Ankenævnet for Forsikring

Den 17. juni 2015 blev i sag nr. 87731:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har gennem sin arbejdsplads været omfattet af en gruppelivsforsikring i Forenede Gruppeliv blandt andet med dækning for visse kritiske sygdomme. Han klager over, at selskabet i 2009 i forbindelse med et jobskifte ikke rådgav ham om, at han herved udtrådte af ordningen, og om muligheden for at tegne fortsættelsesforsikring.

Selskabet har i sin afgørelse henvist til, at forsikringsdækningen i overensstemmelse med aftalegrundlaget ophørte, da klageren skiftede job, og at selskabet ikke har en særskilt forpligtelse til at yde ham individuel rådgivning herom.

I klageskema af 22/2 2015 til nævnet er det bl.a. anført:

> "I forbindelse med overgang til kontraktsansættelse i … [arbejdsgiver] i 2009 hævder FG, at jeg ikke er omfattet af eksisterende gruppelivsforsikring. Jeg blev tilbudt en anden gruppelivsforsikring, men kunne ikke opfylde helbredsoplysningerne, så i dag gøres det gældende, at jeg ikke har nogen forsikring af kritisk sygdom og ikke berettiget til at modtage dækning under gruppelivsforsikringen. Jeg gør omvendt gældende, at jeg ingen rådgivning har fået, hvorfor jeg anser, at jeg er dækket eller FG er ansvarlig for mit tab svarende til forsikringsudbetalingen. FG bestrider tilsyneladende ikke, at jeg ingen rådgivning har fået, men henviser til …, hvilket jeg mener er helt urimeligt. I øvrigt har jeg ikke fået nogen rådgivning fra … om forsikring. Jeg henviser i øvrigt til de medsendte bilag samt min supplerende redegørelse.
>
> 2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)
> Udbetaling af erstatning ved kritisk sygdom, der følger af gruppelivsforsikring ....

…

Jeg oplever i ekstrem grad, at jeg er blevet kastebold mellem FG og min arbejdsgiver. FG indtager angiveligt det standpunkt, at de ikke har nogen rådgivningsforpligtelse over for mig, idet jeg fornemmer, at FG mener, at forpligtelsen er overladt til min arbejdsgiver. Jeg mener ikke, dette kan være rigtigt. For det tilfældes skyld, at ankenævnet er af den opfattelse, at FG kan unddrage sig sin rådgivningsforpligtelse ved at aftale med arbejdsgiver, at vedkommende skal forestå forpligtelsen bemærkes, at jeg som nævnt i bilagene havde en medarbejdersamtale i juni 2009 med nærmeste leder. Her fik jeg tilbudt en lønforhøjelse (som jeg naturligvis sagde ja til). Jeg fik at vide, at jeg nu skulle på kontrakt (fordi lønnen oversteg et vist trin), men det blev ikke diskuteret, hvad det indebar. Da ansættelseskontrakten kom ca 14 dage efter, var det en stor overraskelse for såvel klager som nærmeste leder, at jeg nu ikke længere var omfattet af reglerne for omsorgsdage. For øvrigt bemærkes, at da jeg modtog ansættelseskontrakten, havde jeg allerede fået den første løn (med en nettostigning på omkring 2.000 kr) udbetalt. Jeg har vedlagt det under pkt 9 anførte materiale til belysning af den rådgivning (eller mangel på samme), jeg har modtaget fra min arbejdsgiver. Der foreligger intet andet materiale. Sammenfattende bemærkes, at jeg ingen rådgivning har fået.

Det virker som om FG gør gældende (det under pkt 7 anførte brev), at jeg kunne have tegnet en anden forsikring med et af FG ejerselskaber (måske en slags fortsættelsesforsikring, for FG tilkendegiver, at det kunne de først i 2012). Hvis det er rigtigt, så forstår jeg ikke, hvorfor FG eller min arbejdsgiver ikke fortalte mig om denne mulighed.

I denne proces føler jeg mig så dårligt behandlet: jeg har en gruppelivsforsikring, jeg kommer på kontrakt, jeg får tilbudt en gruppelivsforsikring for ledende medarbejdere, men kan ikke opfylde helbredsbetingelserne, og summa summarum: jeg er uden dækning. Der var jo anledning nok til at rådgive mig om forholdene, idet såvel FG som banken kunne se, at jeg nu stod uden dækning (således som de så sagen).

Og når jeg så stiller mig uforstående over for, at den gruppelivsforsikring, der har været gældende frem til 2009, har fremgået af mine årlige pensionsoversigter og først er fjernet i oktober 2013, får jeg at vide, at det var en fejl, begået af … (en af … [arbejdsgivers] underleverandører på lønsiden).

For fuldstændighedens skyld har jeg vedlagt det under pkt 10 nævnte materiale. Jeg skylder loyalt at oplyse, at jeg ikke kan erindre, om materialet var det samme/havde det samme indhold i 2009, men ankenævnet kan se, at det i andet afsnit under Formål fremgår forudsætningsvis, at man - selvom man er dækket af den nævnte gruppelivsforsikring for ledende medarbejdere — samtidigt godt kan være dækket af andre gruppelivsforsikringer. Og det var lige præcis sådan, jeg opfattede det. Jeg beholdt den eksisterende, men kunne ikke opfylde helbredsbetingelserne for den nye.

Som kuriosum bemærkes i øvrigt, at mit kolesteroltal ligger på omkring 4, og jeg forstår, at FG nu optager medarbejdere med sådanne niveauer under gruppelivsforsikringen for ledende medarbejdere (som man tidligere har sagt nej til), så principielt burde jeg også kunne optages i dag.

Hvis ankenævnet bestemmer, at FG burde have optaget mig i gruppelivsforsikringen for ledende medarbejdere uden at kræve fornyede helbredsoplysninger, således at jeg alene

er berettiget til den dækning, der følger heraf og ikke den større dækning, der følger af den tidligere gruppelivsforsikring, kan jeg efter omstændighederne acceptere dette, selvom mit principale standpunkt er, at jeg er dækket af den tidligere gruppelivsforsikring. Et sådant resultat ville ligne den situation, hvor FG have tegnet en fortsættelsesforsikring. Blot for en ordens skyld: hvis ankenævnet har denne holdning, fortsætter gruppelivsforsikringen vel med at være i kraft — også efter betaling af den deri nævnte erstatning for kritisk sygdom.

Med hensyn til spørgsmålet om ankenævnets sammensætning i forbindelse med denne klage tillader jeg mig at forudsætte, at der ikke indgår repræsentanter for FG eller nogle af de institutioner, som FG betegner som deres ejerselskaber i behandlingen af klagen."

I selskabets brev af 9/4 2015 til nævnet er det bl.a. anført:

"Klageren var indtil overgang til kontraktsansættelse 1. juli 2009 omfattet af ovennævnte gruppelivsforsikring via … Arbejdsgiverforening og … [fagforbund]— se bilag A, som er mail fra HR-afdelingen i … [arbejdsgiver].

Gruppelivsforsikringen indeholder dækning ved visse kritiske sygdomme og forsikringsbetingelserne for dækningen vedlægges som bilag B.

Det fremgår af bilag C, at klager søgte om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom 8. januar 2015, fordi klager havde fået diagnosticeret … [kritisk sygdom] i november 2014.

Det gøres gældende, at

1. diagnosen blev stillet efter forsikringstidens ophør for gruppelivsforsikring …
2. information og rådgivning direkte til de forsikrede om ændringer i vilkårene for gruppelivsforsikringen ikke kan påhvile FG
3. en fejlregistrering på Pensionslnfo ikke kan medføre, at forsikringsdækningen forbliver opretholdt efter udtrædelse af gruppelivsforsikringen

Generelle bemærkninger

Ovennævnte gruppelivsaftale er baseret på aftale mellem overenskomstparterne … Arbejdsgiverforening … [fagforbund] (…) og FG om oprettelse af obligatorisk gruppelivsforsikring til medarbejdere der er forsikringsberettigede i henhold til gældende overenskomst mellem … [arbejdsgiverforening] og … [fagforbund].

Gruppelivsaftalen vedlægges i uddrag (bilag D).

I aftaleforholdet er … [arbejdsgiverforening] og … [fagforbund] gruppelivsrepræsentanter og forsikringstagere, jf. FAL § 2, stk. 2 og Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring § 3, pkt. d) — bilag E.

I Gruppesikringsregulativet (bilag F), som er en del af overenskomsten indgået mellem … [arbejdsgiverforening] og … [fagforbund], fremgår under pkt. 6, at Gruppesikringsregulativets dækningsområde er medarbejdere omfattet af en overenskomst indgået mellem … [arbejdsgiverforening] og … [fagforbund] eller virksomhedsoverenskomst i henhold til hovedaftalen mellem … [arbejdsgiverforening] og … [fagforbund].

Af Gruppesikringsregulativets pkt. B fremgår, at gruppelivsforsikringen etableres ved særlige aftaler på … [arbejdsgiverforening]/… [fagforbund] foranledning og administreres gennem FG.

Gruppelivsforsikringen er 'Navneregistreret'. Det betyder, at virksomheden foretager registrering med navn og cpr.nr. af alle omfattede medarbejdere ved tiltrædelse/fratrædelse og ved ændringer i forsikringsforholdene. Registreringen bruges af FG til bl.a. beregning af forsikringspræmie og indberetning til Landspatientregistret. Det fremgår af afsnit 1 af gruppelivsaftalens § 3, at gruppemedlemmernes indtrædelse og udtrædelse meddeles til FG med navn og cpr.nr.

Navneregistreringen for klager vedlægges som bilag G. Det fremgår af bilaget, at klager var registreret på gruppelivsaftalen fra 1. oktober 2006 til 1. oktober 2013, hvorefter klager blev udmeldt.

Det fremgår af § 1 i gruppelivsaftalen, at gruppelivsaftalen omfatter samtlige medarbejdere, der er forsikringsberettigede i henhold til gældende aftale mellem … [arbejdsgiverforening] og … [fagforbund].

I gruppelivsaftalens § 3, afsnit 2, fremgår, at dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor Gruppesikringsregulativets bestemmelser ikke længere er opfyldt.

Det betyder, at ovennævnte gruppelivsforsikring i klagers tilfælde, bortfaldt ved overgang til kontraktsansættelse 1. juli 2009, hvor klager ikke længere var omfattet af overenskomsten mellem … [arbejdsgiverforening] og … [fagforbund], jf. bilag A.

I den konkrete sag skete udmeldelsen først den 1. oktober 2013 pga. en fejl fra … [arbejdsgiver]— eller …, som … [arbejdsgiver] har outsourcet lønsiden til, jf. klagers klageskrivelse til Ankenævnet.

Ad 1)

Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt. Det står i § 2, stk. 1 i bilag B, at det er en betingelse for udbetaling, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden.

I § 1 i bilag D er anført, at hvis et gruppemedlem inden det fyldte 70. år, pådrager sig en kritisk sygdom som angivet i de vedhæftede særlige forsikringsbetingelser (bilag B) - udbetales en forsikringssum. Det fremgår også, at det er en forudsætning for udbetaling, at diagnosen stilles i forsikringstiden.

Det står i § 3 i bilag D, at dækningen bl.a. ophører ved udgangen af den måned, hvor Gruppe-sikringsregulativets bestemmelser ikke længere er opfyldt.

Klager oplyser i ansøgningsskemaet, at klager fik stillet diagnosen kræft i tyktarmen i november 2014.

Det kan herefter konstateres, at diagnosen under § 7 A blev stillet efter ophør af forsikringstiden på gruppelivsaftale … den 30. juni 2009 — og også efter, at klager blev udmeldt af gruppelivsforsikringen, jf. bilag G, hvis Ankenævnet kommer frem til, at dette er skæringspunktet for ophør af forsikringstiden.

Ad 2)

FGs administration af gruppelivsforsikringen sker på baggrund af de oplysninger FG modtager fra virksomheden — her …[arbejdsgiver], om de omfattede medarbejdere i form af navn og cpr.nr. i navneregistreringen.

FG administration består præmieberegning/præmieopkrævning, skadesvurdering og udbetaling af forsikringsbeløb samt beregning og evt. udbetaling af bonus og FG giver information og rådgivning i den forbindelse.

Den løbende og direkte kontakt med de omfattede medarbejdere og rådgivning og information om gruppelivsforsikringen under ansættelsesforholdet og evt. ændringer deraf, som FG ikke modtager information om, foretages af virksomheden. I gruppelivsaftalen § 8 fremgår, at FG giver information til de forsikrede via de enkelte virksomheder ved udsendelse af forsikringsoversigt for gruppelivsforsikringen til virksomheden. Den direkte information til de forsikrede gives herefter af virksomheden — i klagers tilfælde af … [arbejdsgiver].

FG er ikke i besiddelse af de konkrete og faktiske oplysninger om medarbejdernes ansættelsesforhold og omfanget af eventuelle ændringer af vilkår for ansættelsen. Det har derfor ikke været muligt for FG at give information og rådgivning i forbindelse med klageres ændrede ansættelsesforhold i 2009.

