698/04

Den 19. maj 2004 blev i sag nr. 61.907:

xxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxx

mod

Nordea Pension
Klausdalsbrovej 615
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har begæret tegning af gruppelivsforsikring i Nordea Pension, påstår selskabet tilpligtet at anerkende, at der er indgået en forsikringsaftale.

Klageren oplyser over for nævnet, at hun i forbindelse med anmeldelse af en kritisk sygdom bliver oplyst om, at hun ingen forsikring har hos selskabet.

Klageren redegør i skrivelse af 14/8 2003 til nævnet for sagen således:

> "Sidst i året 2000 skal jeg som p-pille bruger til en såkaldt gynækologisk undersøgelse, ved denne undersøgelse opdager min læge nogle uregelmæssigheder og jeg bliver derfor sendt til en specialist til nærmere undersøgelse.
> Ved denne undersøgelse får jeg konstateret stærke celleforandringer, hvilket gør jeg skal have foretaget et keglesnit …
>
> I starten af år 2000 har vi møde med Trygs daværende assurandør M.L. omkring alle vores forsikringer. Ved dette møde tegnede vi alle vores forsikringer inkl. den omtalte Kritisk sygdomsforsikring. Jeg modtager alle mine policer på de tegnede forsikringer men ikke en på den nytegnede kritisk sygdom, jeg tager derfor kontakt til M.L. der overfor mig oplyser at der ikke vil komme en direkte police men at forsikringen var tegnet og ville blive opkrævet via PBS. På de to efterfølgende PBS oversigter

fremgår ingen betaling til Tryg og jeg tager derfor igen kontakt til M.L. som igen overfor mig oplyser det samme, denne gang ønsker jeg det dog på tryk og M.L. fremsender efterfølgende betingelser samt et 'bevis' for at forsikringen er tegnet pr. 1/9-00 og at opkrævningen vil ske via PBS (bilag 1). Alt dette sker i året 2000.

Jeg opdager at der stadig ikke trækkes noget via PBS og tager derfor igen kontakt til Tryg men nu er M.L. rejst og sagen er overtaget af en ny assurandør ved navnet C.E.N., jeg taler med ham og sætter ham ind i sagen, han oplyser mig han vil kikke på sagen for selvfølgelig skal tingene være i orden. Der sker i den kommende periode intet fra Trygs side.

Januar 2001 holder vi møde med K. i vores hjem og viser ham det M. har sendt, jeg får igen at vide at C. vil følge op på sagen og på den manglende PBS opkrævning, jeg oplyser overfor C. at hvis Tryg ikke kan finde ud af at opkræve beløbet via PBS kan de jo bare fremsende girokort og jeg vil derefter selv tilmelde den PBS for fremtidig betaling. Jeg spørger ydermere C. om jeg skal møde på kontoret for at få lov til at betale, da jeg er ved at være rimelig irriteret over der stadig intet er sket. Efter dette møde sker der stadig intet og jeg modtager hverken girokort eller PBS opkrævning.

Som tidligere nævnt får jeg nu brug for den tegnede forsikring, og jeg tager kontakt til C. igen for at få en skadeanmeldelse som jeg kan sende til den føromtalte læge, jeg får nu at vide at denne forsikring slet ikke er tegnet, han kan ikke finde noget på den og at der aldrig er blevet betalt for denne, **nej hvorfor mon ikke** ……. Pludselig lider Trygs assurandør af et akut hukommelsestab, og kan intet huske om at han skulle følge op på noget, og han undskylder sig med at 'det havde han da ikke skrevet op' og så spørger jeg bare - er det mit problem eller … for både mig og min tidligere samlever J.N. kan tydeligt huske hvad det var vi aftalte men han kan eller vil åbenbart ikke huske det"

Selskabet har ved skrivelse af 2/10 2003 til nævnet redegjort for sagen således:

"Desværre har vi ikke registreret nogen forsikring for kritisk sygdom i klagerens navn.

Klageren har fremsendt et bilag som angiveligt skulle være en bekræftelse fra vor daværende assurandør M.L. på den tegnede forsikring, tillige med forsikringsvilkårene for en forsikring af den pågældende type.

M.L., der ikke er ansat længere, har forklaret, at han kan huske klageren men ikke, at man skulle have drøftet forsikringen for kritisk sygdom.

Vi finder ikke, at det fremsendte bilag bør kunne opfattes som en bekræftelse på, at forsikringen er i kraft.

Det fremgår af § 2 i forsikringsvilkårene, at forsikringen træder i kraft, når Forenede Gruppeliv har antaget forsikringen uden forbehold. Vi mener ikke, at klageren har modtaget en sådan bekræftelse på antagelsen.

Det fremgår af § [5] stk. 2, at præmien forfalder kvartårligt, og at præmien betales første gang første kvartal efter, at man optages i ordningen. Klageren har ikke modtaget nogen præmieopkrævning i det hele taget.

Klagen oplyser, at hun har anmodet assurandør M.L.'s efterfølger, C.N. om at få afklaret spørgsmålet om den manglende opkrævning af præmie.

Assurandør C.N. kan ikke erindre, at man har talt om den pågældende forsikring og er sikker på, at han ikke er blevet rykket for præmieopkrævningen.

Klageren har oplyst, at forsikringen for kritisk sygdom blev tegnet i begyndelsen af 2000. Hun har ikke modtaget nogen opkrævning af præmien i de mere end 3 år, der er gået siden dette tidspunkt.

Det havde været naturligt, at M.L. havde tegnet forsikringen eller at C.N. havde berigtiget forholdet og tegnet forsikringen, hvis en af dem havde forstået klagerens ønske herom.

Vi skal ikke bestride, at klageren har haft til hensigt at tegne den pågældende forsikring, men på baggrund af de 2 assurandørers af hinanden uafhængige forklaringer samt det forhold, at der ikke er fremsendt præmieopkrævninger, finder vi, at det må have stået klageren klart, at klagerens hensigt om at tegne forsikringen ikke er kommet til selskabets kundskab."

Hertil har klageren ved skrivelse af 22/10 2003 til nævnet anført:

"I modsætning til Tryg mener jeg i højeste grad at det fremsendte bilag bekræfter at forsikringen er tegnet pr. 1/9-00 for ellers ser jeg ingen grund til at dette dokument i tidernes morgen blev udfærdiget.

Det er korrekt at jeg ikke har modtaget noget fra Forende Gruppeliv, men jeg formoder som forsikringstager at Tryg 'arbejder' på sagen, idet jeg jo af naturlige årsager ikke kender noget til deres interne arbejdsgange, det eneste jeg ved er at jeg har tegnet denne forsikring, og hele tiden haft i sinde at tegne denne.

Det er korrekt at præmien forfalder kvartårligt, men men men som jeg skrev i min klage har jeg gjort alt mellem himmel og jord for at få lov til at betale, og jeg kan ikke se at det skulle være nødvendigt som forsikringstager at rykke Tryg et utal af gange for at 'få lov' til at betale de forsikringer jeg selv har ønsket at tegne for derefter at blive straffet for Tryg Forsikrings fejlbehandling af min sag.

Tryg skriver at assurandør C.N. ikke kan erindre noget, det må stå for hans samvittigheds regning, men en ting er sikkert han er både blevet erindret om forsikringen og dennes betaling, og i mine øjne er det helt klart et spørgsmål om at C.N. 'ikke har lyst' til at huske sagen."

Klageren har fremsendt et A-4 ark med selskabets logo. Arket indeholder følgende tekst:

"Gruppelivsforsikring
L. [klagerens fornavn]
~~Girokort~~ PBS
Kr. 680,-
I kraft: 01.09.2000"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 2 Hvornår træder Kundegruppeliv i kraft**

Kundegruppeliv træder i kraft, når Forende Gruppeliv har antaget forsikringen uden forbehold.

…

§ 5 Præmie

…

Stk. 2.

Præmien forfalder til betaling kvartårligt forud via Betalingsservice hver den 1. januar, 1. april, 1. juli og 1. oktober."

Nævnet udtaler:

Nævnet finder, at der til sagens afgørelse kræves en nærmere bevisførelse om, hvad der blev aftalt mellem klageren og selskabets assurandører. En sådan bevisførelse kan ikke ske for nævnet, men må i givet fald ske ved domstolene.

I medfør af § 4, stk. 1, i nævnets vedtægter må nævnet derfor afstå fra at viderebehandle sagen.

Som følge heraf

b e s t e m m e s:

Nævnet kan ikke afgøre sagen.

J. Hermann