856/10

Den 29. november 2010 blev i sag nr. 77.052:

xxxxxx xxxxxx xxxxxx
xxxxxxxxx xxx xxxxxx
xxxx xxxxxxx

mod

SEB Pension
Postboks 100
0900 København C

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har en privatoprettet livsforsikring i SEB Pension, klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at reaktivere tab af erhvervsevnedækningen med tilbagevirkende kraft og i konsekvens heraf har afvist at bevilge løbende ydelser i forbindelse med uarbejdsdygtighed fra 19/6 2008.

Selskabet henviser til, at erhvervsevnetabsdækningen var bortfaldet på grund af præmierestance. Subsidiært har selskabet gjort gældende, at genikrafttrædelse af forsikringen tidligst kan ske fra det tidspunkt, hvor klageren modtog et fejlagtigt fremsendt indbetalingskort. Da han allerede på dette tidspunkt var sygemeldt, har selskabet for så vidt angår den subsidiære påstand påberåbt sig skadevirkningsprincippet.

Klagerens forsikring blev oprettet pr. 1/12 1992 med dækninger ved alder, død og invaliditet.

Den 9/11 2007 fremsendte selskabet et indbetalingskort med præmieopkrævning for perioden 1/12 2007 til 30/11 2008. Sidste rettidige indbetalingsdato var den 3/12 2007. Klageren betalte ikke præmien, hvorfor selskabet den 9/1 2008 fremsendte et nyt indbetalingskort og følgende rykkerskrivelse:

"Vi har endnu ikke modtaget præmien for forsikringen.

> Hvis præmien ikke er betalt senest den 01.03.2008, vil forsikringsdækningen bortfalde fra og med den nævnte dato. Såfremt forsikringen måtte have opnået en værdi, der efter forsikringsbetingelserne kan danne grundlag for en fripolice (præmiefri forsikring), vil forsikringsdækningen dog. kun blive reduceret i dette omfang.
>
> Når forsikringsdækningen først er ophørt, kan den kun sættes i kraft igen, hvis den manglende præmiebetaling skyldes særlige undskyldelige hindringer, der ikke kan bebrejdes dig. Opstår en sådan, skal du omgående kontakte os, hvorefter vi tager stilling til om forsikringen kan sættes i kraft igen. Dette vil i givet fald først ske med virkning fra dagen efter, vi har modtaget præmierestancen.
>
> Har du betalt inden for de sidste dage, kan du se bort fra dette brev. Hvis ikke, bedes du venligst benytte det vedhæftede girokort."

Klageren reagerede ikke på de af selskabet fremsendte indbetalingskort.

I februar 2008 fremsendte selskabet en dækningsoversigt med beregningsdato 17/2 2008, hvoraf bl.a. fremgår, at dækningen ved tab af erhvervsevne udgør 271.342,50 kr. årligt.

Den 19/1 2009 fremsendte selskabet endnu et indbetalingskort med angivelse af præmieindbetaling for perioden 1/12 2007 til 30/11 2009. Sidste rettidige indbetaling var 9/2 2009. Klageren havde på daværende tidspunkt været sygemeldt siden 19/6 2008 på grund af en hjerneblødning. Hans kone rettede telefonisk henvendelse til selskabet, som den 3/2 2009 fremsendte lægeattest og skadeanmeldelse med følgende tillægsskrivelse:

> "Vi sender her blanketterne **Anmeldelse af tab af erhvervsevne og Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger** som vi beder dig udfylde, underskrive og returnere. Vi skal bruge anmeldelsen for at kunne behandle din ansøgning om præmiefritagelse og udbetaling af ydelse ved tab at erhvervsevne.
>
> Samtidig sender vi **Lægeattest**, som skal udfyldes og indsendes af den læge, der behandler dig. Vi betaler naturligvis lægens honorar.
>
> Hvis du afleverer din udfyldte anmeldelse og samtykke til din læge, kan de blive sendt til os sammen med lægeattesten. Det vil lette vores ekspedition.
>
> Det kan blive nødvendigt at indhente yderligere oplysninger fra de læger og hospitaler, der behandler dig, men det kan vi først vurdere, når vi har modtaget ovennævnte.
>
> Vi vil naturligvis behandle din ansøgning hurtigst muligt og løbende holde dig orienteret.
>
> Har du spørgsmål, er du velkommen til at ringe eller skrive til mig."

