situation. Sagen skal med andre ord bare 'væk fra advokatens bord'. Jeg vil derfor også tage min klage op til ledelsen, der så må vurdere, om [selskabets advokat]s svar er foreneligt med Danica Pensions standarder og i øvrigt også, om det har været hensigten, at netop en erstatning for kritisk sygdom, det mest alvorlige, man kan blive udsat for, at denne erstatning skal udhules år efter år, mens præmierne stiger efter udviklingen i nettoprisindekset og fx udbetalinger ved mistet erhvervsevne indeksreguleres, ligesom, det ikke udtrykkeligt fremgår, at Danica Pensions udbetalinger til kritisk sygdom *ikke* indeksreguleres, helt i modsætning af, hvad der er sædvanligt hos samtlige større forsikringsselskaber, hvor forsikringssummen af nævnte karakter da også indeksreguleres, eller også fremgår det klart, hvorvidt en specifik ydelse er undtaget. Det mangler fuldstændig i Danica Pensions forsikringsvilkår. Så må [selskabets advokat] tænke 'kværlant' alt det, han vil.

Når en repræsentant for Danmarks største pensionskasse begærer denne sag afvist i et noget ubehjælpeligt svar på 2 sider, er det under al kritik. Advokaten mener, at min klage skal afvises, dels fordi 'klageren er blevet behandlet med rimelighed', og at det er 'uklart', om der fremsættes et økonomisk krav.

For så vidt angår det hævdede, at 'klageren er blevet behandlet med rimelighed', er dette jo ikke et argument, der giver mening eller er muligt at argumentere imod. Solen står også op i morgen.

For så vidt angår andet led af afvisningspåstanden, at der ikke skulle være fremsat et økonomisk krav, er det desværre også forkert. Jeg vil gerne præcisere, jf. også nedenfor, at mit økonomiske krav er, at forsikringssummen/erstatningen indeksreguleres i overensstemmelse med den øvrige aftalte regulering i henhold til betingelserne. En sådan regulering vil føre til en yderligere erstatning på mere end kr. 100.000, så værdien af forsikringssummen svarer til værdien, da forsikringen blev tegnet.

Jeg har fået stillet en livsændrende diagnose om, at jeg har sklerose, og jeg har i den forbindelse klaget over, at forsikringssummen er den samme som for 10 år siden. Den udbetaling, jeg har fået, er med andre ord blevet voldsomt udhulet af inflationen over årene. Faktisk med mere end kr. 100.000, hvis forsikringssummen var blevet løbende indeksreguleret. Har det været hensigten og tanken, at forsikringstagere med noget så sjældent som kritisk sygdom, år for år, skal se deres forsikringssum udhulet, *samtidig* med, at den årlige præmie på forsikringen er steget. At stille spørgsmål ved dette, skal åbenbart føre til et krav om afvisning af klagen.

Forsikringsbetingelsernes bestemmelser om indeksregulering:

[Selskabets advokat] har ikke gidet (eller evnet) at forholde sig til policebetingelserne.

Danica Pension har foretaget indeksregulering af *samtlig*e præmiebetalinger, siden forsikringen blev tegnet.

Mine indbetalinger er steget som følger i perioden 2021 – 2024:

2021, pr. måned: kr. 4.171,30

2022, pr. måned: kr. 4.219,20

2023, pr. måned: kr. 4.590,10

2024, pr. måned: kr. 4.753,60

2025, pr. måned: kr. 4.801,50

Selskabet **opfordres (1)** til at bekræfte, at der er foretaget den ovenfor nævnte indeksregulering af mine indbetalinger til Selskabet i den nævnte periode.

Selskabet **opfordres (2)** derudover til at oplyse, hvilket regulering, der er foretaget af mine indbetalinger til Selskabet, siden forsikringen blev tegnet, eller i hvert fald så blot bekræfte, at der sket en årlig indeksregulering siden forsikringen blev tegnet.

Følgende fremgår af Selskabets betingelser, s. 32, [uddrag], mine fremhævelser:

*'(..)Vi har aftalt, at den samlede præmie sættes op. Det sker på den første forfaldsdag i året. Reguleringen af præmien sker efter **Danmarks Statistisk nettoprisindeks og udgør forholdet mellem de to foregående års juli-indeks***

og videre:

*'(..)Regulering af gruppeordninger, som Forenede Gruppeliv administrerer
Forenede Gruppeliv regulerer præmien og **dækningens størrelse** for gruppelivsforsikringen en gang om året.'*

Og

*'(..)Hvis dækningen ved tab af erhvervsevne udbetales
Vi regulerer en begyndt udbetaling ved tab af erhvervsevnen efter reglerne i Danica Pensions bonusregulativ*

og (idet bemærkes, at **Forenede Gruppeliv netop administrerer min forsikringsordning** med kritisk sygdom):

Regulering af gruppeordninger, som Forenede Gruppeliv administrerer

Forenede Gruppeliv regulerer præmien og dækningens størrelse for gruppelivsforsikringen en gang om året. Det sker som beskrevet i aftalen med Forenede Gruppeliv. Præmien beregnes ud fra alder og køn for alle, der er forsikrede i starten af forsikringsåret.

Øvre grænse for regulering af dækninger

Vi regulerer automatisk dækninger, så længe de ikke stiger mere end 25 procent om året. Stiger de mere end 25 procent, skal forsikrede give nye helbredsoplysninger, og vi skal vurdere, om de er tilfredsstillende.

Af ovennævnte vilkår fremgår det ikke klart eller udtrykkeligt, at udbetalinger for kritisk sygdom ikke indeksreguleres. Tværtimod nævnes det, at Forenede Gruppeliv en gang årligt regulerer 'dækningens størrelse'.

Der er kun oplyst følgende undtagelser for regulering, hvor kritisk sygdom ikke er nævnt:

'(..)Vi stopper med at regulere

- forsikringer, der er rene risikodækninger - altså uden en opsparingsdel - når der er mindre end et år tilbage af forsikringstiden*
- dækninger, hvis vi har aftalt, at præmiebetalingen skal stoppe, før dækningen ophører*
- dækningerne og præmien, når præmien ikke længere betales*
- præmien, hvis forsikrede har har præmiefritagelse i tre år, fordi han/hun har mistet **sin erhvervs-evne.***

Danica Pension **opfordres (3)** til at oplyse, **hvor** det af de gældende forsikringsbetingelser kan udledes, at der ikke skal ske indeksregulering af udbetalinger fra kritisk sygdom, administreret af Forenede Gruppeliv? Det gøres i den forbindelse gældende, at Danica Pension på tydelig vis og udtrykkeligt skulle have fremhævet, at der ikke sker indeksregulering af forsikringssummer for kritisk sygdom.

Det skal også indgå i Ankenævnets vurdering, at fx udbetalinger ved tab af erhvervsevne indeksreguleres, hvorfor **det er uklart**, at dette ikke også skulle gælde for udbetalinger ved kritisk sygdom. Denne uklarhed skal komme Selskabet til skade som koncipist af forsikringsaftalen.

Kutyme blandt andre selskaber:

Det er rigtigt, at andre forsikringsselskabers praksis om indeksregulering af forsikringssummer ved fx kritisk sygdom ikke forpligter Selskabet, men de øvrige større selskabers praksis på området, viser dog, at det generelt fremhæves udtrykkeligt, hvis der er undtagelser, altså forsikringsydelse, der ikke indeksreguleres.

Flere danske forsikringsselskaber, herunder [forsikringsselskab 2], [forsikringsselskab 3], [forsikringsselskab 4], [forsikringsselskab 5] og [forsikringsselskab 6], indeksregulerer deres forsikringssummer og dækninger årligt baseret på Danmarks Statistiks indekser. Dette sikrer, at dækningerne bevarer deres reelle værdi over tid.

Eksempler herpå, der underbygger, at der er tale om en forsikringsretlig branchekutyme:

[Forsikringsselskab 3]:

Én årlig indeksregulering fra 2022

*Alle priser i samfundet udvikler sig, og derfor er det standard i Danmark, at forsikringsbeløb bliver indeksreguleret en gang om året. Det nye er, at vi fra 2022 indeksregulerer alle beløb, der er nævnt i policer og vilkår, på samme tidspunkt, nemlig første gang du i et kalenderår betaler for din forsikring. **I dag indeksregulerer vi fx forsikringssummer og selvrisikobeløb 1. januar, mens prisen bliver indeksreguleret, når du skal betale for forsikringen.***

[Forsikringsselskab 2]

Hvad er indeksreguleringer?

En gang årligt foretager forsikringsselskaber en indeksregulering, så både værdier og priser er tidssvarende i nutidskronen. Denne regulering er en del af den almindelige opskrivning af forsikringer. Indekseringen sker hos alle forsikringsselskaber - inklusiv [forsikringsselskab 2]. En indeksregulering er generelt en regulering i værdien og prisen på dine forsikringer baseret på indekstabeller fra Danmarks Statistik. Reguleringen er baseret på samfundsudviklingen – prisen ændres derfor ikke, fordi forsikringen ændrer sig.

Hvorfor stiger prisen?

Prisen på ting, services og andre produkter udvikler sig i samfundet. Dine værdier kan også blive hævet med indeks. For at værdifastsættelsen af dine ting ikke bliver udhulet over tid, er det derfor vigtigt, at din forsikring følger denne udviklet. Udviklingen i værdi og pris følger fx lønindekset for den private sektor, som følger priserne i samfundet – der også påvirker erstatningerne ved skade.

Forsikringssummen og din selvrisiko ændrer sig ved årsskiftet. Reguleringen sker d. 1. januar hvert år og opdaterer din pris, forsikringssummer og selvrisiko. Du vil derfor opleve at prisen på din forsikring ændrer sig den dag, hvor du betaler for din forsikring første gang i et nyt år.

[Forsikringsselskab 4]:

En eventuel erstatning beregnes ud fra den indeksregulerede forsikringssum, der var gældende på det tidspunkt, hvor den begivenhed, som medførte skaden, indtrådte.

Præmie og forsikringssum reguleres én gang om året på første hovedforfald i kalenderåret. Første hovedforfald fremgår af policen.

Sygeforsikring.dk: (NB specifik undtagelse fremhævet):

Forsikringssummerne indeksreguleres 1. januar.

Følgende beløb indeksreguleres dog ikke:

- Dækning ved dødsfald: 50.000 kr.
- Hospitalskompensation: 300 kr./døgn.

[Forsikringsselskab 5] (NB tydelige og specifikke undtagelser oplistet)

9.3.2 Hvilke beløb og hvornår?

Forsikringssummer og andre beløb, der er nævnt i police eller vilkår, bliver indeksreguleret en gang om året den 1. januar, medmindre der i vilkårene eller på policen står, at der ikke bliver indeksreguleret, fx 100.000 kr. (indeksreguleres ikke)

Beløb som ikke indeksreguleres

Børneulykkesforsikring

-

Dækning ved dødsfald – 50.000 kr.

Børneforsikring og Børneforsikring Super

-

Dækning ved dødsfald – 50.000 kr.

-

Hospitalskompensation – 300 kr. pr. dag.

-

Økonomisk førstehjælp – 100.000 kr.

Voksenforsikring og Voksenforsikring Super

-

Økonomisk førstehjælp – 100.000 kr.

[Forsikringsselskab 6]

Vi regulerer prisen og forsikringssum for varigt mén for din forsikring efter Danmarks Statistiks lønindeks for den private sektor. Vi regulerer hvert år med den procent, som indekset steg eller faldt med i forhold til indekstallet for første kvartal i det forudgående kalenderår. Der reguleres i forhold til det indeksår, der står på policen.

Som det fremgår af ovennævnte, er indeksregulering af forsikringssummer almindelig praksis i forsikringsbranchen. Det synes også at være sådan, at det må fremhæves særligt, hvis en specifik ydelse, *ikke* skal indeksreguleres.

Det kan lægges til grund, at der ikke i Danica Pensions vilkår er oplyst en undtagelse i forsikringsvilkårene, hvor det fremgår, at udbetalinger for kritisk sygdom ikke indeksreguleres, mens i øvrigt udbetalinger for fx erhvervsevnetaberstatning reguleres. Der er ikke nogen sammenhæng, og det er i hvert fald uklart, hvad der specifikt skal gælde for kritisk sygdom.

Der findes ikke meget ankenævnspraksis om spørgsmålet, men i **AKF90845** fik en forsikringstager medhold i, at der skulle ske pristalsregulering af forsikringsydelse med følgende præmisser:

Nævnets flertal udtaler:

Flertallet finder, at aftalegrundlaget må forstås sådan, at der skal ske løbende pristalsregulering af forsikringsdækningen og forsikringsydelserne, og at der – uden bestemmelser i forsikringsbetingelserne om det modsatte – ikke er belæg for at antage, at en sådan pristalsregulering ikke tillige skal fortsætte, mens forsikringen er under udbetaling.

Særligt flertallets præmis '(..)uden bestemmelserne i forsikringsbestemmelserne om det modsatte' mener jeg er tilsvarende relevante i denne sag, hvor Danica Pension ikke har anført noget som helst om, at netop kritisk sygdom skulle være undtaget den sædvanlige pristalsregulering.

Det gøres herefter mere sammenfattende gældende,

At *Danica Pension* skal pålægges at indeksregulere forsikringssummen for kritisk sygdom, så erstatningsbeløbet i dag, svarer til værdien af kr. 450.000, da forsikringen blev tegnet. Reguleringen skal foretages efter den i øvrigt aftalte regulering i betingelserne, **dvs. årligt efter Danmarks Statistik Nettoprisindeks fra de to foregående års juliindeks.**

At *Danica Pension* ikke specifikt har undtaget indeksregulering af erstatninger for kritisk sygdom i betingelserne, hvilket *Danica Pension* burde have gjort, ligesom det er sædvanligt at gøre; dette er sædvanligt i andre selskaber,

At min forsikringsordning var administreret af Forenede Gruppeliv, hvis forsikringssumme indeksreguleres for gruppelivsforsikringen,

At *Danica Pension* regulerer præmiebetalinger men ikke dækninger, hvilket ikke er rimeligt og betyder, at der er betalt mere for dækning, der er udhulet af inflation i forsikringsperioden,

At uklarhed i forsikringsvilkårene skal fortolkes til fordel for forsikringstageren, jf. aftalelovens § 38b og forsikringsretlige grundprincipper. Når det ikke udtrykkeligt fremgår, at forsikringssummen ved kritisk sygdom ikke indeksreguleres og fx erhvervsevnetabs'erstatninger indeksreguleres, men derimod en liste af andre undtagelser er oplyst, skal denne tvivl komme mig til gode,

At der i øvrigt ikke er indtrådt forældelse for reguleringskrav mere end 3 år tilbage, da den absolute forældelsesfrist er 10 år."

Selskabet har i brev af 7/3 2025 til nævnet bl.a. anført:

"*Danica Pension* fastholder synspunkterne i ankenævnsvarskriftet, idet klagerens indlæg af 15. februar 2025 giver anledning til få afsluttende bemærkninger:

Det tilkommer klageren at indsende en direktionssklage, hvis klageren måtte være af den opfattelse, at undertegnede ikke har evne eller vilje til at håndtere klagerens sag. Det er imidlertid uvedkommende for klagesagens videre behandling.

Klageren har oprettet en pensionsordning, der både dækker ved tab af erhvervsevne og kritisk sygdom. Hvor erhvervsevnetabsdækningen træder i stedet for lønindtægten – og derfor skal dække klagerens leveomkostninger – er VKS-dækningen netop en skattefri engangsudbetaling, der er knyttet op på diagnosetidspunktet. Af samme årsag savner det mening, når klageren konsekvent anfører, at klagerens erstatning er udhulet 'over årene'.

Det må lægges til grund, at der er enighed om, at klageren har aftalt og betalt for en VKS-dækning på kr. 450.000 (der var den højest mulige). Klageren har ikke krav på en højere dækning end *Danica Pension* tilbyder – og det tilkommer ethvert forsikringsselskab, at fastlægge niveauet for de forsikringsrisici, man som selskab ønsker at påtage sig.

Danica Pension anerkender i øvrigt, at klageren har fået diagnosticeret en kritisk sygdom, og har fulgt udbetalt den aftalte dækning ved kritisk sygdom.

Klagerens gennemgang af forsikringsvilkårene understøtter, at det netop ikke fremgår, at VKS-dækningen er indeksreguleret. Hvis det komplette fravær af en aftalehjemlet ret til regulering af VKS-dækningen understøtter den modsatte slutning, ville det skabe en uholdbar retstilstand, der heller ikke er afspejlet i gældende praksis.

Endelig er det som at sammenligne æbler og pærer, når klageren oplister den samlede præmiebetaling til støtte for sit standpunkt. Der henvises til Danica Pensions klagesvar (vedlagt klageskemaet), der redegør for den drastiske reduktion i klagerens præmie for VKSdækningen, år efter år.

For god ordens skyld skal det præciseres, at Danica Pension med sprogbrugen 'afvisning' i ankenævnsvarskriftet henvises til Ankenævnets sprogbrug, når der ikke gives medhold i en klage. Det skal dog forstås mere bogstaveligt i relation til Danica Pensions indsigelse om det manglende økonomiske mellemværende, da fraværet af et økonomiske perspektiv er direkte reguleret i Ankenævnets vedtægter. Indsigelsen om det manglende økonomiske mellemværende frafaldes dog under henvisning til klagerens præciseringer i seneste indlæg.

Samlet set har klageren fået den VKS-dækning, der er købt og betalt, hvorfor sagen bør afvises i sin helhed. Klagesagen er efter Danica Pensions opfattelse færdigforberedt, og kan forelægges Ankenævnet på det foreliggende grundlag."

Klageren har i brev af 16/3 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg er enig med selskabets advokat i, at sagen bør kunne afgøres af Ankenævnet på det foreliggende grundlag. Jeg mener fortsat ikke, at min klage er urimelig, eller at der skulle være grundlag for at afvise klagen. Der er tale om et spørgsmål, der har stor økonomisk betydning i en periode med høj inflation, hvor - som dokumenteret - der synes at være branchekutyme for at det fremhæves, hvis IKKE en erstatning indeksreguleres, når modydelsen (præmien) årligt reguleres. Det burde i hvert fald være fremhævet tydeligt i mine betingelser. Det er ikke tilfældet. Jeg forstår heller ikke, hvordan selskabet kan fastholde, at min ydelse/præmie ikke er løbende reguleret. Det er den blevet i nominelle beløb, og det fremgår også af betingelserne, at præmiebetalingerne indeksreguleres. Jeg mener ikke, at det kan have været hensigten fra selskabets side, at en erstatning for noget så alvorligt som en kritisk sygdom skulle blive udhulet over årene, for det er, hvad der er sket. Kr.100.000 for 10 år siden svarer til et betydeligt større beløb end kr. 100.000 i dag.

Jeg ser frem til ankenævnets vurdering og stillingtagen til, hvad jeg opfatter som et principielt spørgsmål."

Selskabet har i brev af 18/3 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Danica Pension deler dog ikke klagerens opfattelse af, at der skulle være noget principielt ved klagesagen."

Selskabet har i brev af 5/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg vedlægger den senest udstedte police ekskl. forsikringsbetingelser, der allerede er fremlagt 3.1.2025 (dokumentet 11011034010116). Fsv angår gruppedækningerne i Forenede Gruppeliv, henvises der i policen på side 10 til www.fg.dk Jeg vedlægger de gældende FG-

Ankenævnet for Forsikring

9.

102836

forsikringsbetingelser (Generelle + Kritisk Sygdom). Reglerne om pristalsregulering findes i de Generelle betingelser § 17, der indledes 'Er pristalsregulering aftalt...' - og det er jo netop ikke tilfældet i denne sag."

Klageren har i brev af 27/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har følgende bemærkninger til selskabets bemærkninger fra d. 5. maj. Jeg henholder mig først og fremmest til det, jeg allerede har anført i mine tidligere indlæg.

I forhold til det anførte fra selskabet om henvisningen til de 'Generelle betingelser' i FG-forsikringsbetingelsernes § 17, så er det rigtigt, at det i denne bestemmelse fremgår, '(..) Er pristalsregulering aftalt, forhøjes de anførte grundsummer på forsikringens årsdato den 1. januar.' Selskabet skriver så videre, at det jo 'netop ikke er tilfældet i denne sag' og ikke yderligere. Dette er desværre ikke korrekt.

I den udstedte police (dokumentet 11011034010116) hedder det s. 28 under overskriften:

Regulering af præmie og udbetaling

og videre s. 29: (min fremhævelse)

Regulering af dækning ved Sundhedssikring

Dækningen er oprettet med en årligt stigende præmie, som afhænger af gruppens fordeling på alder og køn - det sker, fordi dækningen indgår i en gruppeordning

Regulering af gruppeordninger, som Forenede Gruppeliv administrerer

Forenede Gruppeliv regulerer præmien og dækningens størrelse for gruppelivsforsikringen en gang om året. Det sker som beskrevet i aftalen med Forenede Gruppeliv

Øvre grænse for regulering af dækninger

Vi regulerer automatisk dækninger, så længe de ikke stiger mere end 25 procent om året.

Selv med en nærlæsning af de nævnte betingelser, så mener jeg, at det fremgår, at Forenede Gruppeliv, citat under overskriften, 'Regulering af gruppeordninger som Forenede Gruppeliv administrerer', at Forenede Gruppeliv **'regulerer præmien og dækningens størrelse for gruppelivsforsikringen en gang om året'**. Det skal erindres, at Forenede Gruppeliv er forsikringsformidler og ejes af bl.a. Danica Pension, jf. § 23, s. 17.

I tillæg til det jeg tidligere har anført om, at det tydeligt burde fremgå, hvis en dækningssum ikke skulle reguleres, så mener jeg ovenstående faktisk taler i direkte retning for, at der faktisk er indgået aftale om, at dækningen skal reguleres en gang årligt. Hvis ikke ankenævnet er enig heri, så mener jeg – som tidligere gjort gældende – at det klart skulle være fremhævet/tydeliggjort, hvis en dækningssum for kritisk sygdom **IKKE** skulle indeksreguleres men i stedet udhules år efter år, mens præmiebetalingerne er steget. Jeg tvivler sådan set også på, at det har været hensigten fra start af."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af selskabet brev af 28/6 2024 fremgår bl.a.:

"Den 1. januar 2016 oprettede du en pensionsordning med forsikringsnummer ... via rammeaftalen for Pension for Selvstændige (herefter PFS). Pensionsordningen indeholdt blandt andet en dækning ved visse kritiske sygdomme.

I rammeaftalen kan man vælge mellem følgende dækninger ved visse kritiske sygdomme; 1) 150.000 kroner, 2) 300.000 kroner eller 3) 450.000 kroner. Du har valgt en dækning på 450.000 kroner. Det betyder, at du har den dækning, du selv har valgt. Der står ikke i dine forsikringsbetingelser, at dækningen skal reguleres, derfor har du et fast kronebeløb.

Det samme gør sig i øvrigt gældende for engangsudbetaling ved dødsfald på 300.000 kroner samt engangsudbetaling ved din eventuelle ægtefælles død på 50.000 kroner. Disse dækninger ligger også fast, medmindre du aktivt ændrer dem. Vi kan se, at du netop har valgt at forhøje din dækning ved dødsfald fra 300.000 kroner til 2.100.000 kroner.

Prisen for dækningen ved visse kritiske sygdomme

Vi har justeret prisen for din kritisk sygdom-dækning igennem årene, men du betaler mindre for dækningen i dag, end du gjorde, da vi oprettede den.

Da du oprettede din pensionsordning tilbage i 2016, kostede din dækning 262,13 kroner om måneden. I 2017 forhøjede vi prisen til 270 kroner om måneden, og denne pris har været gældende for årene 2018 samt 2019. I 2020 nedsatte vi prisen fra de 270 kroner til 175,50 kroner gældende for årene 2020 og 2021. I 2022 nedsatte vi prisen igen fra 175,50 kroner til 166,73 kroner, og denne pris er stadig gældende."

Af police af 2/7 2024 fremgår bl.a.:

"Hvis du får en kritisk sygdom

Engangsudbetaling inden 01.03.2047.... 450.000"

Af de af klageren fremlagte forsikringsbetingelser for pension for selvstændige, Danica Link fremgår bl.a. (betingelsernes s. 28 og 29):

"Regulering af præmie og udbetaling"

...

Regulering af gruppeordninger, som Forenede Gruppeliv administrerer

Forenede Gruppeliv regulerer præmien og dækningens størrelse for gruppelivsforsikringen en gang om året. Det sker som beskrevet i aftalen med Forenede Gruppeliv. Præmien beregnes ud fra alder og køn for alle, der er forsikrede i starten af forsikringsåret.

Øvre grænse for regulering af dækninger

Vi regulerer automatisk dækninger, så længe de ikke stiger mere end 25 procent om året.

Stiger de mere end 25 procent, skal forsikrede give nye helbredsoplysninger, og vi skal vurdere, om de er tilfredsstillende."

Af forsikringsbetingelserne for gruppelivsforsikringen fremgår bl.a.:

"Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring

...

§ 17. Pristalsregulering

Er pristalsregulering aftalt, forhøjes de anførte grundsummer på forsikringens årsdato den 1. januar. Forhøjelsen sker i samme forhold som forhøjelsen af Danmarks Statistiks lønindeks for den private og offentlige sektor (ILON 12, 22 og 32).

Stigningen i den private sektor vægtes med halvdelen, mens stigningen i den statslige og kommunale sektor hver vægtes med en fjerdedel. Indekset fra 1. kvartal 2 år før til 1 år før forsikringsåret angiver stigningen. Falder indekset, fastholdes den før nedsættelsen opnåede forsikringsdækning.

...

Dækning ved visse kritiske sygdomme

§ 1.

...

Når en diagnose er stillet, som krævet i forsikringsbetingelserne, kan forsikringssummen udbetales.

Der anvendes de forsikringsbetingelser, og der udbetales den forsikringssum, som var gældende den dag, hvor diagnosen blev stillet."

Nævnet udtaler:

Klageren blev af selskabet anerkendt en dækning for visse kritiske sygdomme og fik i den forbindelse en erstatning på 450.000 kr. Klageren ønsker, at erstatningsbeløbet forhøjes, idet beløbet ikke er blevet indeksreguleret, siden klagerens forsikring blev tegnet i 2016. Selskabet har afvist dette med henvisning til, at klageren har modtaget en dækning i overensstemmelse med aftalegrundlaget, der ikke indeholder bestemmelser om regulering af summen ved visse kritiske sygdomme.

Klageren har anført, at en indeksregulering af summen ville føre til en yderligere erstatning på mere end 100.000 kr. Klageren har anført, at det burde fremgå tydeligt af forsikringsbetingelserne og/eller policen, at forsikringssummen ikke bliver indeksreguleret. Klageren har anført, at udbetalinger ved tab af erhvervsevne indeksreguleres, hvorfor det er uklart, at det ikke også skulle gælde ved udbetalinger for kritisk sygdom. Klageren har anført, at flere andre danske forsikringsselskaber indeksregulerer deres forsikringssummer og dækninger årligt.

Selskabet har anført, at det er både rimeligt og sædvanligt, at en kritisk sygdomsdækning ikke er indeksreguleret, og hvorvidt klageren er bekendt med, at andre selskaber tilbyder dækning med indeksregulering, er klagesagen uvedkommende. Selskabet har anført, at klageren selv aktivt har valgt og betalt for dækningen på 450.000 kr. Selskabet har anført, at det tilkommer ethvert forsikringsselskab at fastlægge niveauet for de forsikringsrisici, man som selskab ønsker at påtage sig.

Det fremgår af selskabets brev af 28/6 2024, at "Den 1. januar 2016 oprettede du en pensionsordning med forsikringsnummer ... via rammeaftalen for Pension for Selvstændige (herefter PfS). Pensionsordningen indeholdt blandt andet en dækning ved visse kritiske sygdomme. I rammeaftalen kan man vælge mellem følgende dækninger ved visse kritiske sygdomme; 1) 150.000 kroner, 2) 300.000 kroner eller 3) 450.000 kroner. Du har valgt en dækning på 450.000 kroner. Det betyder, at du har den dækning, du selv har valgt. Der står ikke i dine forsikringsbetingelser, at dækningen skal reguleres, derfor har du et fast kronebeløb... Vi har justeret prisen for din kritisk sygdom-dækning igennem årene, men du betaler mindre for dækningen i dag, end du gjorde, da vi oprettede den. Da du oprettede din pensionsordning tilbage i 2016, kostede din dækning 262,13 kroner om måneden. I 2017 forhøjede vi prisen til 270 kroner om måneden, og denne pris har været gældende for årene 2018 samt 2019. I 2020 nedsatte vi prisen fra de 270 kroner til 175,50 kroner gældende for årene 2020 og 2021. I 2022 nedsatte vi prisen igen fra 175,50 kroner til 166,73 kroner, og denne pris er stadig gældende".

Det fremgår af forsikringsbetingelserne for Gruppelivsforsikring § 17, at hvis pristalsregulering er aftalt, forhøjes de anførte grundsummer på forsikringens årsdato den 1. januar. Det fremgår af forsikringsbetingelserne for dækning ved visse kritiske sygdomme § 1, at der anvendes de forsikringsbetingelser, og der udbetales den forsikringssum, som var gældende den dag, hvor diagnosen blev stillet.

Ankenævnet for Forsikring

13.

102836

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets afgørelse. Nævnet har derfor ikke grundlag for at pålægge selskabet at udbetale dækning ud over den udbetalte sum på 450.000 kr.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at der i forsikringsaftalen ikke er bestemmelser om, at selskabet løbende skal regulere summens størrelse ved dækningen for visse kritiske sygdomme, og at selskabet i overensstemmelse med oplysningerne i policen har udbetalt summen, som var gældende den dag, hvor diagnosen blev stillet.

Nævnet har videre henset til, at der ikke er fremlagt oplysninger, der understøtter, at klageren på andet grundlag skulle være bibragt en berettiget forventning om indeksregulering af summen.

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.



Peter Thønnings