Afgivelse af en helbredserklæring i forbindelse med optagelse i anden gruppelivsforsikring - her for ledende medarbejdere medfører ikke i sig selv, at den eksisterende gruppelivsaftale bortfalder. Denne information er det kun virksomheden — her … [arbejdsgiver], der besidder.

Det er alene … [arbejdsgiver] der har været i besiddelse af oplysninger om klagers ansættelsesforhold og om, hvorvidt klager også kunne være omfattet af overenskomstvilkårene, herunder gruppelivsforsikringen.

Det skal bemærkes, som også anført af klager, at klager modtog information i ansættelseskontrakten — klagers bilag 9, om at virksomhedsoverenskomsten ikke var gældende for kontrakten.

Det er derfor FGs opfattelse, at FG ikke kan holdes erstatningsansvarlige for evt. manglende information og rådgivning til klager i forbindelse med ændring af klagers ansættelsesvilkår per 1. juli 2009.

Ad 3)

FG fører ikke selvstændig registrering af de forsikrede under gruppelivsaftalen i forbindelse med til- og afmelding af de sikrede. Denne registrering foretages af virksomheden, som tidligere beskrevet. Det er ligeledes virksomheden der giver information til PensionsInfo.

Det er FGs opfattelse, at en registrering på PensionsInfo ikke kan føre til det resultat, at klager var omfattet af forsikringen efter det tidspunkt, hvor klager udtrådte af gruppelivsforsikringen efter gruppelivsaftalens § 3.

Gruppelivsforsikringen for ledende medarbejdere

Klager anfører i klageskrivelsen til Ankenævnet, at klager kan acceptere at blive omfattet af gruppelivsforsikringen for ledende medarbejdere, hvis Ankenævnet kommer frem til, at klager ikke er omfattet af ovennævnte gruppelivsforsikring.

Den af klager afgivne helbredserklæring for optagelse i gruppelivsforsikringen for ledende medarbejdere vedlægges som bilag H. Det skal i den forbindelse bemærkes, at helbredserklæringen er udfyldt i 2004, som ligger 5 år forud for overgang til klagers kontraktansættelse. FG er ikke i besiddelse af helbredserklæringer efter 2004 og FG har heller ikke kendskab til, hvorvidt klagers ansættelsesforhold også blev ændret i 2004.

Det fremgår af helbredserklæringen, at klager lider af diabetes 2 samt behandlingskrævende forhøjet kolesterol.

I henhold til vedlagte uddrag af retningslinjerne fra Videncenter for Helbred & Forsikring vedrørende diabetes 2, er der anbefalinger til risikovurdering. Risikovurderingen giver som minimum tavlerne D2 13 — markeret med pink (bilag I). Det skal bemærkes, at retningslinjerne er til internt brug, og må derfor ikke udleveres til klager.

I bilag J, som er FGs tegningsregler for gruppelivsforsikring fremgår, at der kun kan ske optagelse i en gruppelivsforsikring, hvis forsikredes helbredsforhold maksimalt klassificeres til bedømmelsestavlerne D1 11.

Da klagers helbredsforhold udgjorde en forøget forsikringsrisiko i 2004 til bedømmelsestavlerne D2 13 som minimum, og at denne risikovurdering ikke vil kunne bedres med tiden, er det korrekt, at klager ikke kunne tilbydes optagelse i gruppelivsforsikringen for ledende medarbejdere i 2004 og heller ikke senere, som anmodet af klager.

Dertil kommer ligeledes den nydiagnosticerede kræftsygdom, som også vil udelukke optagelse i gruppelivsforsikringen.

Fortsættelsesforsikring

Frem til 1. januar 2012, kunne forsikrede der udtrådte af en gruppelivsforsikring, oprette en fortsættelsesforsikring i et af FGs ejerselskaber. Fortsættelsesforsikringen kunne udelukkende tilbydes for dødsfaldsdækningen.

Fra 1. januar 2012 har det været muligt for de forsikrede, som udtræder af en gruppelivsforsikring, at oprette fortsættelsesforsikring i FG, med maksimalt de dækninger og udløbsaldre, som var i gruppelivsforsikringen for dødsfald, dækning ved visse kritiske sygdomme og invalidesum.

Fortsættelsesforsikringen skal oprettes senest 6 måneder efter ophør af gruppelivsforsikringen, jf. § 13 i Forsikringsbetingelser for Gruppelivsaftaler - bilag E.

Da muligheden for fortsættelsesforsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme først blev en mulighed fra 1. januar 2012 og der er forløbet mere end 6 måneder efter klager udtrådte af gruppelivsforsikringen 30. juni 2009, kan klager ikke tilbydes oprettelse af fortsættelsesforsikring med dækning, som kan give udbetaling for klagers kræftsygdom.

Konklusion

Vi må på baggrund af ovenstående fastholde vores afgørelse om, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen.

Vi har derfor ikke kunnet imødekomme klagers ønske om udbetaling, hvilket vi skrev til klager 14. januar 2015, 26. januar 2015 og 18. februar 2015 (bilag K)."

Hertil har klageren i brev af 21/4 2015 til nævnet bl.a. bemærket:

"Tillad mig først at foretage en korrektion. Min erindring har hele tiden været, at jeg indsendte helbredserklæring i 2009. Af den som bilag H fremlagte helbredserklæring kan jeg se, at den er dateret 18/8 2004. Jeg beklager dette.

Der skete det, at … [arbejdsgiver] i 2004 tilbød medarbejdere over et vist lønniveau at komme ind under gruppelivsforsikringen for ledende medarbejdere (…). Mit ansættelsesforhold fortsatte uændret. I den anledning udfyldte og indsendte jeg helbredserklæringen, men fik afslag, da jeg ikke opfyldte helbredskravene. Havde jeg opfyldt helbredskravene, ville jeg have været dækket under både virksomhedsoverenskomstens gruppelivsforsikring og gruppelivsforsikringen for ledende medarbejdere. I og med, at FG oplyser, at de ikke er i besiddelse af andre helbredserklæringer fra mig, har jeg ved kontraktsansættelsen i 2009 valgt ikke at indsende ny helbredserklæring, for jeg havde jo faet afslag på optagelse i gruppelivsforsikringen i 2004, og mine forhold var uændrede. Jeg havde fortsat diabetes 2 og var stadigt i forebyggende behandling med kolesterol-sænkende medicin. Det er jeg i øvrigt også den dag i dag.

Jeg har ikke mange kommentarer til FGs brev af 13 ds. Det indeholder en gennemgang af, hvorledes gruppelivsforsikringen er strikket sammen og hvem der har hvilke opgaver. Jeg kan ikke se, at dette vedrører mig. Som anført i klagen er det min opfattelse, at FG skal stå på mål i forhold til mig, og jeg har som tidligere nævnt ingen rådgivning modtaget.

Da jeg er sikret under gruppelivsforsikringen skulle FG have ydet rådgivning af mig allerede i 2009. Det må efter min mening anses for at være FGs risiko, at FG ikke har modtaget underretning om det påståede ophør af gruppelivsforsikringen. Heraf følger, at FG enten (i) er ansvarlig fordi der ikke er ydet mig rådgivning efter god skik reglerne (FG var jo klar over, at jeg ikke var optaget i gruppelivsforsikringen for ledende medarbejdere, så konsekvensen for mig af ophøret ville være, at jeg mistede min dækning) eller (ii) skulle have tilbudt mig en fortsættelsesforsikring. Jeg vedlægger som bilag 11 de vilkår, der var gældende for fortsættelsesforsikring i … (den håndskrevne bemærkning på forsiden er min). Vilkårene var gældende fra 1 juli 2009. For øvrigt beder jeg for en ordens skyld om, at FG fremlægger de aktuelt gældende forsikringsvilkår for gruppelivsforsikringen (dvs de vilkår, der var gældende umiddelbart forud for 1 juli 2009).

Da jeg angiveligt først udtræder 1 oktober 2013 (se bilag G), går jeg ud fra, at der er betalt præmie for mig frem til udtrædelsestidspunktet, så jeg antager, at FG har modtaget betaling for risikoen i den samme periode, hvor forsikringen har været i kraft og er fremgået af pensionsinfo. Om en betaling fra FG til mig kan danne grundlag for et regreskrav fra FG mod … [arbejdsgiver] ved jeg ikke, da jeg ikke kender det fuldstændige aftalegrundlag mellem FG og dets ejerselskaber.

Ved udtræden i 2013 burde FG have tilbudt mig en fortsættelsesforsikring, og som nævnt i korrespondancen kan det lægges til grund, at jeg ville have tegnet den.

> Jeg tillader mig at gå ud fra, at man ved kontraktsansættelsen af mig i 2009 ikke bevidst har haft til hensigt at bringe mig i en situation, hvor jeg skulle være uden dækning under gruppelivsforsikring; jeg har derfor tilladt mig at rette henvendelse til … [arbejdsgiver], således som det fremgår af vedlagte email dateret 23 februar 2015 (bilag 12). [Medarbejder] var på det tidspunkt … HR Partner. Jeg er uden reaktion på emailen."

I klagerens brev af 22/4 2015 til nævnet anfører han bl.a.:

> "I fortsættelse af mit brev af gårs dato bemærkes for god ordens skyld, at henvisningen til vilkårene angående fortsættelsesforsikring med … alene skal tjene til illustration af, at produktet var kendt i 2009, og at andre selskaber var i stand til at tilbyde fortsættelsesforsikring som produkt."

Nævnet har fået forlagt sagens bilag, der i det følgende vil blive gengivet uddrag af.

Af klagerens ansættelseskontrakt underskrevet den 6/7 2009 fremgår det bl.a.:

"

GYLDIGHED

Ikrafttrædelsesdato: 1. juli 2009

Kontrakten gælder indtil videre og erstatter de hidtidige aftalte løn- og ansættelsesvilkår.

ACCEPT AF AFTALEN OG GÆLDENDE LOVGIVNING

Ved underskrift af denne ansættelseskontrakt bekræfter du, at du har kendskab til indholdet heraf og til medarbejderreglerne og bilagene samt accepterer, at disse vilkår er bindende for dig.

Denne kontrakt er underlagt dansk lovgivning.

Arbejdsgivers virksomhedsoverenskomst og/eller overenskomstparter overenskomstgrundlag gælder ikke for denne kontrakt.

Denne ansættelseskontrakt udfærdiges i to eksemplarer, en til hver af parterne.

BILAG 2 til ansættelseskontrakt

ØVRIGE VILKÅR

Sygdom
Du er underlagt virksomhedsoverenskomstens vilkår omkring graviditets- og barselsorlov, adoption, børns sygdom osv. Du er ikke omfattet af overenskomstens regler om fem omsorgsdage.

PERSONALEGODER

Du er berettiget til følgende personalegoder:

Pension

Arbejdsgiver betaler 12,5% og du selv 5,25% af den pensionsgivende løn til den aftalte pensionsordning.

Pensionsalderen er 70 år. Fratrædelse finder sted uden yderligere varsel ved udgangen af den måned, hvori du fylder 70 år.

Forsikring

Arbejdsgiver betaler præmien for en heltidsulykkesforsikring og en sundhedsforsikring, der dækker dig i overensstemmelse med gældende regler.

Arbejdsgiver
Du tilbydes at blive omfattet af den gruppelivsforsikring, ... har tegnet.

"

Af selskabets navneregistrering af klageren fremgår det bl.a.:

Søgning erstatninger Navneregister

K

Cpmr: 2 : UNGR:
Navn:
Sagsnr: År

Cpr.nr	Glnr	Ungr	Navn	Indtr.	Udtr.	Status
		52		01-10-2006	01-10-2013	A

Af gruppelivsaftalen mellem overenskomstpartnerne, som klageren var omfattet af indtil 2009, fremgår det bl.a.:

> ***"§1.***
> ***Hvem er omfattet af forsikringen***
> Gruppelivsaftalen omfatter samtlige medarbejdere, der er forsikringsberettigede i henhold til gældende aftale mellem … [arbejdsgiverforening] / … [fagforbund] og FG, forudsat de pågældende ved optagelse i forsikringen er fuldt arbejdsdygtige.
>
> FA er berettiget til, efter nærmere aftale med FG, at forlange forsikringen udvidet til også at omfatte grupper af medarbejdere, som ikke omfattes af Gruppesikringsregulativet, forudsat at gruppen tilmeldes efter generelle regler.
>
> Finansforbundet er berettiget til, efter nærmere aftale med FG, at forlange forsikringen udvidet til også at omfatte grupper af medlemmer af Finansforbundet, som ikke er omfattet af Gruppesikringsregulativet, forudsat gruppen tilmeldes efter generelle regler.
> …
> ***Kritisk sygdom:*** Hvis et gruppemedlem inden udgangen af den måned, hvor den pågældende fylder 70 år, pådrager sig en kritisk sygdom som angivet i de vedhæftede særlige forsikringsbetingelser - udbetales en forsikringssum - jfr. aftalens § 2.
>
> Efter udbetaling af en sum ved kritisk sygdom opretholdes dækningen, jfr. § 3 b i forsikringsbetingelserne for kritisk sygdom.
> …
> ***§ 3.***
> ***Indtrædelse og udtrædelse***
> Dækningen er virksom, når betingelserne i Gruppesikringsregulativet berettiger til gruppelivsforsikring. For tilsluttede grupper indtræder dækningen ved tilmeldelsen af grupperne. Gruppemedlemmers indtrædelse og udtrædelse meddeles til FG med anførelse af navn, cpr.nr.
> Dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor Gruppesikringsregulativets bestemmelser ikke længere er opfyldt. For tilsluttede grupper ophører dækningen ved fratrædelsen fra et FA-selskab eller udtræden af gruppen i øvrigt. Gruppemedlemmer, som er tilmeldt i medfør af § 1, tredje stk., udtræder tillige af dækningen samtidig med udtrædelsen af Finansforbundet.
>
> Den udbetalte forsikringssum fratrækkes i en eventuel senere forfalden dødsfaldsdækning, hvis dødsfald sker mindre end 3 måneder efter forsikringssummen ved kritisk sygdom er forfalden.
>
> Det er en forudsætning for udbetaling, at diagnosen stilles i forsikringstiden.
>
> ***§ 8.***
> ***Forsikringsoversigt***
>
> FG sørger for information til de forsikrede via de enkelte virksomheder."

I gruppesikringsregulativet, der fremgår af standardoverenskomsten mellem arbejdsmarkedets parter, er det bl.a. anført:

"**Regulativets dækningsområde:**

Medarbejdere omfattet af en overenskomst indgået mellem … [arbejdsgiverforening] og … [fagforbund] eller virksomhedsoverenskomst i henhold til hovedaftalen mellem … [arbejdsgiverforening] og … [fagforbund].

A. GRUPPEFORSIKRINGSORDNINGER
Gruppeforsikringsordningeme gælder fra ansættelsen og ophører, når gruppemedlemmet fratræder sin stilling, dog senest ved det fyldte 70. år. Under godkendt fravær opretholdes dækningen

B. ETABLERING AF GRUPPELIVSFORSIKRING
Ovennævnte gruppelivsforsikringer etableres ved særlige aftaler på …/… foranledning og administreres gennem FG.

… og … kan gennem FG efter generelle regler tilmelde andre medarbejdergrupper, der ikke er omfattet af overenskomsterne mellem … og …."

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**§ 1. Forsikringsaftalen**
Stk. 1. Forsikringsaftalen består af gruppelivsaftalen og nedenstående forsikringsbetingelser.
…
§ 2. Gruppelivsaftalen
Stk. 1. Gruppelivsaftalen indeholder de overordnede bestemmelser om de gruppelivsforsikrede, disses indtræden og udtræden af ordningen samt forsikringsdækningens omfang med videre.
…
Stk. 3. Kritisk sygdom dækkes efter FGs bestemmelser om: "Dækning ved visse kritiske sygdomme i tilslutning til FGs gruppelivsaftaler og forsikringsbetingelser', der udleveres som et tillæg til gruppelivsaftaler, der omfatter kritisk sygdom.
…
§ 3. Betydningen af udtryk anvendt i forsikringsaftalen
…
d) Forsikringstageren
Den virksomhed, forening, organisation eller lignende, som FG har indgået forsikringsaftalen med.

FG kan med fuld gyldighed for gruppemedlemmerne træffe aftale med forsikringstageren om alle spørgsmål vedrørende forsikringsaftalen. Det enkelte gruppemedlem, jf. pkt. f, er dog berettiget til at aftale individuelle bestemmelser med FG om begunstigelse.

e) Forsikringstiden
Omfatter perioden fra gruppemedlemmets respektive med-forsikrede ægtefælles/samlevers/barns indtræden under gruppelivsaftalen og indtil udtræden sker efter forsikringsaftalens bestemmelser, eller som følge af gruppelivsaftalens ophør eller individuelt ifølge aftale.

> *f) Gruppemedlemmerne*
> De personer, der ifølge gruppelivsaftalen mellem FG og forsikringstageren er indtrådt i aftalen som ejere af den aftalte forsikringsdækning.
> …"

I selskabets oversigt Dækning ved visse kritiske sygdomme i tilslutning til gruppelivsaftaler og selskabets forsikringsbetingelser fra 2009, fremgår det bl.a.:

> "§ 2. Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karensperiode. Forsikringstid og eventuel karensperiode fremgår af gruppelivsaftalen. Diagnoser, der stilles efter forsikringstidens udløb, er ikke dækket af forsikringen."

Nævnet udtaler:

Selskabet har gjort gældende, at klageren ved overgang til en ledende stilling i samme virksomhed i 2009 udtrådte af den hidtil gældende gruppelivsordning. Han har heroverfor anført, at han ifølge sine pensionsoplysninger stod anført som dækket frem til oktober 2013, og at han ikke i forbindelse med stillingsskiftet modtog tilstrækkelig rådgivning herom.

Nævnet lægger til grund, at klageren ikke modtog særskilt oplysning eller rådgivning fra selskabet i forbindelse med ophøret af den hidtidige gruppelivsdækning. Han blev ikke omfattet af en ny gruppelivsordning i den nye stilling, da han på grund af helbredsmæssige forhold undlod at ansøge herom. Han fik i 2014 konstateret kræft, og selskabet afviste at yde dækning med henvisning til, at sygdommen ikke var diagnosticeret i forsikringstiden.

Spørgsmålet for nævnet er, hvorvidt selskabet ifalder et erstatningsansvar for ikke at have rådgivet klageren i forbindelse med udtrædelsen af gruppelivsordningen, herunder om muligheden for at tegne en fortsættelsesforsikring.

Nævnet bemærker indledningsvist, at der efter god skik bekendtgørelsen gælder regler om forsikringsselskabers rådgivningsforpligtelse, og at disse også gælder for det indklagede selskab.

Det fremgår blandt andet af bekendtgørelsens § 7, stk. 2, at selskabet skal yde rådgivning, hvis kunden anmoder herom, og at selskabet af egen drift skal yde rådgivning, hvor omstændighederne tilsiger, at der er behov herfor.

En tilsidesættelse eller utilstrækkelig efterlevelse af reglerne i god skik bekendtgørelsen kan efter omstændighederne medføre, at selskabet ifalder erstatningsansvar for mangelfuld rådgivning.

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet, at selskabet ikke er ifaldet et erstatningsansvar over for klageren.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens udtrædelse af gruppelivsordningen har fulgt reglerne herom i forsikringsbetingelserne, gruppelivsaftalen og gruppesikringsregulativet, som ikke ses at indeholde regler om rådgivnings- eller orienteringspligter. Af den gruppelivsaftale, som var gældende i hans oprindelige stilling, fremgår det således, at ordningen omfatter samtlige medarbejdere, der er forsikringsberettigede i henhold til aftale mellem arbejdsgiveren og fagforbund.

Derudover har nævnet lagt vægt på, at det fremgår af klagerens ansættelseskontrakt vedrørende den nye stilling, at han ikke længere er omfattet af overenskomsten på området. Endvidere fremgår det af ansættelseskontakten, at arbejdsgiveren betaler for heltidsulykkesforsikring og sundhedsforsikring, og at klageren tilbydes at blive omfattet af den gruppelivsforsikring, som selskabet har tegnet. Henset hertil finder nævnet, at klageren ikke kan have haft en berettiget forventning om, at den hidtidige gruppelivsordning ville fortsætte uændret. Nævnet finder endvidere, at han har været nærmest til selv at få afklaret, hvilken gruppelivsdækning han havde, hvis han var i tvivl herom.

Endvidere har nævnet lagt vægt på, at klageren i den nye stilling blev tilbudt omfattet af en ny gruppelivsordning, som han efter det oplyste afstod fra at søge, da han i 2004 havde fået afslag herpå som følge af helbredsmæssige forhold.

14. 87731

Det forhold, at klagerens som følge af en fejl, der ikke kan tilregnes selskabet, har stået anført som omfattet af ordningen i sine pensionsoplysninger, kan ikke føre til andet resultat. Nævnet har herved også lagt vægt på, at klagerens kritiske sygdom blev konstateret i 2014, der ligger efter tidspunktet for forsikringens ophør ifølge de ukorrekte pensionsoplysninger.

Nævnet kan heller ikke kritisere, at selskabet ikke vil yde dækning efter den nye gruppelivsforsikring for ledende medarbejdere, og har blandt andet lagt vægt på oplysningerne vedrørende klagerens helbredsforhold samt selskabets tegningspolitik.
Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen