901/12

Den 15. oktober 2012 blev i sag nr. 81.997:

xxxxxxxxxxxx xxxxxx
xxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxx

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren havde sundhedsforsikring i Tryg Forsikring A/S. Han klager over, at selskabet har afvist at tilbagebetale indbetalt præmie for årene 2007 til 2011. Det er klagerens opfattelse, at forsikringen ophørte den 31/12 2006, da han fratrådte sin stilling.

Klagerens er født i 1944.

Selskabet har afvist at tilbagebetale den indbetalte præmie med henvisning til, at forsikringen ophørte, da klageren fyldte 67 år i 2011.

I klageskema af 6/2 2012 har klageren bl.a. anført:

"1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …

Den 24.01.2006 lod jeg mig som totalt sund og rask 61 årig overtale til at tegne en sundhedsforsikring for egen betaling og via Funktionærforeningen på min gamle arbejdsplads ... Jeg var fuldt og fast overbevist om at forsikringen var nærmest livsvarig og i et vist omfang også dækkede min ægtefælle. Jeg betalte derfor alle fremsendte opkrævninger frem til 2011 inklusive. Stor var min overraskelse da jeg modtog en skrivelse dateret den 30.11.2011 at min forsikring var blevet opsagt p.g.a. alder. Efter en del skriverier frem og tilbage fik jeg mistanke om at forsikringen måske kun var gældende mens jeg var i arbejde. Hvilket jeg så fik bekræftet af Funktionærforeningsformand ... Dette bliver også bekræftet ved e-mail af 19.01.2012 fra Produktrådgiver … under henvisning til selskabets juraafdeling der henviser til bestemmelsernes i § 5.12.2 hvori der står at 'forsikringen ophører med udgangen af den måned hvor forsikrede og medforsikrede udtræder af gruppeordningen'. D.v.s. pr. 31.12.2006 hvor jeg gik

på efterløn. Jeg mener derfor at jeg fejlagtigt i 5 år har betalt for en ikke virksom eller ikke eksisterende forsikring og vil derfor gerne have mine penge tilbage."

Dertil har selskabet i brev af 14/2 2012 til nævnet bl.a. anført:

"Vores kunde tegnede pr. 24. januar 2006 en sundhedsforsikring hos os via Funktionærforeningen i ... Aftalen med Funktionærforeningen har blot betydet, at vores kunde har fået forsikringen på fordelsvilkår, herunder til en favorabel pris.

…

Betaling

Vores kunde har endvidere betalt for forsikringen i hele perioden. Vores kunde betalte første gang den 24. januar 2006 for forsikringen.

Forsikringsoversigter

Sundhedsforsikringen har også fremgået af vores kundes årlige forsikringsoversigter, hvilke er sendt til vores kunde den 25. oktober 2011, den 21. september 2010, den 29. august 2009, den 7. oktober 2008 og den 2. oktober 2007. Forsikringsoversigten fra 2011 vedlægges til orientering.

Præmievarslinger

Videre har vores kunde modtaget præmievarslinger 3 gange, hvilke breve også indeholdt tilbud om muligheden for at overgå til et nyt produkt. Disse præmievarslinger blev sendt til vores kunde den 19. november 2010, den 25. juni 2009 og den 17. november 2008. Brev af 25. juni 2009 vedlægges til orientering.

Ophør af den kollektive aftale

Den kollektive aftale ophørte i 2009, hvor Funktionærforeningen opsagde aftalen. Opkrævninger mv. er fremsendt til kunden til trods for, at den kollektive aftale med Funktionærforeningen ophørte i 2009, og vores kunde har efter både ophør af den kollektive aftale samt efter arbejdsforholdets ophør betalt for sundhedsforsikringen. Ligeledes har vores kunde uden indsigelser modtaget forsikringsoversigter, præmievarslinger mv.

Orientering om ansættelsesforhold ophørt

Yderligere skrev vores kunde til os den 25. november 2010, hvor vores kunde oplyste, *at denne i sin tid tegnede sin Sundhedsforsikring via din arbejdsplads …, og at denne nu var folkepensionist.* Vores kunde spurgte her, om dennes hustru var omfattet af forsikringen. Dette svarede vi på den 30. november 2010 og den 2. december 2010, hvor vi oplyste, at det ikke var muligt at tegne en ægtefælledækning på sundhedsforsikringen, idet vores kundes hustru var fyldt 60 år. Jeg vedlægger til orientering korrespondancen.

Vi blev således her gjort opmærksom på, at vores kunde var førtidspensionist.

Ophør af forsikring ved det fyldte 67 år

I forhold til udløb af forsikringen når man fylde 67 år, fremgår det tydeligt af forsikringsbetingelsernes pkt. 5.12.2, - jf. ovenstående.

Af vores præmievarslinger, der også indeholdt tilbud om muligheden for at overgå til et nyt produkt fremgik det, at vores kunde skulle kontakte os, såfremt denne ønskede at omtegne til den forbedrede sundhedsforsikring. Der fremgår blandt andet som en overskrift *'Du har også mulighed for at få vores nye forbedrede sundhedsforsikring'.* Under overskriften fremgår, at *'du kan få glæde af, hvis du omtegner din nuværende sundhedsforsikring'.* Yderligere fremgår af brevet, at vores kunde skal kontakte os, hvis denne ønsker et tilbud på den nye sundheds-

forsikring. Det fremgår således af brevet, at vores kunde skulle kontakte os, såfremt denne ønskede den forbedrede sundhedsforsikring, hvor man ville være forsikret til man var 70 år. Forskelsbilag fra 2010 vedlægges til orientering.

Konklusion
På baggrund af alle vores skrivelser til vores kunde samt mailkorrespondancen i 2010 er det vores opfattelse, at vores kunde har haft et eksisterende produkt i hele perioden - 24. januar 2006 til den 1. januar 2012 -, og at vi således har været i risiko i hele perioden. Samtidig har det ikke været muligt for os at opsige forsikringsforholdet, og opkrævninger mv. er fremsendt til kunden til trods for, at den kollektive aftale med Funktionærforeningen ophørte i 2009.

Det er også vores opfattelse, at vores kunde har været viden om, at denne havde en sundhedsforsikring, som denne kunne bruge, såfremt denne skulle blive ramt af en dækningsberettigende lidelse, idet vores kunde i hele perioden har betalt for forsikringen og har modtaget forsikringsoversigter og varslinger.

Det er således ikke vores opfattelse, at vores kunde har betalt for et ikke-eksisterende produkt og således fejlagtigt betalt præmien for produktet.

Jeg vedlægger til støtte for vores afgørelse ankenævnskendelser 42.987, 57.526 og 70.569."

Efterfølgende er klageren og selskabet fremkommet med yderligere bemærkninger til sagen.

Af klagerens forsikringsoversigt fremgår bl.a., at klageren er forsikringstager og forsikrede.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**5.12 Fornyelse, ophør og opsigelse**

5.12.1
Forsikringen tegnes for etårige perioder og fornys automatisk, indtil forsikringstager opsiger den.

5.12.2
Forsikringen ophører med udgangen af den måned, forsikrede fylder 67 år eller udtræder af gruppeordningen. Hvis forsikrede er under 60 år, når forsikrede udtræder af gruppeordningen, kan dækningen i stedet videreføres på en selvstændig forsikring eller aftale med Tryg. Forsikringen ophører samtidig for *medforsikrede*.
...
5.12.7
Forsikringen kan ikke opsiges af Tryg; se dog 5.12.11.
…
5.12.11
Tryg kan straks opsige forsikringen:

- Hvis forsikrede ikke har opfyldt sine forpligtelser, herunder oplysningspligten.

- Hvis forsikrede fastholder at ville benytte læge/behandlingssted, som Tryg skriftligt har afvist.
- Ved skade forvoldt ved grov uagtsomhed eller forsæt,
- Ved assurancesvig eller forsøg herpå.
- I tilfælde af force majeure, herunder krig og borgerlige uroligheder."

Nævnet udtaler:

Henset til at klageren på forsikringsoversigten er angivet som forsikringstager og forsikrede, og da klageren har indbetalt præmie i alle årene, er det nævnets opfattelse, at selskabet har været i risiko i perioden, og nævnet kan der derfor ikke pålægge selskabet at tilbagebetale præmien. Dette gælder efter nævnets opfattelse, selv om den kollektive aftale er bortfaldet i 2009, når aftalen ikke er opsagt i forhold til forsikringstageren.

Da klageren er fyldt 67 år, og da parterne ikke har indgået en aftale om at forlænge forsikringstiden, finder nævnet ikke anledning til at kritisere, at selskabet har meddelt klageren, at forsikringen er ophørt.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand