862/11

Den 28. februar 2011 blev i sag nr. 78.232:

xxxx xxxxx xxxxxxxx xxxxx
xxxx xxxxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xxx xxxxxx
xxxx xxxxx

mod

Industriens
Pensionsforsikring A/S
Nørre Farimagsgade 3
1364 København K

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Nu afdøde forsikrede var omfattet af en arbejdsmarkedspension i Industriens Pensionsforsikring A/S. Boet efter ham klager over, at selskabet har afvist at udbetale dødsfaldssummen.

Selskabet har afvist at udbetale dødsfaldssummen med henvisning til, at forsikringen var bortfaldet på dødsfaldstidspunktet som følge af hvilende medlemskab (fripolice).

Den 18/6 2009 kontaktede forsikrede telefonisk selskabet og anmodede om sum ved kritisk sygdom på grund af lungekræft. Han underskrev samme dag en anmeldelsesblanket, hvori han desuden oplyste at være sygemeldt siden 20/5 2009. Af sygehusepikrise af 17/6 2009 fremgår bl.a.:

> "KONTAKTÅRSAG
> Pt. med en astmatisk forbedring af lungefunktionen. Efter dagens bronkodilaterende behandling er han nået op i et FEV1 på 1,90 liger sv.t .49 % af forventede. Tiffeneau's indeks er 46. Han har således såvel astma som kronisk obstruktiv lungesygdom.
>
> Desuden har han adenokarcinom i højre lunge, det ved vi fra en tru-cut biopsi CT-vejledt, denne kommer han for at få svar på, og det får han så i dag.
>
> Der er lavet EBUS med børstebiopsi, EBUS fra station 1OR og EBUS fra tumor og koagel fra ovenstående, og der er ikke noget malignt i nogen af dem.

> Der er lavet en PET-skanning, hvor man ser et uregelmæssig afgrænset infiltrat med øget FDG-optagelse, men ingen øvrige tegn på patologisk aktivitet hverken i mediastinum, columna eller andre steder.
> Tumor er beskrevet som 4 x 3 cm stor pleuranært i højre underlap, og der er en cyste i leversegmentet, men den lyser ikke på PET og vi regner derfor med det ikke er en metastase.
> Konklusionen er, at vi har tilsyneladende en herre med 49 % af forventede FEV1 = 1,90 liter, med en T2A-tumor som er NOMO. Han henvises derfor til operabilitetsbedømmelse på afdeling T i ….
> Der skrives henvisning til afdeling **T** (sendes via GS og faxes efterfølgende)."

I brev af 1/7 2009 udbetalte selskabet sum ved kritisk sygdom. I brevet hedder det bl.a.:

> "Hvis du på et senere tidspunkt af helbredsmæssige årsager varigt mister mindst halvdelen af din erhvervsevne i ethvert erhverv, har du mulighed for at søge om invalidesum. Hvis du mister mindst to tredjedele af din erhvervsevne, kan du søge om invalidepension og bidragsfritagelse."

Forsikredes faglige organisation havde efterfølgende flere gange telefonisk kontakt til selskabet vedrørende størrelsen af den udbetalte sum.

Den 1/9 2009 fremsendte selskabet et maskinelt brev med oplysning om, at forsikrede ville overgå til hvilende medlemskab pr. 1/12 2009, med mindre han oprettede en selvbetalerordning. Forsikrede reagerede ikke herpå. Han faglige repræsentant kontaktede imidlertid selskabet telefonisk den 6/10 2009. Om samtalen har selskabets medarbejder noteret følgende:

> "Svar til K.
> Type: Udgående telefonresume
> Kort referat:
> Jeg blev den 5. oktober ringet op af K. …fra Metal med henblik på, om diagnosetidspunktet kan ændres, så der gives ret til en KS sum på 100.000 kr. Jeg sagde, at jeg i givet fald vil konsultere vores lægekonsulent. Det var K. helt med på. Jeg har nu her til morgen den 6. oktober ringet til K., fordi jeg er blevet opmærksom på, at medlemmet blev BFD den 1. december 2008. Derfor kan summen ikke blive mere end 50.000 kr., selvom diagnosetidspunktet skulle ændres. Det var K. helt enig i. I øvrigt oplyste jeg, at jeg ved gennemgang af sagen heller ikke umiddelbart så grundlag for at ændre diagnosetidspunktet. Vi lukkede herefter sagen."

Forsikrede overgik herefter til hvilende medlemskab den 1/12 2009, hvilket han blev meddelt i de af selskabets maskinelt fremsendte standardbreve af henholdsvis 27/11 2009 og 30/11 2009. I brevene orienteredes om konsekvenserne ved at overgå til hvilende medlemskab, herunder at nogle af forsikringsdækningerne bortfaldt. Muligheden for at oprette en selvbetalerordning blev også nævnt.

Forsikredes ægtefælle kontaktede selskabet telefonisk den 1/2 2010 med henblik på at oprette en selvbetalerordning for forsikrede. Samme dag indsendte forsikrede en skriftlig anmodning herom vedlagt følgende brev:

> "Jeg har modtaget et brev fra Industriens Pension om jeg ønskede, at indbetale et beløb for at bevare de forsikringer der er i min Pensionsordning.
> Det har jeg et stor ønske om, men har desværre glemt det, da der i de sidste måneder, har været så meget der har fyldt, på grund af en kemo behandling af min lungekræft, desuden har jeg haft en længere varende lungebetændelse, derfor har jeg glemt brevet.
>
> Jeg beder jer vurdere, på grundlag af min situation, om det er muligt, at for mig at fortsætte med forsikringer, mod at jeg selvfølgelig indbetaler det skyldige beløb."

Selskabet afviste forsikredes anmodning i brev af 5/2 2010, hvori det bl.a. hedder:

> "Industriens Pension kan dispensere for en overskridelse af fristen, hvis der er en rimelig begrundelse. En rimelig begrundelse er fx bopæl / ophold i udlandet af længere varighed (dokumenteret) eller indlæggelse på hospital (dokumenteret).
>
> Af dit brev fremgår det, at du har glemt brevet, fordi de sidste måneder har været fyldt med kemobehandling og lungebetændelse.
>
> Vi vurderer, at der med denne oplysning ikke er dokumenteret en rimelig begrundelse.
>
> Hvis du på et senere tidspunkt af helbredsmæssige årsager varigt mister mindst halvdelen af din erhvervsevne i ethvert erhverv, har du mulighed for at søge om invalidesum. Hvis du mister mindst to tredjedele af din erhvervsevne, kan du søge om invalidepension og bidragsfritagelse."

Forsikredes faglige repræsentant anførte i brev af 16/3 2010 til selskabet:

> "På vegne af vort medlem [forsikrede] vil vi anmode Industriens Pension om at genoverveje afgørelsen af d. 5. februar 2010, hvor der gives afslag på at betale pensionsbidrag for egen regning.
>
> Som det kort er redegjort for i [forsikredes] brev af d. 1. februar 2010 har han været gennem et længerevarende sygdomsforløb pga. lungekræft der startede op i forsommeren 2009. Han har således været i Kemo behandling hen over efteråret uden resultat og påbegyndte derfor en ny behandling sidst i november mdr.
>
> [Forsikrede] var således svækket dels af sygdommen men i høj grad også af behandlingen på det tidspunkt hvor han burde have reageret på Jeres brev af 27. november 2009.
>
> Hen over Julen tilstøder der lungebetændelse og han må indlægges 31. december på … Sygehus.
>
> [Forsikrede] og hans hustru bliver derfor først opmærksom på brevet igen umiddelbart før første februar, hvor de første gang skriver til Industriens Pension.

Vi er således af den opfattelse, at der på baggrund af den svære situation [forsikrede] og han familie har været i, bør kunne give dispensation for tidsfristen for tilkendegivelse af ønsket om egen indbetaling. Dette synes underbygget af, at det netop i [forsikrede] vanskelige situation ville være direkte tåbeligt ikke at opretholde indbetalingen."

I selskabets brev af 19/3 2010 til den faglige repræsentant hedder det bl.a.:

"Vi har taget i betragtning, at [forsikrede] har været i et sygdomsbehandlingsforløb, men det er også vores opfattelse, at det havde været muligt for [forsikrede] at acceptere tilbuddet om at blive selvbetaler, som han havde modtaget både før men også mens, at han var i sygdomsforløbet.

Hertil kommer, at der går 3 måneder efter, at [forsikrede] er blevet hvilende, til han kontakter os for at høre om at blive selvbetaler.

Derfor er det vores opfattelse, at [forsikrede] har haft mulighed for at acceptere tilbuddet om at blive selvbetaler, og at han også vidste eller burde vide, at hans dækninger ellers vil falde ved overgangen til hvilende dækning. Og derfor kan vi ikke se, at der er grundlag for, at vi kan dispensere, så [forsikrede] kan blive selvbetaler pr. 1. december 2009."

Forsikrede afgik ved døden den 28/3 2010.

Klageren har i brev af 22/4 2010 til nævnet bl.a. anført:

"Industriens Pension henviser til at [forsikrede] fik udbetalt for kritisk sygdom, ved den henvendelse kunne det være oplagt, om Industriens pension havde gjort ham opmærksom på, at han skulle være opmærksom på forsikringen. Dette fik han ikke oplyst, til trods at han flere gange havde telefonisk kontakt med dem. Industriens pension vurdere, at [forsikrede] var i et sygdomsforløb, hvor han havde mulighed for at acceptere som selvbetaler. Dette er Industriens Pensions vurdering, truffen med kort varsel, uden lægefaglig vurdering.

Han havde på grund af hans lungekræft ikke meget energi og overskud i hverdagen.
Hans hverdag gik med at overleve, bekymringer omkring hans sygdom, og han lå på grænsen til en depression. Han sad i hans stol og deltog ikke aktivt i familielivet. Fra at være en meget aktiv mand, blev han inaktiv og modløs, på grund af udsigten for hans sygeforløb.
I forbindelse med kemo behandlingen, blev han træt og uoplagt, og havde mange bivirkninger, hvilket gjorde at hverken [forsikrede] eller familien havde meget overskud.

I januar mdr. fik han tilført ilt, som han ikke kunne undvære i daglig dagen, senere fik han en blodprop i hjernen som gjorde, at han sad i rullestol, og ikke længere kunne læse.
[Forsikredes] sygdoms forløb har været turbulent for ham og hans familie , han røg ud og ind af sygehuset. Hver gang han afsluttede en kemo behandling, måtte han starte på en ny. Hvilket gav ham mange bekymringer, og havde derfor ingen overblik over livet omkring ham.

På **baggrund af [forsikredes] tilstand ville det være en dårlig ide ikke, at tilmelde sig denne ordning.**

Heroverfor har selskabet i brev af 10/5 2010 til nævnet bl.a. anført:

"Ad punkt 2: I forbindelse med udbetaling af forsikringen ved visse kritiske sygdomme, var vi i telefonisk kontakt med [forsikrede] tre gange. Den ene gang var den 18. juni 2009, hvor vi aftalte med ham, at han skulle sende en ansøgning (bilag ..), og de to andre gange var den 25. juni 2009 og den 6. juli 2009, hvor vi oplyste ham om udbetalingen (bilag ..). På det tidspunkt var der 5 måneder til [forsikrede] ville overgå til hvilende medlemskab, og derfor ville det ikke efter vores opfattelse være naturligt at begynde at rådgive om muligheden for at blive selvbetaler, da han senere ville modtage skriftlig rådgivning om det.

I det brev vi modtog den 3. februar 2010 skriver [forsikrede] selv, at han glemte at indsende aftalen i december 2009, på grund af lungebetændelse og kemoterapi (bilag ..). Hans hustru forklarede ligeledes, at de ikke havde haft fokus på pensionsordningen (bilag ..). Det er ikke efter vores opfattelse overvejende sandsynligt, at [forsikrede] ville have svaret på brevene inden udløb af tidsfristen, hvis vi 5 måneder tidligere telefonisk havde orienteret ham, at han ville få tilbud om at blive selvbetaler, og at det kunne blive en fordel for hans efterladte.

Ad punkt 3: Vi har tidligere bedt [forsikrede] om at redegøre for, hvorfor han ikke havde indsendt aftalen til tiden. Det skyldes, at vi har været indstillet på at dispensere, hvis han reelt havde været afskåret fra at svare, f.eks. på grund af hospitalsindlæggelse. Ud fra de forklaringer han selv og hans hustru samt Dansk Metal har givet, er det ikke vores vurdering, at han reelt har været afskåret fra at svare.

I klagen er det anført, at [forsikrede] i januar 2010 fik ilt, og at han senere fik en blodprop i hjernen, og derfor ikke længere kunne læse. Disse oplysninger er ikke relevante for vurderingen, da fristen for at indsende selvbetaleraftalen udløb den 12. december 2009.

Endelig bemærker vi, at det alene er op til Industriens Pension, om vi ønsker at dispensere fra fristen på grund af særlige omstændigheder. Afgørelsen er administrativ og ikke lægefaglig.

Vi har forståelse for, at [forsikrede] har været gennem et meget ubehageligt og belastende sygdomsforløb med en meget dårlig prognose. Det er imidlertid ikke vores vurdering, at [forsikrede] i begyndelsen af december 2009 har været i en tilstand der gjorde, at han ikke aftaleretligt var bundet af sine handlinger og undladelser.

Ad punkt 4: Vi er enige i, at det havde været fordelagtigt for [forsikredes] efterladte, hvis han havde indgået en selvbetaleraftale. Vi er også enige i, at der kunne være gode argumenter for at kræve en aktiv framelding fra de medlemmer, der ikke ønsker en selvbetalerordning (passiv accept), i stedet for at kræve en aktiv tilmelding fra dem, der ønsker en ordning.

Det er imidlertid vores opfattelse, at indgåelse af selvbetaleraftaler ved passiv accept ville være i strid med god skik, jf. hertil principperne i forbrugeraftalelovens § 8. Det er således et grundlæggende udgangspunkt i dansk ret, at en forbruger kun bliver omfattet af de aftaler han aktivt indgår, uanset hvor mange argumenter der kan fremføres for, at det ville være uhensigtsmæssigt ikke at indgå en aftale."

På sekretariatets forespørgsel har selskabet i brev af 10/12 2010 yderligere bl.a. anført:

"<u>Ad eventuelt erhvervsevnetab:</u>
Industriens Pension har den praksis, at vi i forbindelse med behandlingen af en sag om kritisk sygdom også er opmærksomme på, om betingelserne for udbetaling af helbredsbetingede ydelser er opfyldt. Vi må derfor lægge til grund, at det også er undersøgt i denne konkrete sag.

For at få ret til helbredsbetingede ydelser fra Industriens Pension skal der være lægelig dokumentation for en varig nedsættelse af erhvervsevnen med henholdsvis halvdelen eller 2/3 i ethvert erhverv. Det tidspunkt, hvor erhvervsevnen anses for varigt nedsat, er, når det er lægeligt dokumenteret, at erhvervsevnenedsættelsen er varig, og helbredstilstanden ikke kan forventes at blive bedre (skadestidspunktet). Vi henviser til § 6, stk. 1 og § 7, stk. 1 i de forsikringsbetingelser, der var gældende på tidspunktet for bekræftelse af [forsikredes] diagnose, jf. ambulantepikrise af 17. juni 2009 (Bilag ..). Endvidere fremgik det af de dagældende forsikringsbetingelser § 6, stk. 2 og § 7, stk. 2, at forringelsen af erhvervsevnen bedømmes af Industriens Pension under hensyn til den pågældendes helbredsmæssige forhold ud fra en ren lægelig vurdering.

Ankenævnets opmærksomhed henledes på, at retten til helbredsbetingede ydelser er en personlig ret for forsikrede, der bortfalder ved forsikredes død, jf. § 18, stk. 2 i de dagældende og gældende forsikringsbetingelser. [Forsikrede] afgik ved døden den 28. marts 2010, og hans eventuelle ret til helbredsbetingede ydelser er derfor bortfaldet.

Klagen til Ankenævnet kommer fra afdøde medlems bo i en anden forbindelse. Såfremt Ankenævnet alligevel måtte vurdere, at [forsikredes] eventuelle ret til helbredsbetingede ydelser skal undersøges, gør vi opmærksom på, at vi ikke har [forsikredes] samtykke til at indhente de lægelige oplysninger, som ville være nødvendige til brug for vurderingen af, hvorvidt han havde en lægelig dokumenteret nedsat erhvervsevne i ethvert erhverv svarende til mindst halvdelen.

I de dagældende forsikringsbetingelser fandtes desuden nogle modregningsregler, som betød, at såfremt forsikrede havde fået udbetalt sum ved kritisk sygdom, så nedsattes en invalidesum med størrelsen af den tidligere udbetale sum ved kritisk sygdom, jf. dagældende forsikringsbetingelser § 6, stk. 6. Eventuel invalidesum ville derfor - uanset hvad - skulle modregnes, da [forsikrede] havde fået udbetalt sum ved visse kritiske sygdomme.

<u>Ad rådgivning om bidragsfritagelse, invalidepension og invalidesum:</u>
Ankenævnets opmærksomhed henledes på brev af 1. juli 2009 (bilag ..), hvor vi i forbindelse med udbetalingen af kritisk sygdom, skriftligt gjorde [forsikrede] opmærksom på, at såfremt han på et senere tidspunkt af helbredsmæssige årsager varigt mistede mindst halvdelen af sin erhvervsevne i ethvert erhverv, havde han mulighed for at søge om invalidesum og invalidepension og bidragsfritagelse, hvis han varigt havde mistet sin erhvervsvene i alle erhverv med mindst 2/3. Det fremgik også af brevet, at såfremt [forsikrede] havde spørgsmål, så var han velkommen til at ringe til os. [forsikrede] kontaktede os ikke med spørgsmål til forsikringsdækningerne ved invaliditet.

På vores hjemmeside var der endvidere i 2009 information om dækningen ved invaliditet, ligesom medlemmerne kunne hente ansøgningsskema mv. I forbindelse med [forsikredes] henvendelse til os den 18. juni 2009 (bilag ..) blev han henvist til vores hjemmeside, hvor vi ved, at han efterfølgende var inde og hente og printe ansøgningsskema til brug for hans ansøgning om sum ved visse kritiske sygdomme (bilag ..).

Derudover var dækningen ved invaliditet bl.a. omtalt på årsoversigten udsendt i august 2009 (bilag ..).

Vi mener derfor, at vi behørigt, redeligt og konkret har rådgivet og informeret [forsikrede] om dækningen ved invaliditet, herunder bidragsfritagelse, invalidepension og invalidesum og betingelserne for udbetaling."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

> "**§ 4 Bidragsbetalingens indstilling/genoptagelse**
> Indstilles bidragsbetalingen i henhold til § 1, stk. 1, inden den forsikrede er fyldt 67 år eller har fået ret til invalidepension eller livsvarig alderspension, jf. § 12, opretholdes forsikringsdækningen i fuldt omfang i 12 måneder (bidragsfri dækning) …Efter udløb af perioden med bidragsfri dækning overgår forsikringen til hvilende forsikring (fripolice) med nedsat forsikringsdækning, medmindre andet aftales, …"

Nævnets flertal udtaler:

Forsikrede blev i forsikringstiden sygemeldt på grund af sin lungekræft, hvilket han oplyste selskabet om. Han havde derudover astma og KOL og som følge heraf en lungefunktion på kun 49 % af det forventede.

Selskabet udbetalte sum ved kritisk sygdom den 1/7 2009 og havde efterfølgende flere telefonsamtaler med forsikrede og dennes faglige repræsentant, senest den 6/10 2009, dvs. under to måneder før overgangen til hvilende medlemskab. Det bemærkes, at telefonsamtalerne vedrørte summen ved kritisk sygdom og den bidragsfri dækning, som havde betydning for summens størrelse. Forsikrede anmodede om at oprette en selvbetalerordning 2 måneder efter overgang til hvilende medlemskab, ikke 3 måneder som hævdet af selskabet. Selskabet har oplyst, at betingelserne for helbredsbetingede ydelser også vurderes i forbindelse med en ansøgning om sum ved kritisk sygdom. En sådan undersøgelse ses ikke at være foretaget på noget tidspunkt, uagtet de lægelige oplysninger, som efter vores opfattelse klart indikerede, at hans helbred var væsentligt forringet.

I en situation som den foreliggende ville det have været økonomisk mest fordelagtigt for forsikrede at opretholde sine dækninger, da han var dødelig syg på grund af lungekræft, KOL og astma. Vi lægger til grund, at oprettelse af en selvbetalerordning som minimum sikrer opretholdelse af dødsfaldssummen.

Forsikrede blev af selskabet skriftligt vejledt om muligheden for at fortsætte med at betale pensionsbidrag for egen regning. En sådan neutral vejledning er efter vores opfat-

telse ikke tilstrækkelig i det foreliggende tilfælde, når henses til, dels den omfattende telefoniske korrespondance med selskabet, dels de oplysninger, som selskabet allerede var i besiddelse af i forbindelse med behandling af sagen om kritisk sygdom, dels det forhold, at forsikrede kontaktede selskabet forholdsvis kort tid efter overgangen til hvilende medlemskab. Vi finder ikke anledning til at betvivle, at den for sene henvendelse skyldtes hans helbredsmæssige forhold.

Vi finder derfor, at selskabet burde have accepteret klagers anmodning af 1/2 2010 om oprettelse af en selvbetalerordning med tilbagevendende kraft fra den 1/12 2009.

Vi finder derfor, at klager som påstået har krav på dødsfaldssummen, men med fradrag af skyldig præmie.

Et af nævnets medlemmer udtaler:
Selskabet fremsendte flere breve til forsikrede vedrørende overgang til hvilende medlemskab og konsekvenserne heraf. Jeg finder herefter, at selskabet i tilstrækkeligt omfang rådgav forsikrede om muligheden for at opretholde sine dækninger. Jeg kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at udbetale dødsfaldssummen.

Afgørelsen træffes efter stemmeflertallet.

Derfor

b e s t e m m e s :

Selskabet, Industriens Pension, skal udbetale dødsfaldssum til klager med fradrag af skyldig præmie fra 1/12 2009.

Marianne Højgaard Pedersen
formand