Klageren returnerede den af selskabet fremsendte anmeldelse den 16/2 2009. Den 6/4 2009 fremsendte selskabet et nyt policetillæg gældende fra 1/3 2009, hvoraf fremgik, at forsikringen var ændret til en fripolice uden ret til tab af erhvervsevnedækning, herunder præmiefritagelse. Alderssummen var angivet til 681.133,20 kr. Den 14/4 2009 fremsendte selskabet endnu et policetillæg gældende fra 1/3 2009, hvoraf bl.a. fremgik, at alderssummen udgjorde 373.809,54 kr. Policen var fortsat uden ret til helbredsbetingede ydelser.

I skrivelse af 4/5 2009 afviste selskabet at bevilge helbredsbetingede ydelser med følgende begrundelse:

> "Vi har nu vurderet de akter vi har modtaget vedrørende din sygdom 19. juni 2008.
>
> Desværre må vi meddele dig, at du ikke er berettiget til erstatning. Dette skyldes, at din forsikring er ophørt pr. 1. marts 2008 på grund af manglende præmiebetaling.
>
> Som følge heraf, er din forsikring omskrevet til en fripolice. Nyt policetillæg er sendt til dig."

Klagerens advokat anførte i skrivelse af 9/7 2009 til selskabet bl.a.:

> "20/1 2009 - Min klient modtager en opkrævning fra SEB på præmiebetaling dateret den 19/1 2009. Forsikringen er stadig i kraft uden begrænsninger.
>
> Senest 3/2 2009 (min klient husker ikke den præcise dato) retter min klients kone … på vegne af forsikrede (som pt. ikke kan tale) henvendelse til SEB pr. tlf. og stiller spørgsmål til præmieopkrævningen for 01.12.2007 - 30.1 1.2009 (med forfald 9/2 2009) og til forsikringen generelt - … forklarer hendes mands situation, hvorefter hun får det svar fra medarbejderen hos SEB (muligvis A.S.) at forsikringen er i kraft og at hun ikke skal betale præmien, idet medarbejderen hos SEB vurderer, at forsikringen på grund af hendes mands sygdom er præmiefritaget.
>
> 4/2 2009 - Min klient modtager herefter fra SEB ved brev dateret 3/2 2009 underskrevet af A.S. - blanketter FP 401 og FP 402 til anmeldelse af tab af erhvervsevne til brug for ansøgning om præmiefritagelse og udbetaling af ydelse ved tab af erhvervsevne. Dette er udløst af telefonsamtalen med SEB.
>
> Min klient kontakter herefter sin læge som sørger for, at det fornødne indsendes til SEB.
>
> Forsikringspræmien betales ikke til SEB, idet min klient har fået instruks fra SEB om ikke at betale pga. vilkårene for præmiefritagelse.
>
> I brevet dateret 3/2 2009 fra SEB står der ligeledes, at SEB vil behandle min klients ansøgning hurtigst muligt og løbende holde min klient orienteret.
>
> Min klient får herefter på intet tidspunkt oplysning om, at forsikringen ikke er præmiefritaget eller oplysning om, at forsikringen vil overgå til en fripolice for så vidt angår dækningen for

> tab af erhvervsevne, såfremt opkrævningen dateret den 19/1 2009 med forfald 9/2 2009 ikke betales.
>
> Såfremt det var tilfældet havde min klient naturligvis betalt.
> …
> Henset til sagens forløb, hvor min klient netop har holdt præmiebetalingen tilbage som følge af instruks fra SEB, kan afgørelsen på ingen måde accepteres.
>
> På anmeldelsestidspunktet i februar 2009 var forsikringen i kraft for tab af erhvervsevne, hvorfor min klient må være berettiget til erstatning."

I skrivelse af 11/8 2009 fastholdt selskabet, at forsikringen var bortfaldet den 1/3 2008 og henviste i den forbindelse til rykkerskrivelsen af 9/1 2008. Endvidere beklagede selskabet, at der ved en fejl var fremsendt et nyt indbetalingskort den 19/1 2009, men at denne omstændighed ikke kunne føre til, at forsikringen var i kraft på ny. Klagerens advokat har efterfølgende afvist, at klageren har modtaget rykkerskrivelsen af 9/1 2008.

Klagerens advokat har i skrivelse af 7/12 2009 til nævnet bl.a. fastholdt, at klageren ikke har modtaget rykkerskrivelsen af 9/1 2008. Endvidere har advokaten anført, at selskabet i forbindelse med den telefoniske anmeldelse i februar 2008 bekræftede, at forsikringen fortsat var i kraft, og at præmierestancen ikke skulle betales, fordi der var grundlag for tildeling af præmiefritagelse.

Hertil har selskabet har i skrivelse af 23/12 2009 bl.a. bemærket:

> "Vi har allerede i vores brev af 19. november redegjort for og dokumenteret, at selskabet har fulgt den normale standardprocedure ved præmierestance. Det følger herefter af den ledende dom i UFR 1977.216 Ø, at det er klageren, der skal bevise, at en opkrævning ikke er modtaget. Se f.eks. herom i Ivan Sørensen, Forsikringsaftaleloven med kommentarer, 1. udg. Side 74.
>
> Det er derfor ingen tvivl om, at forsikringsdækningen trådte ud af kraft den 1. marts 2008, og det er i forhold hertil uden betydning, hvorvidt og hvornår selskabet efterfølgende sendte klageren en fripolice.
>
> På denne baggrund har klageren været i kvalificeret ond tro, da han 16. februar 2009 - efter at have modtaget girokort mv. i november 2007 og januar 2008 og efter ikke at have betalt præmie i over 2 år - anmeldte skaden. Anmeldelsen er givetvis foranlediget af den i januar 2009 fejlagtigt fremsendte giroopkrævning, Bilag …, som klageren e.o. imidlertid ikke kunne have en berettiget forventning om ville genetablere den ophørte forsikring. Dette må navnlig gælde, da klageren aldrig indløste girokortet. Det bestrides i den forbindelse som udokumenteret, at nogen sagsbehandler i SEB Pension har taget stilling til og telefonisk har tilkendegivet nogen holdning til, hvorvidt klageren burde indløse girokortet, Bilag …
> …

Det bestrides som udokumenteret, at en medarbejder i SEB Pension skulle have oplyst klageren telefonisk primo februar 2009, at forsikringsdækningen fortsat var i kraft.

Det bestrides endvidere, at selskabets fremsendelse af skadeanmeldelsesblanket har aftaleretlige konsekvenser. Ved henvendelse om skader på TAE-forsikringer, vil selskabets telefon-hotline - altid uden at tilkendegive noget om skadebehandlingens udfald - normalt sende kunden en skadeanmeldelse. Som nævnt i vores brev af 19. november, kan kunden være berettiget på en formelt ophørt aftale, hvis TAE skulle vise sig at være opstået, mens forsikringen fortsat var i kraft. Dette var imidlertid netop ikke tilfældet i denne sag, hvor skadeanmeldelsen, Bilag …, viste at TAE var opstået den 19. juni 2008, dvs. efter 1. marts 2008.
For det tilfælde, at Ankenævnet - mod vores forventning - måtte komme frem til, at Bilag … - girokortet og den efterfølgende telefoniske og skriftlige sagsbehandling har genoplivet forsikringen, gøres det subsidiært gældende, at denne genikraftsættelse tidligst far virkning fra klagerens modtagelse af Bilag … dvs fra 20. januar 2009. Da klageren efter det oplyste har været kontinuerligt uarbejdsdygtig siden 19. juni 2008, er forsikringsbegivenheden, dvs en periode med tab af erhvervsevne, ikke opstået i forsikringstiden og derfor ikke dækningsberettiget. Dette synspunkt har støtte i nyere ankenævnspraksis, AK 73.301 af 1. december 2008."

Heroverfor har klagerens advokat i skrivelse af 15/1 2010 til nævnet yderligere bl.a. anført:

"Det er ikke korrekt, når SEB skriver, at beviset for at opkrævningen/rykkeren (bilag …) er modtaget er modtagerens. Det er den helt klare hovedregel i almindelighed, at denne bevisbyrde påhviler afsendere, jf. herunder FAL § 33 stk. 1.

Herunder skal jeg henvise til Ivan Sørensen, Forsikringsret, 4. udgave, side 98 og 107.

Den afgørelse som SEB henviser til (U1977.216Ø) går alene på masseudsendelser om fx generelle ændringer af forsikringsvilkår, hvor det er korrekt, at bevisbyrden for afsender er lempet.

Når der er tale om en enlig individuel rykker (som i denne sags bilag …), stilles der krav om, at selskabet godtgør, at meddelelsen er modtaget.

Her kan der henvises til FED 1994.910Ø, hvor fremlæggelse af kopi af den af forsikringsselskabet afsendte meddelelse ikke opfyldte beviskravet.

Bevisbyrden for, at opsigelsen er modtaget af adressaten, påhviler derfor afsenderen - SEB, og rykkeren af 9. januar 2008 med dens indhold får som sådan først retsvirkning, når den er fremkommet/modtaget hos den forsikrede, jf. FAL § 33.

Det ses ikke bevist af SEB, at de har fremsendt rykkeren dateret den 9. januar 2008 og dermed bevist, at rykkeren er modtaget af min klient (bilag … i sagen) og derfor kan rykkeren ikke medføre, at forsikringen ophører, hvilket forsikringen heller ikke er, idet den hele tiden har været i kraft i SEB's system.

Det gøres derfor gældende fra klagerens side, at forsikringen ikke trådte ud af kraft den 1. marts 2008 eller på noget andet tidspunkt og dermed stadig var i fortsat og uafbrudt kraft på skadestidspunktet og i øvrigt i hele 2008 og 2009.

Forsikringen var i kraft på skadestidspunktet og dermed berettiger den min klient til dækning for TAE.

SEB kan derfor heller ikke støtte ret på AK 73.301.

Min klient var derfor også i god tro, da skaden blev anmeldt i februar 2009. Det faktum at anmeldelsen skete her, skal jeg igen understrege skyldtes den sikredes alvorlige sygdom, som gjorde ham ude af stand til at kommunikere, hvorfor min klients kone først løbende har fundet ud af, hvad der var af forsikringer.

Tiden fra skaden til anmeldelsen skyldes således særlige undskyldelige omstændigheder, som dog omvendt ikke kan bevirke, at dækningen ophører.

Min klient havde en berettiget forventning om, at forsikringen var i kraft på anmeldelsestidspunktet og fik kun underbygget denne forventning efter samtalen med medarbejderen hos SEB, uanset at medarbejderen muligvis ikke har fulgt selskabets interne praksis, hvilket dog ikke kan komme den forsikrede til skade."

Endelig har selskabet i skrivelse af 22/1 2010 til nævnet under henvisning til "Forsikringsaftaleloven med kommentarer", 1. udgave, side 142 bl.a. anført:

"Mere klart kan retstilstanden ikke udtrykkes. Som anført i selskabets tidligere indlæg, er den omdiskuterede meddelelse, Bilag …, såvel en maskinel EDB- udsendelse som et led i selskabets faste restanceprocedurer.

Når FED 1994.910 0 nåede til et resultat til fordel for 'brevmodtageren', skyldtes det da netop også, at landsretten i sine korte præmisser anførte:

...at den omhandlede meddelelse er eneste meddelelse til panthaveren og ikke en fortsættelse af forudgående opkrævning og rykkerskrivelse...

Supplerende bemærkes, at hvor det på den ene side virker rimeligt og naturligt at anmode en uskyldig kontraktspanthaver, FED 1994.910 Ø, om at bekræfte modtagelsen af en meddelelse om en nyopstået situation, som panthaveren i god tro er totalt uvidende om, ville det på den anden side være nærmest aparte, hvis man skulle anmode en misligholdende kontraktsbryder, der allerede én gang har modtaget meddelelse om situationen (betalingsforpligtelsen), om at kvittere for brevmodtagelse.
Ankenævnets praksis er i fuldstændig overensstemmelse med, hvad jeg gør gældende her. Ud over de kendelser, der nævnes til i litteraturen, skal jeg henvise til afgørelsen i AK 50.267 af 15. november 1999, som vil være uforenelig med en afgørelse af nærværende sag, såfremt den ikke falder ud til fordel for selskabet."

Nævnet udtaler:

Nævnet må lægge til grund, at selskabet i overensstemmelse med sin sædvanlige rykkerprocedure har afsendt brevet til klager den 9/1 2008. Nævnet har ikke grundlag for at antage, at brevet ikke på sædvanlig måde er kommet frem til klager. Da klager ikke har betalt præmien inden den frist, der var fastsat i brevet, bortfaldt forsikringen med virkning fra den 1/3 2008.

Klager blev syg i juni 2008 og var på dette tidspunkt uden dækning for erhvervsevnetab.

Selskabet er derfor berettiget til at afvise dækning for denne skade. Dette gælder uanset, at selskabet efterfølgende i januar 2009 sendte præmieopkrævning til klager, og uanset hvad der måtte være sagt om præmiefritagelse til klagers ægtefælle, da selskabet ikke i forbindelse hermed var klar over, at klager allerede havde fået et erhvervsevnetab.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen
formand