

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 17. december 2025 blev i sag nr. 103342:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Nordea Pension, Livsforsikringsselskab A/S
Grønjordsvej 10
2300 København S

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sundhedsforsikring. I klageskema af 31/3 2025 har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"Kunden har hele tiden været overbevist om at hun ([klageren]) var dækket af hendes sundhedsforsikring, som hun havde igennem hendes tidligere arbejdsgiver [...]. I alle breve der bliver sendt til hende fra Nordea Pension, står hun på, og også som forsikringstager (hvorfor hun tænker at så er hun dækket). Hun fik en rykker fra Nordea pension tilbage i år 2019, som er blevet betalt, og siden har hun ellers ikke hørt fra dem, andet end når hun skulle betale regningen en gang årligt. Hun er heller ikke blevet orienteret omkring at hun ikke var tilmeldt sundhedsforsikringen, ej heller blevet tilbudt at videreføre den privat, da hun ikke var tilknyttet hendes tidligere arbejdsgiver på et tidspunkt. Hun er heller ikke på noget tidspunkt blevet orienteret om hvem der ikke stod på policen. Hvordan skulle hun kunne regne ud at hun ikke længere var tilmeldt denne sundhedsforsikring, og at det kun var hendes [barn] der stod på? [klageren] modtog endda behandling via hendes sundhedsforsikring tilbage i år 2023, hvilket jo bare bekræfter at hun har/havde en sundhedsforsikring, jeg spørger igen, hvordan skulle hun vide at hun ikke var tilmeldt / ikke stod på denne sundhedsforsikring? Hendes [barn] kunne godt få forlænget hendes sundhedsforsikring, selvom hun ikke kunne forsætte med denne arbejdsgiver sundhed (hvilket hun så skulle have været slettet for, for længe siden).

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Kunden vil gerne opnå det at kunne bibeholde sin anciennitet, og videreføre hendes sundhedsforsikring et andet sted, i stedet for at skulle starte forfra."

Ankenævnet for Forsikring

2.

103342

Selskabet har den 9/5 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Nordea Pension, tidligere Topdanmark Livsforsikring, og i det følgende Selskabet, skal her vende tilbage med klagesvar i sagen.

[...]

Selskabets påstande

Selskabets principale påstand er, at klagen skal afvises, jf. nævnets vedtægter § 4, stk. 2 og § 4, stk. 3, nr. 2.

Selskabets subsidiære påstand er, at Klager ikke får medhold.

Klagens tvistpunkt

[klageren], i det følgende Klager, har, jf. det udfyldte webskema, oplyst, at det, som der ønskes opnået med klagen, er:

'Kunden vil gerne opnå det at kunne bibeholde sin anciennitet, og videreføre hendes sundhedsforsikring et andet sted, i stedet for at skulle starte forfra.'

Selskabet forstår klagen således, at Klager har klaget til ankenævnet over, at Selskabet har afvist at videreføre hendes sundhedsforsikring i Selskabet, dvs. indgå aftale om fortsættelsesforsikring i Selskabet, med tilbagevirkende kraft fra den 1. juni 2019, hvor hun, som følge af hendes ansættelsesophør hos [arbejdsgiver], udtrådte af sundhedsforsikringen.

Klager ønsker at oprette fortsættelsesforsikringen i Selskabet pr. 1. juni 2019, og indbetale præmie fra den 1. juni 2019 til Selskabet, med henblik på at oprette en ny sundhedsforsikring i et andet forsikringsselskab uden karens.

Begrundelse for afvisning

Klager har ikke dokumenteret, at der foreligger en konkret tvist med et andet forsikringsselskab, og dermed, om Klager er blevet afvist at oprette en sundhedsforsikring uden karens i et andet forsikringsselskab.

Hertil kommer, at det andet forsikringsselskab, som Klager ønsker at indgå en aftale med, ikke er part i denne sag.

Uanset om Selskabet pr. kulance valgte at videreføre Klagers sundhedsforsikring i selskabet efter Klagers fratrædelse hos [arbejdsgiver], kan hverken Selskabet eller Ankenævnet for Forsikring forpligte et andet forsikringsselskab til at acceptere en sådan videreførelse og dermed, at Klager kan indtræde i en anden sundhedsforsikring uden karenperiode.

Endeligt er det Selskabets opfattelse, at det som Klager ønsker at opnå, at hun vil undgå en karenperiode i et andet forsikringsselskab, må anses som en omgåelse af det andet forsikringsselskabs indtegningsbestemmelser.

En aftale om, at Selskabet skal etablere en fortsættelsesforsikring for Klager alene med det formål, at Klager skal omgå indtegningsbestemmelserne i et andet forsikringsselskab, er, efter Sel-

skabets opfattelse, i strid med lov og ærbarhed, jf. DL 5-1-2, og derfor ikke egnet til pådømmelse i ankenævnet, hvorfor sagen også af denne grund skal afvises.

oOo

For det tilfælde, at Ankenævnet for Forsikring finder, at ankenævnet kan tage sagen til pådømmelse, skal nedenstående fremhæves.

Bedømmelsesgrundlaget

Klagers tidligere sundhedsforsikring er reguleret af forsikringsbetingelser 6523, som dermed udgør aftalegrundlaget mellem Klager og Selskabet.

Forsikringsbetingelserne fremlægges som **bilag A**.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

Punkt 1 Finanssektorens Sundhedssikring Basis og Udvidet

'Stk. 1. Forsikringsbetingelserne gælder for Finanssektorens Sundhedssikring Basis og Finanssektorens Sundhedssikring Udvidet, oprettet i Topdanmark Livsforsikring A/S, i det følgende kaldet Topdanmark.

Stk. 2. *For at være dækket af forsikringen er det et krav, at*

- *man er ansat i en finansiel virksomhed eller*
- *er medlem af en pensionskasse eller en forening i den finansielle sektor, der har indgået aftale med Topdanmark om sundhedssikring eller*
- *man er ægtefælle, samlever eller barn til en sådan person.'*

[...]

Punkt 17 Ophør

'Stk. 1. Forsikringen ophører ved udgangen af den måned, hvori:

- a. *Forsikrede ophører med at have folkeregisteradresse i Norden eller Tyskland, medmindre forsikrede er udstationeret, se punkt 3 stk. 8*
- b. *forsikrede, når denne er en ægtefælle, samlever eller barn ophører med at have folkeregisteradresse i Danmark, medmindre forsikrede er bosat i udlandet pga. den ansattes udstationering, se punkt 1. stk. 4.*
- c. *Forsikrede er optaget på plejehjem, beskyttet bolig eller tidsubegrænset eller varigt er anbragt på døgninstitution, psykiatrisk hospital eller anden behandlingsinstitution.*
- d. *Forsikrede udtræder af ordningen.*
- e. *Forsikrede afgår ved døden.*
- f. *Den aftalte udløbsdato opnås.*
- g. *Præmien ikke betales.*

Stk. 2. *For ansatte i en finansiel virksomhed eller for medlemmer af en pensionskasse eller forening, hvorigennem de er berettiget til sundhedssikring, ophører forsikringen, hvis forsikrede fratræder den finansielle virksomhed, eller hvis forsikrede ikke længere er berettiget til sundhedssikring gennem pensionskassen eller foreningen.*

Stk. 3. *For ægtefæller, samlever og børn til en ansat i en finansiel virksomhed eller et medlem af en pensionskasse eller en forening i den finansielle sektor bortfalder forsikringen med udgangen af den måned, hvori den ansatte fratræder sin stilling i den finansielle virksomhed, eller den måned, hvor medlemmet ikke længere er berettiget til en sundhedssikring gennem pensionskassen eller foreningen. Forsikringen bortfalder ligeledes, hvis ægteskabet eller samlivet med denne person ophører.*

Stk. 4. For ægtefæller og samlever ophører forsikringen endvidere med udgangen af den måned, hvori de fylder 65 år. For børn ophører forsikringen med udgangen af den måned, hvor barnet fylder 18 år.

Stk. 5. Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt den overordnede aftale om sundhedssikring mellem den finansielle virksomhed, pensionskassen eller foreningen og Topdanmark ophører.'

[...]

Punkt 19 Fortsættelse af Sundhedssikringen

'Stk. 1. Er forsikringsaftalen indgået som en gruppeaftale eller som led i et ansættelsesforhold, og bortfalder forsikringen som følge af fratrædelse, kan forsikrede vælge at etablere sundhedssikring i Topdanmark under hensyntagen til de til enhver tid gældende etableringsregler og tilbudte virkemåder for private sundhedssikringer, det vil sige regler om maksimal indtrædelsesalder, dækningsstørrelse, beregning af præmie mv. Samme mulighed gælder i det tilfælde, hvor medlemskabet af en pensionskasse eller en forening i den finansielle sektor ikke længere berettiger til sundhedssikring

gennem pensionskassen.

Stk. 2. Er forsikredes alder højere end udløbsalderen på Topdanmarks Sundhedssikring kan forsikringen ikke etableres i Topdanmark.

Stk. 3. Forsikrede skal senest 3 måneder efter forsikringens ophør kontakte Topdanmark for at udnytte muligheden for at fortsætte forsikringen.'

Topdanmark Livsforsikring A/S/Topdanmark er efterfølgende blevet til Selskabet.

Forløbet

Klager blev, som følge af hendes ansættelse i [arbejdsgiver], omfattet af sundhedsforsikring i Selskabet pr. 1. juli 2005, hvor forsikringsordningen blev etableret.

Al korrespondance om etablering af sundhedsforsikringen blev varetaget af [arbejdsgiver], og Selskabet var ikke en del af denne.

Klager **opfordres** til at fremlægge det materiale, som hun modtog i forbindelse med oprettelsen af hendes sundhedsforsikring i Selskabet.

Klagers sundhedsforsikring blev etableret under forsikringsnummer ...

Da sundhedsforsikringen var oprettet som led i Klagers ansættelsesforhold, blev sundhedsforsikringen betalt via Klagers [arbejdsgiver]. Klager modtog således ikke nogen præmieopkrævning for hendes sundhedsforsikring.

Klager kontaktede Selskabet i 2013, fordi hun ønskede at tegne sundhedsforsikring for hendes børn, [barn2] og [barn1].

Da sundhedsforsikringen var en afledet ret af Klagers sundhedsforsikring via hendes ansættelse i [arbejdsgiver], blev børnenes sundhedsforsikring etableret som Familiesundhedssikring under forsikringsnummer ...

Familiesundhedsforsikringen blev oprettet til børnene pr. 1. marts 2013, jf. **bilag B**.

Af forsikringsmeddelelsen, som blev sendt til Klager (forsikringstager), fremgår blandt andet:
'For at være dækket af sundhedssikringen, er det et krav, at du er barn af en ansat i [arbejdsgiver].

Du har pligt til at underrette os, hvis

- *du ikke længere er ansat i [arbejdsgiver]*
- *du og eventuelt omfattende børn ikke længere har folkeregisteradresse Danmark i de tilfælde ophører forsikringen.'*

Klager modtog selvstændig opkrævning for børnenes sundhedsforsikring.

Selskabet modtog ved årsskiftet 2018/2019 ikke præmiebetaling for børnenes sundhedsforsikring, hvorfor Selskabet sendte en rykker for betaling heraf den 22. januar 2019, jf. **bilag C**.

Præmien for børnenes sundhedsforsikring blev efterfølgende betalt, og forsikringen fortsatte uændret.

Da [barn1] fyldte ... år den ... 2019, ophørte hendes dækning pr. ... 2019, jf. forsikringsbetingelserne, bilag A, 17, stk. 4. Aldersgrænsen i forsikringsbetingelserne på 18 år er overenskomstmæssigt efterfølgende sat op til 21 år.

Al korrespondance mellem Klager og Selskabet vedrørende Klagers børn blev sendt til Klager i hendes egenskab af forsikringstager men med henvisning til forsikringsnummer ...

Selskabet modtog den 23. juni 2020 meddelelse fra [arbejdsgiver] om, at Klager var fratrådt virksomheden den 1. juni 2019, jf. **bilag D**, hvorfor Klagers sundhedsforsikring ophørte pr. fratrædelsesdatoen, jf. forsikringsbetingelserne, bilag A, § 15, stk. 2.

Klager havde ikke selv kontaktet Selskabet og oplyst, at Klager var fratrådt i [arbejdsgiver].

Da Klager kontaktede Selskabet i 2023, hvor hun anmodede om dækning under hendes sundhedsforsikring, bevilligede Selskabet ved en fejl Klager dækning under den børnesundhedsforsikring, som [barn2] fortsat havde i selskabet.

Klager kontaktede Selskabet omkring årsskiftet 2024/2025, da hun ønskede at gøre brug af sin (tidligere) sundhedsforsikring i Selskabet. Selskabet, der i forbindelse med nyt IT-system nu havde registreret, at Klager var fratrådt hos [arbejdsgiver], meddelte Klager, at hendes sundhedsforsikring var ophørt i forbindelse med hendes fratræden hos [arbejdsgiver] pr. 1. juni 2019, og at der derfor ikke kunne bevilliges dækning.

Selskabet bragte i den forbindelse [barn2] familiesundhedssikring til ophør, og returnerede forudbetalt forsikringspræmie til Klager.

Klager indgav herefter, via sin repræsentant, klage til den klageansvarlige i Selskabet den 31. januar 2025, jf. **bilag E**, hvor Klager gjorde gældende, at hun troede, at hun var omfattet af sundhedsforsikring i Selskabet på grund af, at hun løbende modtog breve, meddelelser og opkrævninger vedrørende [barn2] sundhedsforsikring.

Selskabet besvarede den 28. marts 2025 klagen, hvor Selskabet fastholdt, at Klagers sundhedsforsikring var ophørt i forbindelse med hendes fratrædelse den 1. juni 2019, og at det var en fejl, at hun var bevilliget dækning i 2023, hvilket hun – naturligvis – ikke skulle betale for, ligesom Selskabet heller ikke ville opkræve forsikringspræmie for perioden fra 1. juni 2019 og frem, jf. **bilag F**.

For så vidt angår [barn2] sundhedsforsikring, havde denne, i perioden fra 1. juni 2019 og frem til 1. januar 2025, været opretholdt med en for lav forsikringspræmie fordi den havde stået registreret som en børnedækning for en medarbejder i [arbejdsgiver].

Selskabet ville imidlertid ikke opkræve ekstra præmie for perioden fra den 1. juni 2019 og frem til 1. januar 2025, hvor [barn2] sundhedsforsikring – med forsikringstagers accept – bliver ændret til en individuel sundhedsforsikring.

Sagen er herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Selskabets stillingtagen

Selskabet har i forbindelse med sagens indbringelse for Ankenævnet gennemgået sagen på ny. Selskabet fastholder sin tidligere afgørelse, idet Selskabet har lagt særligt vægt på følgende forhold.

For så vidt angår den principale påstand om afvisning gøres det gældende, at Klagers formål med at oprette en fortsættelsesforsikring alene er med henblik på at undgå en indtrædelseskarens i et andet forsikringsselskab.

Klagers påstand og hensigt med klagen synes derved alene at ville omgå et andet forsikringsselskabs indtrædelsesbestemmelser.

Det vil således stride mod al rimelighed, hvis Selskabet pålægges at medvirke til at Klager omgå et andet forsikringsselskabs indtrædelsesbestemmelser ved – mod aftalegrundlaget – at acceptere en fortsættelsesforsikring med tilbagevirkende kraft, og i øvrigt være i strid med lov og ærbarhed, jf. DL 5-1-2, og i forlængelse heraf og ikke udtømmende UfR 2000.631 H.

Et andet forsikringsselskab vil endvidere, efter Selskabets opfattelse, kunne afvise at nytegne en sundhedsforsikring uden karens, når forudsætningerne herfor er en omgåelse af reglerne for etablering af en fortsættelsesforsikring.

Det er samtidig Selskabets opfattelse, at Ankenævnet for Forsikring ikke ved en kendelse i denne sag kan forpligte det andet forsikringsselskab til at oprette en sundhedsforsikring uden karens, idet et andet forsikringsselskab hverken er part i denne sag eller har en sådan kontraheringsforpligtigelse.

For det tilfælde, at Ankenævnet for Forsikring finder, at ankenævnet kan tage sagen under pådømmelse, gøres følgende gældende.

I henhold til forsikringsbetingelserne er det, for at være omfattet af Finanssektorens Sundhedssikring, et krav, at man er omfattet af den personkreds, der fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 1, og dermed, at man er ansat i en finansiel virksomhed eller er medlem af en pensionskas-

se eller en forening i den finansielle sektor, der har indgået aftale med Selskabet om sundhedsforsikring.

Klager ophørte de facto den 1. juni 2019 med at være omfattet af den personkreds, der er berettiget til at være omfattet af sundhedsforsikringen.

Al korrespondance vedrørende indtegning og ophør i [arbejdsgiver]'s sundhedsforsikringsordning blev varetaget af Klagers tidligere arbejdsgiver, hvilket også understøttes af, at Selskabet først i juni 2020 modtog meddelelse om, at Klager var fratrådt den 1. juni 2019.

Ankenævnet kan – ubestridt – lægge til grund, at Klager ikke kontaktede Selskabet med anmodning om etablering af en fortsættelsesforsikring, hvorfor Klagers sundhedsforsikring ophørte pr. fratrædelsesdatoen.

At Selskabet ved en fejl ydede Klager forsikringsdækning i 2023 ændrer ikke herpå. Selskabets fejl medfører ikke, at Klager har opnået rettigheder, der går ud over aftalegrundlaget.

Klager har heller ikke betalt for nogen sundhedsforsikring for hende selv, idet hun alene er opkrævet præmie for den sundhedsforsikring, der var gældende for hendes [børn].

Det har også fremgået af de opkrævninger, som Klager har modtaget, at det vedrørte forsikringsnummer ..., og fra 2019 at det vedrørte [barn2].

Den rykkerskrivelse, som Klager modtog den 22. januar 2019, var før Klager fratrådte hos [arbejdsgiver], og kan således ikke tillægges nogen betydning for pådømmelsen af forholdet, da Klager under alle omstændigheder på dette tidspunkt ikke selv foretog nogen direkte præmiebetaling for hendes egen forsikring.

Det har utvetydigt fremgået af forsikringsmeddelelsen vedrørende Klagers børn, at Familiesundhedssikringen var oprettet under forudsætning af, at aftaleforholdet var oprettet under forudsætning af, at Klager var ansat hos [arbejdsgiver].

Sammenfattende

Sammenfattende fastholdes det, at Klager ikke skal have medhold."

Klagerens repræsentant har i kommentar af 20/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Hermed ydeligere info fra min kunde:

1 - jeg troede jo, at jeg var dækket frem til nu og ikke kun 2019 - da jeg fik fortalt af Nordea, at det ikke var tilfældet - vil jeg have mulighed for at flytte med anciennitet til andet selskab (troede stadig det var fra nu og ikke tilbage til 2019)

2- det vidste Topdk, da jeg pr tlf talte med dem - fordi jeg havde fået en skriftlig rykker af ubetalt regning - det giver sig selv at jeg blev afskediget pr 31/3 2019 og derfor ikke længere fik min forsikring betalt via [arbejdsgiver/fagforening] - og derfor skulle have Giro sendt til egen private konto.

3- at det 'kun' var [barn1 og 2] forsikring og ikke min egen jeg betalte for anede jeg virkelig ikke - eftersom jeg aldrig selv havde betalt den før men via mit arbejde - og eftersom jeg jo troede at jeg nu betalte for alles forsikringer privat og stadig modtog betalt behandling til mig selv."

Selskabet har i brev af 23/6 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har modtaget Klagers kommentar af 20. maj 2025, der indeholder 'svar fra min kunde', og hvor der er indsat tre punkter uden yderligere henvisning eller forklaring.

Selskabet fastholder det tidligere anførte i det hele, og skal herved fremkomme med følgende.

Supplerende sagsfremstilling

Ad Klagers punkt 1

For så vidt angår punkt 1, henvises der til Selskabets klagesvar, at Klagers sundhedsforsikring ophørte i forbindelse med, at hun fratrådte sin stilling hos [arbejdsgiver], jf. aftalegrundlagets bestemmelser herom.

Ad Klagers punkt 2

Selskabet er i tvivl om, hvad Klager mener med punkt 2. Klager modtog den 22. januar 2019, jf. bilag C, en rykker for betaling af den sundhedsforsikring, som hun havde tegnet til sine børn.

Klager har i sine kommentarer af 20. maj 2025 oplyst, at hun blev opsagt fra [arbejdsgiver] den 31. marts 2019. Klagers arbejdsgiver har, jf. bilag D, oplyst overfor Selskabet, at Klager fratrådte den 1. juni 2019.

Uanset om Klager formelt blev opsagt den 31. marts 2019, ligger den fremsendte rykker, jf. bilag C, *forud* herfor. Rykkerskrivelsen kan derfor heller ikke tidsmæssigt, være en rykker for Klagers egen sundhedsforsikring. Det må derfor have formodningen imod sig, at Klager skulle have troet, at rykkeren vedrørte hendes egen forsikring.

Ad Klagers punkt 3

Vedrørende Klagers punkt 3, henvises der til det tidligere anførte.

Sammenfattende

Sammenfattende fastholdes det, at Klager ikke skal have medhold."

Klagerens repræsentant har i kommentar af 25/6 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Vi syntes det er under alt kritik at der skal gå så lang tid før der kommer svar fra Nordea, og uden at der er nyt i sagen (det virker som om de trækker sagen i langdrag). Ad Klagers punkt 1, min kunde informeres IKKE om at hendes sundhedsforsikring er ophørt pga. hendes fratrædelse (som også nævnt før). Ad Klagers punkt 2, min kunde kontakter Nordea i starten af januar 2019 (hun har spørgsmål til sundhedsforsikringen, og skal evt. bruge den), og får her at vide at den er slettet pga. den ikke er betalt (som den ellers plejer via PBS), indtil da har hun intet fået at vide, ej heller at den kun skulle dække hendes børn, hvilket de heller ikke siger noget om i telefonsamtalen, andet end hun får lov til at betale med tilbagevirkende kraft, og så er alt jo godt, og [klageren] og hendes børn er dækket af sundhedsforsikringen [klageren]. [klageren] får endvidere endnu en behandling i år 2023, så hvordan skulle hun ellers tro at hun ikke var dækket (sammen med hendes børn) af sundhedsforsikringen?? og indtil da har kunden ellers ikke fået besked om andet. Ja, hun har handlet i god tro."

Selskabet har i brev af 15/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet fastholder det tidligere anførte i det hele, og skal herved fremkomme med følgende.

Klagers bemærkninger af 25. juni 2025 giver alene anledning til følgende.

Supplerende sagsfremstilling

Med henvisning til Selskabets klagesvar af 9. maj 2025, har Selskabet opfordret Klager til at fremlægge det materiale, som hun modtog i forbindelse med, at hendes sundhedsforsikring blev oprettet via ansættelsen i [arbejdsgiver].

Klager har ikke imødekommet dette. Ankenævnet må, i mangel af bevisligheder for andet, lægge til grund, at Klager også i den forbindelse er gjort udtrykkeligt opmærksom på, at hendes sundhedsforsikring alene var gældende under hendes ansættelse i [arbejdsgiver], og at forsikringen ville bortfalde, hvis ikke hun valgte at tegne en fortsættelsesforsikring, sådan som det fremgår af forsikringsbetingelserne og det øvrige aftalegrundlag mellem Selskabet og [arbejdsgiver].

Klager havde siden 2005 været omfattet af sundhedsforsikring, som var arbejdsgiversbetalt, og i januar 2019 var hun fortsat ansat i [arbejdsgiver] i uopsagt stilling.

Det må bero på efterrationaliseringer, når Klager nu gør gældende, at hun i januar 2019 troede, at Selskabets rykkerskrivelse vedrørte hendes egen sundhedsforsikring. Klager betalte ikke selv for sin sundhedsforsikring i januar 2019, og havde på intet tidspunkt forud herfor, selv betalt for sundhedsforsikringen.

Klager gør nu gældende, at hun i januar 2019 havde telefonisk kontakt med Selskabet, og at hun i den forbindelse ikke blev oplyst om, at sundhedsforsikringen ikke dækkede hende.

Selskabet har ikke noteret denne telefoniske henvendelse, og stiller sig uforstående overfor, at Klager først nu fremkommer med disse oplysninger.

Det skal i forlængelse heraf understreges, at Klager, i januar 2019, fortsat var omfattet af sundhedsforsikring via hendes – uopsagte - ansættelse i [arbejdsgiver], hvorfor Selskabet naturligvis ikke kan have givet udtryk for andet, end at hun fortsat var omfattet af sundhedsforsikringen i januar 2019.

Faktum er,

- at Selskabet løbende har orienteret Klager om hendes forsikringer i Selskabet, hvoraf det har fremgået, at det alene var hendes børn, der var omfattet af den individuelle sundhedsforsikring,
- at Klagers sundhedsforsikring ophørte i forbindelse med hendes fratrædelse pr. 1. juni 2019,
- at Klager ikke har betalt for en sundhedsforsikring på sig selv siden, og
- at Selskabet fejlagtigt dækkede en behandling for Klager i 2023, men at en sådan fejl ikke forpligter Selskabet i et yderligere omfang.

Ankenævnets opmærksomhed henledes på, at Klagers påstand er, at hun ønsker at bevare sin anciennitet i Selskabet, så hun kan oprette en sundhedsforsikring i et andet forsikringsselskab uden karenperiode.

Hvis ankenævnet pålægger Selskabet at efterkomme dette, vil det være en omgåelse af et andet forsikringsselskabs indtegningsbestemmelser.

Selskabet kan ikke medvirke til en sådan form for spekulation mod et andet forsikringsselskab.

Det vil endvidere medføre, at Klager skal betale præmie for hendes sundhedsforsikring med tilbagevirkende kraft, og dermed for perioden fra den 1. juni 2019 og frem, da en fortsættelsesforsikring skal etableres i forlængelse af den oprindelige forsikringsdæknings ophør. Det skal i den forbindelse bemærkes, at en fortsættelsesforsikring vil blive tariferet på individuelt grundlag, jf. § 17 i forsikringsbetingelserne, Bilag A."

Klagerens repræsentant har i kommentar af 25/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Der er vedhæftet 4 nye dokumenter, (opsigelse og fratrædelsesaftalen), som intet siger noget om hendes sundhedsforsikring, dvs. mister hun den, kan den køre uændret videre mm. Hvilket bekræfter at [klageren] er i god tro, og hvad skulle hun ellers tro?"

Selskabet har i brev af 29/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet fastholder det tidligere anførte i det hele, og skal herved fremkomme med følgende.

Klagers bemærkninger af 25. juli 2025 giver alene anledning til følgende.

Supplerende sagsfremstilling og stillingtagen

Det fremgår af forsikringsbetingelserne blandt andet:

'§ 1 Finanssektorens Sundhedssikring

Stk. 1. Disse forsikringsbetingelser gælder fra den 1. juli 2005 for Finanssektorens Sundhedssikring Basis og Finanssektorens Sundhedssikring Udvidet, etableret i Topdanmark Livsforsikring A/S, i det følgende kaldet Topdanmark.

Stk. 2. For at være dækket under Finanssektorens Sundhedssikring er det et krav, at man er ansat i en finansiel virksomhed eller er med lem af en pensionskasse eller en forening i den finansielle sektor, der har indgået aftale med Topdanmark om sundhedssikring, eller at man er ægtefælle, samlever eller barn til en sådan person.

og

§ 3 Definitioner

Stk. 1. Forsikringstageren er den, der har indgået forsikringsaftalen med Topdanmark.

Stk. 2. Forsikrede er den, på hvis helbred forsikringen er etableret.

Stk. 3. Ved en gruppeaftale forstås en forsikringsaftale mellem Topdanmark og en virksomhed, en organisation eller en forsikring (for sikringstager), hvor forsikringen dækker de ansatte, medlem-

merne eller andre. Dem, der er dækket under en sådan gruppeaftale, benævnes gruppemedlemmer (for sikrede).

Stk. 4. Forsikringstiden strækker sig fra forsikringens ikrafttrædelse til den 1. i måneden efter fratrædelsesdatoen eller til forsikringens bortfald forinden, jf. §§ 15 og 16.

Og

§ 15 Ophør

Stk. 1. Forsikringen bortfalder med udgangen af den måned, hvori:

- a. Forsikrede ophører med at have folkeregisteradresse i Danmark, medmindre forsikrede udstationeres, jf. § 3.
- b. Forsikrede optages på plejehjem eller tidsubestemt/varigt anbringes på døgninstitution, psykiatrisk hospital eller anden behandlingsinstitution.
- c. Forsikrede afgør ved døden.

Stk. 2. For ansatte i en finansiell virksomhed eller for medlemmer af en pensionskasse eller en forening, hvorigennem de er berettiget til sundhedssikring, ophører forsikringen, hvis forsikrede fratræder den finansielle virksomhed, eller hvis forsikrede ikke længere er berettiget til sundhedssikring gennem pensionskassen eller foreningen.

Stk. 3. For ægtefæller, samlevende og børn til en ansat i en finansiell virksomhed eller til et medlem af en pensionskasse eller en forening i den finansielle sektor bortfalder forsikringen med udgangen af den måned, hvori den ansatte fratræder sin stilling i den finansielle virksomhed, eller den måned, hvor medlemmet ikke længere er berettiget til sundhedssikring gennem pensionskassen eller foreningen. Forsikringen bortfalder ligeledes, hvis ægteskabet eller samlivet med denne person ophører. Stk. 4. For ægtefæller og samlevende ophører forsikringen endvidere med udgangen af den måned, hvori de fylder 65 år. For børn ophører forsikringen med udgangen af den måned, hvor barnet fylder 18 år.

Stk. 5. Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt den overordnede aftale om sundhedssikring mellem den finansielle virksomhed, pensionskassen eller foreningen og Topdanmark ophører.'

Selskabet fastholder, at det klart og utvetydigt fremgår af aftalegrundlaget, at Klagers sundhedsforsikring bortfaldt ved fratrædelse.

Klager kan således ikke have været i tvivl herom.

At Selskabet ved en fejl har udbetalt skadeserstatning på et tidspunkt, hvor Klager ikke havde nogen forsikring, forpligter ikke Selskabet i et yderligere omfang.

Der er tale om en åbenlys fejl fra Selskabets side, og Selskabet erkender dette fuldt ud. Selskabet har heller ikke anmodet Klager om selv at betale for den fejlagtigt bevilligede dækning.

Opsigelse og fratrædelsesaftale

Klagers afskedigelse og deraf følgende fratrædelsesaftale ændrer ikke på, at det er forsikringsbetingelserne, der udgør aftalegrundlaget mellem Klager og Selskabet.

At det ikke direkte fremgår, at Klagers sundhedsforsikring ophørte ved fratrædelse, der, jf. både opsigelsen og fratrædelsesaftalen er defineret som ansættelsesophør, medfører ikke, at Klager opnår rettigheder ud over aftalegrundlaget.

Ankenævnet for Forsikring

12.

103342

Det kan derimod lægges til grund, at rettigheder og pligter, der er knyttet direkte op på ansættelsesforholdet ophører, når ansættelsesforholdet ophører."

Klagerens repræsentant har i kommentar af 4/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Vores kommentar til dette (som før sagt), er at [klageren] har været i god tro, da betalingen har kørt videre (efter hun genoptog den med tilbagevirkende kraft, da hun manglede at betale, hvilket hun efterfølgende gjorde), og hun på den måde fik at vide at hun havde en sundhedsforsikringen via Topdanmark Liv / Nordea Pension."

Selskabet har i kommentar af 6/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet fastholder det tidligere anførte i det hele, og er af den opfattelse, at klagers seneste bemærkninger er omfattet heraf."

Selskabet har i brev af 24/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Med henvisning til Ankenævnets brev af 29. september 2025 kan jeg, på nævnets anmodning, oplyse, at der ikke har været nogen korrespondance mellem Klager og Selskabet i forbindelse med Klagers fratræden den 1. juni 2019 og Klagers tidligere arbejdsgivers meddelelse herom den 23. juni 2020.

Klager kontaktede ikke Selskabet og oplyste, at hun var fratrådt, så Selskabet blev først orienteret herom den 23. juni 2020.

Vedrørende forløbet og omstændighederne i 2023, hvor Klager fik dækket en sundhedsfaglig behandling i Selskabet, selv om hendes sundhedsforsikring var ophørt, vedlægger jeg udskrift fra Selskabets skadesystem, der fremlægges som **bilag H**.

Klager anmeldte sin skade elektronisk til Selskabet, og som det fremgår af udskriften, er bevillingen givet elektronisk af en robot.

Robotten har i den forbindelse indhentet oplysninger fra en forkert police, nemlig fra policen på Klagers datters sundhedsforsikring, der var i kraft på anmeldelsestidspunktet i 2023. Anmeldelsen er derfor, på grund af en uhensigtsmæssighed i systemet, ikke afvist og udtaget til manuel behandling.

Som anført i vores besvarelse af den 29. juli 2025, så har Selskabet erkendt denne fejl, hvorfor vi heller ikke har anmodet Klager om selv at betale for den fejlagtigt bevilgede dækning."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af forsikringsmeddelelse af 1/3 2013 til klageren fremgår bl.a.:

"Topdanmarks Sundhedssikring...

Ankenævnet for Forsikring

13.

103342

Forsikringstager [klageren]

Forsikrede
[barn1]

Forsikrede
[barn2]

...

Du har pligt til at underrette os

Du har pligt til at underrette os, hvis

- du ikke længere er ansat i [arbejdsgiver]

...

I de tilfælde ophører forsikringen"

Af selskabets brev af 22/1 2019 til klageren fremgår bl.a.:

"Forsikrede

[barn2]

...

Vi har ikke modtaget din betaling.

Af indberetning af 23/6 2020 fra klagerens tidligere arbejdsgiver til selskabet fremgår bl.a.:

"Person [klageren]

...

Fratrædelse

...

2019-06-01"

Af selskabets udskrift ("robot bevilling i 2023") af 28/8 2023 fremgår bl.a.:

"Coverage: Covered

...

Robot copypaste fra elektronisk anmeldelse

Kunden skriver: Smerter i ryg både ved lænd og øverste del af ryg

...

Henvisning fra egen læge: Ja

Første symptomdag: 7/15/2023

...

Indtrådt: 3/1/2013

Udløbs Alder: 0

Via samarbejdspartner: m/henvisning

Arbejds relateret: Arbejde".

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"1 Finanssektorens Sundhedssikring Basis og Udvidet

Stk. 1. Forsikringsbetingelserne gælder for Finanssektorens Sundhedssikring Basis og Finanssektorens Sundhedssikring Udvidet, oprettet i Topdanmark Livsforsikring A/S, i det følgende kaldet Topdanmark.

Stk. 2. For at være dækket af forsikringen er det et krav, at

- man er ansat i en finansiel virksomhed eller
- er medlem af en pensionskasse eller en forening i den finansielle sektor, der har indgået aftale med Topdanmark om sundhedssikring eller
- man er ægtefælle, samlever eller barn til en sådan person.

...

17 Ophør

...

Stk. 2. For ansatte i en finansiel virksomhed eller for medlemmer af en pensionskasse eller forening, hvorigennem de er berettiget til sundhedssikring, ophører forsikringen, hvis forsikrede fratræder den finansielle virksomhed, eller hvis forsikrede ikke længere er berettiget til sundhedssikring gennem pensionskassen eller foreningen.

Stk. 3. For ægtefæller, samlever og børn til en ansat i en finansiel virksomhed eller et medlem af en pensionskasse eller en forening i den finansielle sektor bortfalder forsikringen med udgangen af den måned, hvori den ansatte fratræder sin stilling i den finansielle virksomhed, eller den måned, hvor medlemmet ikke længere er berettiget til en sundhedssikring gennem pensionskassen eller foreningen. Forsikringen bortfalder ligeledes, hvis ægteskabet eller samlivet med denne person ophører.

...

19 Fortsættelse af Sundhedssikringen

'Stk. 1. Er forsikringsaftalen indgået som en gruppeaftale eller som led i et ansættelsesforhold, og bortfalder forsikringen som følge af fratrædelse, kan forsikrede vælge at etablere sundhedssikring i Topdanmark under hensyntagen til de til enhver tid gældende etableringsregler og tilbudte virkemåder for private sundhedssikringer, det vil sige regler om maksimal indtrædelsesalder, dækningsstørrelse, beregning af præmie mv. Samme mulighed gælder i det tilfælde, hvor medlemskabet af en pensionskasse eller en forening i den finansielle sektor ikke længere berettiger til sundhedssikring gennem pensionskassen.

Stk. 2. Er forsikredes alder højere end udløbsalderen på Topdanmarks Sundhedssikring kan forsikringen ikke etableres i Topdanmark.

Stk. 3. Forsikrede skal senest 3 måneder efter forsikringens ophør kontakte Topdanmark for at udnytte muligheden for at fortsætte forsikringen."

Nævnet udtaler:

Klageren blev den 1/7 2005 omfattet af en sundhedsforsikring hos Topdanmark Livsforsikring (nu Nordea Pension) som led i sit ansættelsesforhold. Som en afledt ret til klagerens sundhedsforsikring blev klagerens børn i 2013 omfattet af en familiesundhedsforsikring. Selskabet modtog den 23/6 2020 meddelelse fra klagerens (nu tidligere) arbejdsgiver om, at klageren var fratrådt den 1/6 2019. Selskabet bevilligede i 2023 dækning af en anmeldt skade. Klageren anmo-

dede ved årsskiftet 2024/25 om dækning af nyt forhold. Selskabet meddelte, at klagerens sundhedsforsikring var ophørt i forbindelse med hendes fratræden pr. 1/6 2019 hos tidligere arbejdsgiver, og at hun derfor ikke kunne få dækning. Klageren ønsker at "bibeholde sin anciennitet, og videreføre hendes sundhedsforsikring et andet sted, i stedet for at skulle starte forfra". Selskabet har nedlagt principal påstand om, at klagen afvises. Selskabet har nedlagt subsidiær påstand om, at klageren ikke får medhold.

Klageren har anført, at hun ikke blev informeret om, at sundhedsforsikringen var ophørt på grund af hendes fratrædelse, og at hendes opsigelse/fratrædelsesaftale ikke siger noget om sundhedsforsikring. Klageren har anført, at "Hun er heller ikke blevet orienteret omkring, at hun ikke var tilmeldt sundhedsforsikringen, ej heller blevet tilbudt at videreføre den privat, da hun ikke var tilknyttet hendes tidligere arbejdsgiver på et tidspunkt". Klageren kontaktede Nordea i starten af januar 2019, hvor hun fik oplyst, at forsikringen var slettet, fordi den ikke var betalt, som den ellers plejede via PBS. Hun havde indtil da ikke fået noget at vide, "ej heller at den kun skulle dække hendes børn, hvilket de heller ikke siger noget om i telefonsamtalen, andet end hun får lov til at betale med tilbagevirkende kraft, og så er alt jo godt". Klageren har anført, at hun har været i god tro, da betalingen har kørt videre, og "at hun på den måde fik at vide, at hun havde en sundhedsforsikring". Klageren har anført, at "siden har hun ellers ikke hørt fra dem, andet end når hun skulle betale regningen en gang årligt". Klageren har anført, at hun fik en behandling i 2023, så "hvordan skulle hun ellers tro, at hun ikke var dækket (sammen med hendes børn) af sundhedsforsikringen?". Klageren har anført, at "i alle breve der bliver sendt til hende fra Nordea Pension, står hun på, og også som forsikringstager".

Selskabet har anført, at klageren ikke har dokumenteret, at der foreligger en konkret tvist med et andet forsikringsselskab og dermed, om hun er blevet afvist at oprette en sundhedsforsikring uden karens i et andet forsikringsselskab. Selskabet har anført, at det andet forsikringsselskab, som klageren ønsker at indgå en aftale med, ikke er part i denne sag. Selskabet har anført, at uanset om selskabet pr. kulance valgte at videreføre klagerens sundhedsforsikring efter klagerens fratrædelse hos tidligere arbejdsgiver, kan hverken selskabet eller ankenævnet forpligte et

andet forsikringsselskab til at acceptere en sådan videreførelse og dermed, at klageren kan indtræde i en anden sundhedsforsikring uden karenperiode. Selskabet har anført, at det, som klageren ønsker at opnå – at hun vil undgå en karenperiode i et andet forsikringsselskab – må anses som en omgåelse af det andet forsikringsselskabs indtegningsbestemmelser. Selskabet har anført, at en aftale om, at selskabet skal etablere en fortsættelsesforsikring alene med det formål, at klageren skal omgå indtegningsbestemmelserne i et andet forsikringsselskab, er i strid med lov og ærbarhed, jf. DL 5-1-2 og derfor ikke egnet til pådømmelse i ankenævnet, hvorfor sagen også af den grund skal afvises. Selskabet har videre anført, at det fremgår af aftalegrundlaget, at klagerens sundhedsforsikring bortfaldt ved fratrædelse, hvorfor klagerens sundhedsforsikring ophørte i forbindelse med hendes fratrædelse pr. 1/6 2019. Selskabet har anført, at klageren ikke kontaktede selskabet med anmodning om etablering af en fortsættelsesforsikring. Selskabet har anført, at al korrespondance vedrørende indtegningsbestemmelser og ophør i klagerens sundhedsforsikringsordning blev varetaget af hendes tidligere arbejdsgiver, hvilket understøttes af, at selskabet først i juni 2020 modtog meddelelse om klagerens fratrædelse. Selskabet har anført, at klageren ikke siden fratrædelsen pr. 1/6 2019 har betalt for en sundhedsforsikring på sig selv. Selskabet har anført, at det forhold, at selskabet i 2023 ved en fejl har betalt skadeserstatning på et tidspunkt – hvor klageren ikke havde nogen forsikring – ikke kan forpligte selskabet i yderligere omfang. Der er tale om en åbenlys fejl. Klageren anmeldte skaden elektronisk, og bevillingen blev givet elektronisk af en robot. Selskabet har anført, at selskabet løbende har orienteret klageren om hendes forsikringer, herunder at det alene var hendes børn, der var omfattet af den individuelle sundhedsforsikring. Selskabet har anført, at hvis selskabet skal oprette en fortsættelsesforsikring for klageren, skal hun betale præmie med tilbagevirkende kraft, da en fortsættelsesforsikring skal etableres i forlængelse af den oprindelige forsikringsdæknings ophør, og at en fortsættelsesforsikring vil blive tariferet på individuelt grundlag. Selskabet har oplyst, at barn1's dækning ophørte i 2019, hvor barnet fyldte 21 år. Selskabet har oplyst, at barn2's sundhedsforsikring fra 1/6 2019 til 1/1 2025 har været opretholdt med en for lav forsikringspræmie, fordi forsikringen var registreret som en børnedækning for en medarbejder hos en arbejdsgiver. Selskabet har oplyst, at barn2's sundhedsforsikring –

Ankenævnet for Forsikring

17.

103342

med forsikringstagers accept – er blevet ændret til en individuel sundhedsforsikring pr. 1/1 2025.

Det fremgår af forsikringsmeddelelse af 1/3 2013 til klageren, at "Sundhedssikring ... Forsikringstager [klageren] Forsikrede [barn1] Forsikrede [barn2] ... Du har pligt til at underrette os, hvis du ikke længere er ansat i [arbejdsgiver] ... I de tilfælde ophører forsikringen".

Det fremgår af selskabets brev af 22/1 2019 til klageren, at "Forsikrede [barn2] ... Vi har ikke modtaget din betaling".

Det fremgår af indberetning af 23/6 2020 fra klagerens tidligere arbejdsgiver til selskabet, at "Person [klageren] ... Fratrædelse ... 2019-06-01".

Det fremgår af selskabets udskrift ("robot bevilling i 2023") af 28/8 2023, at "Covered ... Robot copypaste fra elektronisk anmeldelse. Kunden skriver: Smerter i ryg både ved lænd og øverste del af ryg ... Henvisning fra egen læge: Ja. Første symptomdag: 7/15/2023 ... Indtrådt: 3/1/2013. Udløbs Alder: 0. Via samarbejdspartner: m/henvisning. Arbejds relateret: Arbejde".

Det fremgår af selskabets brev af 24/10 2025 til nævnet, at "der ikke har været nogen korrespondance mellem Klager og Selskabet i forbindelse med Klagers fratræden den 1. juni 2019 og Klagers tidligere arbejdsgivers meddelelse herom den 23. juni 2020. Klager kontaktede ikke Selskabet og oplyste, at hun var fratrådt, så Selskabet blev først orienteret herom den 23. juni 2020 ... Klager anmeldte sin skade elektronisk til Selskabet, og som det fremgår af udskriften, er bevillingen givet elektronisk af en robot. Robotten har i den forbindelse indhentet oplysninger fra en forkert police, nemlig fra policen på Klagers datters sundhedsforsikring, der var i kraft på anmeldelsestidspunktet i 2023. Anmeldelsen er derfor, på grund af en uhensigtsmæssighed i systemet, ikke afvist og udtaget til manuel behandling. Som anført i vores besvarelse af den 29. juli 2025, så har Selskabet erkendt denne fejl, hvorfor vi heller ikke har anmodet Klager om selv at betale for den fejlagtigt bevilgede dækning".

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at "For at være dækket af forsikringen er det et krav, at

- man er ansat i en finansiell virksomhed ... For ansatte i en finansiell virksomhed eller for medlemmer af en pensionskasse eller forening, hvorigennem de er berettiget til sundhedssikring, ophører forsikringen, hvis forsikrede fratræder den finansielle virksomhed ... For ægtefæller, samlevere og børn til en ansat i en finansiell virksomhed eller et medlem af en pensionskasse eller en forening i den finansielle sektor bortfalder forsikringen med udgangen af den måned, hvori den ansatte fratræder sin stilling i den finansielle virksomhed ... Er forsikringsaftalen indgået som en gruppeaftale eller som led i et ansættelsesforhold, og bortfalder forsikringen som følge af fratrædelse, kan forsikrede vælge at etablere sundhedssikring i Topdanmark under hensyntagen til de til enhver tid gældende etableringsregler og tilbudte virkemåder for private sundhedssikringer, det vil sige regler om maksimal indtrædelsesalder, dækningsstørrelse, beregning af præmie mv. ... Forsikrede skal senest 3 måneder efter forsikringens ophør kontakte Topdanmark for at udnytte muligheden for at fortsætte forsikringen".

Det fremgår af nævnets vedtægter § 2, stk. 1, at nævnet behandler klager fra forbrugere over tvister, der udspringer af en forsikringsaftale. Det følger af nævnets vedtægter § 4, stk. 2, jf. § 2, og § 4, stk. 3, nr. 2 og 3, at nævnet kan afvise at behandle en klage, hvis klagen ikke angår et konkret økonomisk mellemværende mellem parterne, eller hvis klagen ikke skønnes egnet til behandling ved nævnet.

Nævnet finder, at klagen angår et konkret økonomisk mellemværende mellem parterne, idet klageren ønsker, at hun fortsat har sundhedsforsikring i selskabet. Nævnet har derfor ikke grundlag for at afvise klagen.

Nævnet bemærker, at nævnet (som beskrevet i sagerne 104020 og 98651) siden midten af 2010'erne har haft fokus på, om en arbejdstager ved arbejdsophør får relevant og forståelig information om muligheden for at fortsætte forsikringerne og på hvilke vilkår, idet en sådan information – eller mangel på information – i væsentlig grad påvirker arbejdstagerens økonomiske interesser.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har en aktiv sundhedsforsikring i selskabet. Nævnet finder, at klageren ikke har godtgjort, at selskabet har ydet en så mangelfuld information, at selskabet ifalder ansvar på erstatningsretligt grundlag. Nævnet kan herefter ikke pålægge selskabet at genetablere forsikringen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det følger af forsikringsbetingelserne, at forsikringen ophørte, da klageren fratrådte sin stilling pr. 1/6 2019. Nævnet bemærker, at selskabet har oplyst, at klageren ikke siden fratrædelsen har betalt for en sundhedsforsikring på sig selv, og at klageren ikke har modbevist dette.

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet først blev gjort bekendt med klagerens fratrædelse, da klagerens tidligere arbejdsgiver ved indberetning af 23/6 2020 oplyste selskabet herom. Nævnet bemærker, at selvom det havde været ønskeligt, at selskabet i denne forbindelse havde informeret klageren om, at hendes sundhedsforsikring var ophørt pr. 1/6 2019, er der ikke grundlag for at statuere, at selskabet herved har ydet en så mangelfuld information, at selskabet kan ifalde erstatningsansvar herfor på erstatningsretligt grundlag.

Nævnet bemærker i den forbindelse, at det fremgår af forsikringsbetingelserne, at "Forsikrede skal senest 3 måneder efter forsikringens ophør kontakte Topdanmark for at udnytte muligheden for at fortsætte forsikringen".

Nævnet bemærker videre, at det er et sædvanligt vilkår, at en sundhedsforsikring etableret via en arbejdsgiver ophører ved fratrædelse, og at klageren blev omfattet af sundhedsforsikringen via sin arbejdsgiver i 2005, hvorfor det må have været klageren bekendt, at hun skulle foretage sig noget i forbindelse med hendes fratræden, hvis hun ønskede at fortsætte sin sundhedsforsikring.

Ankenævnet for Forsikring

20.

103342

Nævnet har desuden lagt vægt på, at det fremgår af selskabets brev af 22/1 2019, at det vedrørte manglende betaling for barn2's sundhedsforsikring – ikke klagerens.

Nævnet har videre lagt vægt på, at der er ikke grundlag for at statuere, at selskabet er forpligtet til at tegne en fortsættelsesforsikring med tilbagevirkende kraft pr. 1/6 2019, fordi selskabet i 2023 har bevilliget dækning af én sundhedsbehandling.

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.



Svend Bjerg Hansen