Ankenævnet for Forsikring

Den 14. juni 2017 blev i sag nr. 90265:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har livsforsikring i Topdanmark Forsikring A/S. Han klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at anse sig bundet af et tilbud om livsforsikring, som selskabet har afgivet til klagerens forsikringsmægler, og som klageren overfor sin forsikringsmægler har accepteret.

Selskabet har ved sin advokat anført, at selskabet ikke er bundet af den fejlagtigt udstedte forsikringsmeddelelse, da denne ikke har virket bestemmende for klageren, og at klageren ikke har lidt et tab. Selskabet har også anført, at den fejlagtige forsikringsmeddelelse er blevet tilbagekaldt inden for rimelig tid.

Af klageskema med bilag af 3/1 2017 til nævnet fremgår blandt andet:

> "**SAGSFREMSTILLING**
>
> Den 9. marts 2016 indgik forsikringstager en samarbejdsaftale med Aon Private Consulting Forsikringsmæglere A/S (herefter AON).
>
> Af samarbejdsaftalen (bilag 1) fremgik, at AON skulle bistå og rådgive forsikringstager om etablering nye forsikrings- og pensionsordninger.
>
> I tilknytning til samarbejdsaftalens oprettelse, udfyldte forsikringstager to erklæringer: én helbredserklæring omfattende forsikringstagers helbredstilstand de seneste 5 år forud for erklæringens datering samt en førtidspensionserklæring. Erklæringerne fremlægges som bilag 2 og 3 og skulle bruges til nyoprettelse af en forsikringsordning hos forsikringsselskabet.

Ved en misforståelse ved afkrydsningen af førtidspensionserklæringen blev rubrikkerne ikke afkrydset (bilag 3). Dette blev ikke opdaget af AON, der efterfølgende opsagde forsikringstagers gældende forsikringsordninger ved skrivelse af 9. marts 2016 (bilag 4) samtidig med der blev indgivet begæring om tegning af en ny forsikringsordning hos forsikringsselskabet.

Da oplysningerne i helbredserklæringen om revalidering ikke stemte overens med den blanke førtidspensionserklæring, anmodede forsikringsselskabet om yderligere oplysninger fra forsikringstager.

Forsikringstagers læge, …, fremsendte derfor d. 6. april 2016 (bilag 5) kopi af speciallægeerklæring af 13. januar 2010 (bilag 6), speciallægeerklæring af 6. september 2011 (bilag 7) speciallægeepikrise af 6. februar 2010 (bilag 8) hvoraf fremgik, at forsikringstager i april 2009 havde været udsat for en voldsom hændelse der havde udløst en efterfølgende posttraumatisk belastningsreaktion hos forsikringstager.
…
I følgeskrivelsen til forsikringsselskabet (bilag 5), anførte speciallæge …, at patienten ikke havde været i behandling siden forløbet blev afsluttet i 2011. Følgeskrivelsen blev modtaget og stemplet 'modtaget' d. 8. april 2016 af forsikringsselskabet.

Forsikringstager udfyldte på begæring fra forsikringsselskabet yderligere et spørgeskema fra omfattende 'stress, krise, angst, depression og andre psykiske lidelser. Spørgeskemaet, der fremlægges som bilag 9, blev stemplet modtaget af forsikringsselskabet d. 14. april 2016. Af besvarelsen fremgik, at forsikringstager havde haft symptomer på posttraumatisk stress (PTSD) omfattende én episode i august 2009.

Den 4. maj 2016 meddelte AON at nye forsikrings- og pensionsordninger var blevet indtegnet hos forsikringsselskabet (bilag 10). Samme med bekræftelse sendte AON kopi af den indtegnede forsikringspolice udstedt og dateret d. 19. april 2016 af forsikringsselskabet (bilag 11).

Af policeresumeet side 2 (bilag 11) fremgik, at den årlige rente for erhvervsevne var fastsat til kr. 599.928,- og at forsikringen var tegnet uden forbehold jfr.

Den 3. juni 2016 - altså én måned senere - indkaldte AON forsikringstager til et møde, hvor AON tilbagekaldte den udstedte forsikringspolice af 19. april 2016 med henvisning til, at forsikringstager havde afgivet urigtige oplysninger i de indsendte erklæringer.

Af mødereferatet som AON udfærdigede, fremgik at Forsikringsselskabet pr. kulance kunne tilbyde dækning af erhvervsevne med kr. 211.400 i stedet for de aftalte kr. 599.928 (bilag 12), hvilket forsikringstager afviste.

For god ordens skyld skal det understreges, at forsikringstager ikke er enig i resumeet.
…
Efter forsikringstagers opfattelse overså såvel AON og forsikringsselskabet fuldstændigt det faktum, at de oplysninger - som dannede grundlag for forsikringsselskabets afvisning - allerede var blev afgivet ved speciallæge …s skrivelse af 6. april 2016 modtaget 8 april 2016 af forsikringsselskabet samt ved besvarelse og fremsendelse af spørgeskemaet, som forsikringsselskabet og AON ubestridt modtog d. 14. april 2016 (bilag 9).

Forsikringsselskabet modtog de facto oplysningerne d. 8. april 2016 mere 9 dage før forsikringspolicen blev udstedt d. 19. april 2016 og 4 uger før tilbagekaldelsen af forsikrin-

gen, der i øvrigt ikke skete direkte overfor forsikringstager men overfor AON, der tillige må antages at have begået ansvarspådragende fejl ved ikke at have rådgivet min klient om udfyldelsen af førtidspensionserklæringen eller have kontrolleret, at samtlige oplysninger til brug for forsikringstegningen var blevet afgivet på korrekt og lovformelig vis, inden forsikringstagers forsikringsordning blev opsagt d. 9. marts 2016 af AON (bilag 4).
…
Som begrundelse for afslaget anførte forsikringsselskabet, at forsikringstager allerede to dage efter modtagelsen af forsikringspolicen blev gjort bekendt med fejlen og at dette isoleret set udgør grundlag for at tilbagekalde forsikringstilsagnet.

Forsikringstager har efterfølgende foreslået en suspensionsaftale af de fastsatte pensionsindbetalinger til det er afgjort, om forsikringsselskabet er bundet af sit forsikringstilsagn af 17. april 2016, hvilket forsikringsselskabet ved e-mail af 6. december 2016 afslog (bilag 19).

Forsikringstager betaler fortsat præmie i overensstemmelse med policen af 17. april 2016.

ANBRINGENDER

Til støtte for den nedlagte påstand overfor forsikringsselskabet gøres det gældende, at forsikringsaftalen mellem parterne er indgået på et fuldt ud oplyst grundlag, idet forsikringsselskabet ved skrivelse af 6. april 2016 fra speciallæge … blev gjort bekendt med forsikringstagers tidligere helbredsforhold tillige med Arbejdsskadestyrelsens vurdering af forsikringstager i 2009 samt af besvarelsen af spørgeskema modtaget d. 14. april af forsikringsselskabet, hvoraf det af begge erklæringer fremgik, at forsikringstager tidligere har fået stillet diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion. Begge erklæringer - hvor diagnosen stod beskrevet med flammeskrift - blev ubestridt modtaget af forsikringsselskabet d. 8. april henholdsvis d. 14. april 2016 og dermed forud for udstedelsen af forsikringspolicen d. 19. april 2016.

Forsikringstager var således i god tro i relation til forsikringsindtegningen.

Forsikringsselskabet bærer selv risikoen for fejlvurderinger og/eller fejlekspeditioner, der ikke kan lastes forsikringstager.

Forsikringsselskabets synspunkt om at forsikringstager ikke har krav på forsikringsdækningen allerede fordi forsikringspolicen blev tilbagekaldt to dage efter denne kom til forsikringstagers kundskab er irrelevant alt den stund forsikringstager ikke har haft grundlag for at antage, at forsikringsselskabet havde fejlbehandlet sagen.

Det er forsikringsselskabets egen risiko og i øvrigt en risiko, der er indkalkuleret i driftsrisikoen ved at drive forsikringsvirksomhed.

Forsikringstager har retskrav på den mellem parterne indgået aftale af 19. april 2016, hvorefter forsikringstager er dækket som anført i forsikringspolicen. Der foreligger ingen undskyldelige omstændigheder, der kan begrunde at dette udgangspunkt fraviges hverken forsikringsaftalemæssigt endsige aftaleretligt.

I medfør af forsikringsaftalelovens § 9 gøres det gældende, at forsikringsselskabet allerede var vidende om de rette forhold på tidspunktet for policens udstedelse og at forsikringsselskabet derfor i medfør af forsikringsaftalens § 10 ikke kan påberåbe sig disse forhold, som grundlag for at afvise den indgåede pensions- og forsikringsaftale."

Selskabets advokat har til nævnet i brev af 9/2 2017 blandt andet anført:

"Sagsfremstilling

Selskabet modtog den 17. marts 2016 en begæring om etablering af pensionsordning inklusiv forsikring for tab af erhvervsevne til klager via AON Private Consulting Forsikringsmæglere A/S (herefter APC), jf. **bilag A**, begæring om etablering af pensionsordning, **bilag B**, begæring om etablering af tab af erhvervsevneforsikring og **bilag C**, rammeaftale om etablering af pensionsordning

Med begæringerne fulgte en Førtidspensionserklæring (FØP-erklæring) underskrevet den 9. marts 2016, klagers bilag 3, der var underskrevet 'blankt', dvs., at klager ikke havde sat kryds ved nogle af spørgsmålene, herunder spørgsmålet, om han *'på noget tidspunkt havde ansøgt om, rejst sag om eller fået tilkendt revalidering'*.

Idet FØP-erklæringen var blank var kravene til 'straks-antagelse' af forsikringen i realiteten opfyldt, og klager kunne således få tilbudt basisdækninger svarende til de dækninger, som han havde tegnet i [tidligere pensionsselskab]. Antagelig af denne årsag opsagde APC samtidig med begæringen dækningerne i [tidligere pensionsselskab].

Da klager samtidig ønskede en væsentlig forhøjelse af sine dækningssummer fik han under mødet den 9. marts 2016 udleveret en 5-årig helbredserklæring, bilag 2. Efter det oplyste udfyldte klager efter mødet erklæringen og sendte den samme dag til APC. Af erklæringen, der ligeledes blev modtaget hos selskabet den 17. marts 2016, fremgår under pkt. 6, at klager havde været i revalidering i 2009.

Som det korrekt er anført i klageskriftet af 21. december 2016 anmodede selskabets antagelsesafdeling på grund af oplysningerne om revalidering i 5-års erklæringen (hvilke oplysninger ikke fremgik af FØP-erklæringen) om supplerende helbredsoplysninger til brug for selskabets vurdering af, om klager kunne opnå de forhøjede dækninger.

På baggrund af disse supplerende oplysninger (herunder spørgeskema modtaget hos selskabet den 14. april 2016 og oplysninger modtaget fra klagers læge modtaget den 8. april 2016), herunder særligt i relation til klagers revalidering, vurderede selskabets antagelsesafdeling, at klager bl.a. ikke kunne oprette forsikringsdækning for tab af erhvervsevne.

Uden at selskabet kan redegøre hvorfor, så udstedte selskabets storkundeafdeling - som ikke er involveret i antagelsen, når der indhentes supplerende oplysninger om medicinske forhold - ved en beklagelig fejl en forsikringsmeddelelse med bl.a. den ønskede forhøjelse af dækning ved tab af erhvervsevne fra kr. 211.440 til kr. 599.000. Forsikringsmeddelelsen blev fremsendt til APC den 19. april 2016, men blev først fremsendt til klager ved e-mail af 4. maj 2016 kl. 11.41, jf. bilag 10.

Selskabet blev samme dato - den 4. maj 2016 - opmærksom på fejlen og kontaktede straks APC pr. e-mail (kl. 15.26) med oplysning om, at klager ikke kunne få de ønskede dækninger som følge af selskabets antagelsespolitik, jf. bilag D, e-mail af 4. maj 2016. Som det fremgår af bilag 12 og 14, blev klager kontaktet telefonisk af APC 2 dage efter modtagelsen af forsikringsmeddelelsen, hvor klager blev orienteret om, at selskabet ikke kunne tilbyde oprettelse af forsikringsdækningerne.

Ifølge selskabets oplysninger blev det mellem APC og klager aftalt, at APC skulle kontakte selskabet med henblik på at finde en løsning herunder oprette alternative dækninger. I forlængelse heraf, blev der den 1. juni 2016 afholdt møde mellem selskabet og APC, hvor sagen blev drøftet. Klager blev løbende holdt orienteret herom, jf. bilag 14.

Den 3. juni 2016 afholdtes der et møde mellem klager og APC, i hvilken forbindelse der blev redegjort nærmere for forløbet. Samtidig hermed blev klager tilbudt en alternativ forsikringsordning med basisdækninger svarende til tidligere dækning hos [tidligere pensionsselskab]. Der henvises til mødereferatet fremlagt af klager som bilag 12.

…

Selskabets stillingtagen

Indledningsvis anerkender selskabet, at forsikringsmeddelelsen dateret den 19. april 2016 er udstedt ved en beklagelig intern fejl, og at udstedelsen er sket i strid med såvel selskabets antagelsesprocedurer som intern håndtering af processen for udstedelse af forsikringsmeddelelse.

Det er imidlertid tillige fortsat selskabets opfattelse, at selskabet ikke er bundet af den fejlagtigt udstedte forsikringsmeddelelse, som klager modtog den 4. maj 2016.

Det ligger i sagen fast, at klager ikke i henhold til selskabets antagelsespolitik kunne etablere forsikringsdækninger i selskabet under hensyn til oplysningen om revalidering i 2009 angivet i helbredserklæringen. Udgangspunktet for vurderingen af klager var således fuldt afslag, idet bemærkes, at klager i førtidspensionserklæringen undlod at oplyse om sin revalidering i 2009, hvilket alene blev oplyst i helbredserklæringen, som klager alene skulle udfylde pga. sit ønske om en (markant) forhøjelse af dækningerne i forhold til [tidligere pensionsselskab].

Det bemærkes, at klager modtog forsikringsmeddelelsen fra APC den 4. maj 2016 kl. 11.41, og at selskabet samme dag (ved e-mail kl. 15.25) kontaktede klagers forsikringsmægler, APC, og gjorde opmærksom på, at forsikringsmeddelelsen var udstedt ved en fejl. Det må således lægges til grund, at klager alene var bekendt med forsikringsmeddelelsens indhold i ca. 4 timer, før selskabet over for klagers forsikringsmægler trak forsikringsmeddelelsen tilbage som fejlbehæftet. Dette skulle klager - efter det oplyste - være gjort opmærksom på telefonisk den 6. maj 2016 af APC.

Det må således tillægges afgørende betydning, at selskabets korrektion af oplysningerne fandt sted inden for rimelig tid (reelt 4 timer) og på et tidspunkt, hvor klager ikke var skadesramt. Således havde den fejlbehæftede forsikringsmeddelelses indhold ikke på nogen måde virket bestemmende for klager, idet han ikke har disponeret i tillid hertil.

Herudover bemærkes, at klager ikke i forbindelse med selskabets korrektion af oplysningerne, herunder udstedelsen af den korrigerede forsikringsmeddelelse har lidt et økonomisk tab eller i øvrigt er stillet dårligere end han ellers ville have været. Klager har således af selskabet fået tilbudt basisdækninger svarende til tidligere dækning hos [tidligere pensionsselskab]. At klager på baggrund af den (erkendt fejlbehæftede) forsikringsmeddelelse forventede eller håbede på noget andet, er naturligvis beklageligt, men der er i sådanne tilfælde alene tale om skuffede forventninger.

Det bemærkes i den forbindelse, at en korrekt behandling af sagen fra selskabets side (altså uden udstedelse af den fejlbehæftede police) ville have ført til fuldt afslag på dækning. Klager ville således have været henvist til en opretholdelse af sine dækninger i [tidli-

gere pensionsselskab], idet selskabet dog bemærker, at APC ved fremsendelse af præmieophørserklæring af 17. marts 2016 opsagde dækningen hos [tidligere pensionsselskab], ligesom selskabet modtog overførsel fra [tidligere pensionsselskab] den 12. april 2016, altså før selskabet havde nået at foretage en helbredsvurdering af klager.

Selskabet henviser bl.a. til Højesterets dom U 2011.1750 H, hvor en pensionskasse havde givet meddelelse til forsikringstager om en (fejlagtigt for højt fastsat) månedlig ydelse. Pensionskassen udbetalte denne ydelse i 10 måneder, før man opdagede fejlen og reducerede udbetalingerne. Højesteret fandt som følge heraf, at selskabets meddelelse om det for højt fastsatte beløb efter 'en samlet vurdering af dette forløb' udgjorde et bindende dækningstilsagn.

I højesteretsdommen var der dog tale om ensidige, kortfattede meddelelser fra pensionskassens side til forsikringstager og ikke mindst, at udbetalingerne havde fundet sted i en ti måneder lang periode. I modsætning hertil står, at selskabets fejlskrift i nærværende sag blev korrigeret over for klagers forsikringsmægler kun 4 timer efter, at forsikringsmeddelelsen var fremsendt tit klager, og at forsikringsmægleren kun 2 dage efter gjorde klager opmærksom på fejlen.

Ankenævnet har efter afsigelsen af U 2011.1750 H i visse sager fundet, at et pensionsselskab var bundet af sin meddelelse om pensionens størrelse, jf. f.eks. AK 81.601 og AK 80.666. I begge disse sager var udbetalingerne dog allerede begyndt og havde løbet i mere end et år, da pensionsselskabet blev opmærksom på fejlen. Dermed havde forsikringstager indrettet sig i tillid til de meddelte oplysninger og de foretagne udbetalinger. Endvidere var der i disse sager tale om, at pensionsselskabet havde opstillet nogle udbetalingsmuligheder, hvoraf forsikringstageren på baggrund af fejloplysningen havde valgt den ene, og fejlen havde således direkte konsekvenser for klagerens valg.

Ankenævnet har endvidere en righoldig praksis vedrørende fejlskrift i fx pensionsmeddelelser, og der kan i den forbindelse bl.a. henvises til AK 60.833, hvor pensionsselskabet også havde foretaget en fejlskrift i beregningsgrundlaget, hvilket pensionsselskabet gav forsikringstager meddelelse om forud for udbetalingerne og i øvrigt korrigerede relativt kort tid efter fejlskriften, fuldstændig som i nærværende sag. Nævnet fandt derfor, at forsikringstageren ikke havde krav på at blive stillet som anført i pensionsselskabets skrivelse, der havde indeholdt fejlberegningen.

Endvidere henvises til AK 88.377, hvor pensionsselskabet i et tilbud om udbetaling af en ratepension havde foretaget en fejlberegning som af forsikringstageren blev accepteret få dage senere. Pensionsselskabet kontaktede forsikringstageren telefonisk 18 dage efter afgivelsen af det fejlagtige tilbud og gjorde opmærksom på, at der var tale om en fejlskrift. Nævnet fandt efter en samlet vurdering af sagens omstændigheder, at selskabet ikke var bundet af det fejlagtige pensionstilsagn. Nævnet lagde bl.a. vægt på, at pensionsselskabet havde tilbagekaldt tilbuddet inden for rimelig tid, og at forsikringstageren ikke havde foretaget konkrete dispositioner på baggrund af den fejlagtige opgørelse.

Der kan tillige henvises til AK 83.833 omhandlende et pensionsselskab, der til forsikringstager fremsendte et fejlbehæftet tilbud om udbetaling af en kapitalpension som et engangsbeløb. Pensionsselskabet modtog ca. en uge herefter en accept på tilbuddet fra forsikringstager, hvorefter pensionsselskabet blev opmærksom på og rettede fejlen. Ankenævnet lagde vægt på, at forsikringstager ved at modtage de fejlagtige opgjorte engangsbeløb ville få udbetalt et større beløb, end han var berettiget til i henhold til pensionsaftalen. Herudover fandt nævnet, at pensionsselskabet inden for rimelig tid havde tilbagekaldt

løftet, som efter det oplyste ikke havde virket bestemmende på forsikringstageren, hvorfor pensionsselskabet ikke var bundet heraf.

Endelig kan der henvises tit Østre Landsrets dom af 2. november 2016 (tidligere afgjort af nævnet i AK 84.176). Ved dommen fandt landsretten (modsat byretten), at selskabet var forpligtet af en til kunden i april 2009 udleveret fejlagtig beregning af udbetalingerne under en livrente. Da selskabet først i februar 2011 udtrykkeligt angav, at beregningen var udtryk for en fejl, og da forsikringstager fandtes at have været i god tro om beregningen indtil efter det tidspunkt, hvor hun overgik til efterløn, og dermed ikke længere havde lønindkomst til at indbetale på livrenten, var selskabet forpligtet af fejlberegningen. Dommen adskiller sig væsentligt fra denne sag pga. såvel de af landsretten opstillede forudsætninger for at dømme selskabet, som særligt det forhold, at landsretten fremhæver, at der gik 21 måneder, før selskabet berigtigede fejlen.

Sammenfattende fastholder selskabet i det hele, at den af selskabet udstedte fejlbehæftede forsikringsmeddelelse ikke har virket bestemmende for klager, at klager ikke er blevet stillet ringere i forbindelse med korrektionen af oplysningerne, idet klager har fået udstedt basisdækninger svarende til tidligere dækning hos [tidligere pensionsselskab] (klager har ikke lidt noget tab), da den fejlagtige forsikringsmeddelelse blev tilbagekaldt inden for rimelig tid, og da der ikke var skader omfattet af forsikringsmeddelelsen inden tilbagekaldelsen skete, har klager derfor ikke godtgjort, at han ubetinget kan støtte ret herpå."

Klageren har kommenteret selskabets brev i mail til nævnet af 28/4 2017, hvoraf blandt andet fremgår:

"Vedr.. …s udtalelser.

- Bilag 3 Jeg skriver ikke noget om revalidering her pga. jeg var af den opfattelse at det var inden for de sidste 5 år. Men det udfylder jeg på en anden blanket, hvor det var længer tid tilbage, og umiddelbart efter får forsikringsselskabet jo også journalen fra min psykiater, altså alt sammen inden jeg modtager den endelige aftale.

- Jeg får heller ikke en opringning 4 timer efter jeg har accepteret vores aftale, der går mange dage efter, jeg kan ikke huske hvor mange dage. Men man kan spørge sig selv hvorfor de ikke bekræfter sådan en vigtig meddelelse på mail, det er simpelthen løgn."

Den 9/3 2016 indgik klageren en samarbejdsaftale med en forsikringsmægler. Af aftalen fremgår blandt andet:

"**4 Fuldmagt**

4.1 Som led i Aftalen giver Kunden fuldmagt til APC tit at forhandle med pensions- og forsikringsleverandører, herunder pensionskasser, forsikringsselskaber, pengeinstitutter og lignende leverandører.

4.2 Fuldmagten, herunder dens rækkevidde og begrænsninger, er gennemgået med Kunden i forbindelse med Aftalens underskrift. Fuldmagten er vedlagt til Aftalen.

4.3 APC skal på forlangende oplyse Kunden om, hvilke pensions- eller forsikringsleverandører, der har modtaget kopi af fuldmagten.

…

Samtykke tit, at APC opfylder aftalen, inden fortrydelsesfristens udløb

…

Jeg er i den forbindelse blevet gjort opmærksom på og accepterer, at hvis APC på min anmodning har anmodet afgivende selskab om overførsel eller ændring af min bestående pensionsordning, som indebærer, at en ydelsesgaranti eller en betinget ydelsesgaranti mv. bortfalder, kan denne garanti *ikke* retableres, selv om jeg fortryder aftalen med Aon Private Consulting A/S."

I forbindelse med indtegningen har klageren den 9/3 2016 underskrevet en førtidspensionserklæring samt en 5-års helbredserklæring, hvoraf blandt andet fremgår:

"**Førtidspensionserklæring**

…

Sæt kryds, hvis:

- ☐ du ikke er fuldt arbejdsdygtig
- ☐ du er sygemeldt, helt eller delvist
- ☐ du er ansat på nedsat tid af helbredsmæssige årsager
- ☐ du inden for de sidste 12 måneder, har været sygemeldt i mere end 20 arbejdsdage i træk
- ☐ du på noget tidspunkt har ansøgt om, rejst sag om eller fået tilkendt revalidering
- ☐ du har risikodækninger hos anden leverandør, som er omfattet af helbredsklausuler eller forhøjet præmie

Årsag: _____

Sæt kryds, hvis der på noget tidspunkt har været undersøgelse/ansøgning i gang om, rejst sag om eller tilkendt:

- ☐ førtidspension
- ☐ invaliditetsydelse
- ☐ skånejob

Årsag: _____

Hvis der er sat kryds i et af de tre felter udleveres en 10-årig helbredserklæring.

Sæt kryds, hvis:

- ☐ der på noget tidspunkt har været undersøgelse/ansøgning i gang om, rejst sag om fleksjob*
- ☐ du er tilkendt og ansat i fleksjob – (kopi af fleksjobaftale vedlægges)

** Hvis der er sat kryds i dette felt udleveres en 10-årig helbredserklæring*

…

5-årig helbredserklæring

…

6 Er der, eller har der på noget tidspunkt været undersøgelser/ansøgning/rejst sag om eller tilkendt: ☐ Nej ☒ Ja • revalidering w • fleksjob • førtidspension • invaliditetsydelse **NB: Sæt streg under hvilke(n) ydelse(r)**	Hvis ja: Årsag? Skat, pga. 2. Tons. brok indb. falsk med forum mig sin Lit. Da jeg var immun Hvornår? 2009

"

Forsikringsmægleren har sendt ovenfor nævnte erklæringer videre til selskabet den 17/3 2016:

"**Dato**: 17-03-2016 11:32

Til: aonpc@topdanmark.dk
Fra: … <…@apc.dk>

Emne: Begæring og helbredserklæring, [klageren]

Hej,
Begæring og helbredserklæring cpr …, til videre ekspedition. Det må gerne begæres, selvom sagen skal til antagelse."

Klageren har også udfyldt et spørgeskema angående stress, krise, angst, depression og andre psykiske lidelser, som blev modtaget i selskabet den 14/4 2015. Det fremgår blandt andet af skemaet:

	NEJ	JA	Hvis JA, vælg de symptomer der passer bedst på din situation:
1 Har du eller har du tidligere haft symptomer på:			
a. Stress eller udbrændthed, følelsesmæssig reaktion på grund af krise, sorg, svær belastning eller posttraumatisk stress (PTSD)?	☐	☑	☐ Stress eller udbrændthed ☐ Op til 2 måneders varighed ☐ Mere end 2 måneders varighed ☐ Følelsesmæssig reaktion på krise/svær belastning (herunder sorg) ☐ Op til 2 måneders varighed ☐ Mere end 2 måneders varighed ☑ Posttraumatisk stress (PTSD) Hvornår senest? 2009 August

…

	NEJ	JA	Hvis JA, hvor mange episoder (perioder) har der været og hvor længe de har de været?
2 a. Har du eller har du haft psykiske symptomer (nævnt under spørgsmål 1):			
For mere end 5 år siden?	☐	☑	Antal episoder? ☒ En episode ☐ 2-3 episoder ☐ Flere end 3 episoder ☐ Konstant Varighed af længste episode? ☐ Op til et par uger ☒ 1-2 måneder ☐ 3-6 måneder ☐ ½ år eller mere
For mellem 3 og 5 år siden?	☒	☐	Antal episoder? ☒ En episode ☐ 2-3 episoder ☐ Flere end 3 episoder ☐ Konstant Varighed af længste episode? ☐ Op til et par uger ☐ 1-2 måneder ☐ 3-6 måneder ☐ ½ år eller mere
For mellem 1 og 3 år siden?	☒	☐	Antal episoder? ☐ En episode ☐ 2-3 episoder ☐ Flere end 3 episoder ☐ Konstant Varighed af længste episode? ☐ Op til et par uger ☐ 1-2 måneder ☐ 3-6 måneder ☐ ½ år eller mere
Indenfor det seneste år?	☒	☐	Hvor længe har du haft symptomer? ☐ Op til et par uger ☐ 1-2 måneder ☐ 3-6 måneder ☐ ½ år eller mere
b. Har du eftervirkninger eller fortsat symptomer?	☒	☐	

Ved forsikringsmeddelelse af 19/4 2016 fra selskabet til klageren fremgår blandt andet:

10. 90265

"**Forsikringsmeddelelse**
…
Arbejdsgiveroplysninger
Forsikringen er oprettet efter aftale med ….
Præmien betales via …, så længe ansættelsesforholdet opretholdes. Ophør af ansættelsesforholdet skal straks meddeles til Topdanmark Livsforsikring.
Under ansættelsesforholdet kan du kun disponere over forsikringen efter aftale med din arbejdsgiver. Ved ansættelsesforholdets ophør overgår forsikringen til din fri rådighed.
…
Resume
Resumeet giver dig overblik over din forsikring, og på de følgende sider kan du se de nærmere detaljer og forudsætninger for forsikringen.

Prognose ved pensionering den 1.2.2030

En årlig rate i 10 år	19.595 kr.
En årlig livrente	171.037 kr.

Din udbetaling kan blive mindre, hvis afkastet er lavere end vi forudsætter i prognosen, eller hvis afkastet er negativt. Beløbene afhænger af den faktiske udvikling i de investeringsfonde din pension er linket til.

Ved nedsat erhvervsevne - gruppeforsikring:

En årlig rente	599.928 kr.

Ved diagnose omfattet af Forsikring ved visse kritiske sygdomme

En gruppesum.	150.000 kr.

Topdanmarks Sundhedssikring Plus
Der kan maksimalt udbetales op til: 1.912.000 kr. i et kalenderår

Ved død inden pensionering - beregnet pr. 1.4.2016
101% af den opsparede værdi på dødsfaldstidspunktet. Udbetalingen sker i form af løbende udbetalinger.

Endvidere udbetales:

En gruppelivssum	1.199.940 kr.

Du skal være opmærksom på, at enkelte dækninger kan bortfalde før pensionstidspunktet.

Præmiefritagelse:
Ved nedsat erhvervsevne med mindst halvdelen er der efter karensperioden
Ret til præmiefritagelse

<u>Du betaler:</u>

Et månedligt pensionsbidrag på:	28,57%
af din årlige pensionsgivende løn på	840.000,00 kr.
Indskud pr. 1.4.2016	35.773,49 kr.

Beregningerne forudsætter, at indbetalingerne modtages ved forfald."

11. 90265

Ved mail af 4/5 2016 kl. 11:41 fremsender forsikringsmægleren policen fra selskabet til klageren:

"**Fra:** …@apc.dk [mailto:…@apc.dk]
På vegne af Aon Private Consulting Sendt: 4. maj 2016 11:41

Til: [klageren] <…@....dk>
Emne: Fwd: §41 Overførsel på plads

Hej [klageren],

Hermed fremsendes din nye police fra TopDanmark.

Giver det anledning til yderligere spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os."

Selskabet skriver ved mail af 4/5 2016 kl. 15:25 til forsikringsmægleren:

"**Fra:** …/Topdanmark
Til: apc@apc.dk
Dato: 04-05-2016 15:25
Emne: [Klageren]

Hej

Cpr. nr. …

Vores lægegruppe har gennemgået sagen, og det viser sig, at kunden har været revalideret. Derfor kan han ikke få de ønskede dækninger - heller ikke dem han tidligere havde. Derfor sender vi snarest en ny oversigt uden dækninger/præmiefritagelse."

Klageren bekræfter modtagelse af policen ved mail af 9/5 2016:

" Fra: [Klageren]
Sendt: 9. maj 2016 20:24
Til: 'Aon Private Consulting' <apc@apc.dk>
Cc: …' <…@apc.dk>

Emne: SV: §41 Overførsel på plads Kunde nummer B …. Forsikringsnummer B …

Hej …

Tak for tilsendte Pension ordning hos jer.

Jeg ser frem til denne ordning hos jer.

Er der andet der skal gøres i denne sammenhæng!

På forhånd tak"

12. 90265

Af referat fra møde den 3/6 2016 mellem forsikringsmægleren og klageren fremgår blandt andet:

> "Mødet startede med at … gjorde rede for de forhandlinger som APC har haft med Topdanmark i forbindelse med, at Topdanmark på baggrund af [klagerens] indleverede helbredsoplysninger, har afslået at tilbyde den ønskede dækning ved tab af erhvervsevne mv.
>
> [Klageren] er tidligere pr. telefon den 6. maj oplyst, at Topdanmark har tilbagetrukket den fejlagtige oversigt, som er blevet sendt.
> Det er derfor vigtigt, at få aftalt hvad der skal ske fremover.
> …
> Det er til [klageren] oplyst at tilbuddet fra Topdanmark er endeligt og derfor ikke kan forhandles yderligere.
>
> [Klageren] skal derfor vælge om han ønsker, at gøre brug af Topdanmark's tilbud eller ej.
>
> APC anbefaler [klageren] at tage imod Topdanmarks tilbud, da vi anser det som usandsynligt, at [klageren] med sin sygdoms historik kan blive antaget i andet selskab på individuelle vilkår.
>
> [Klageren] har anmodet om betænkningstid og det er aftalt, at [klageren] vender tilbage med endeligt svar i starten af uge 19."

Ved brev af 15/6 2016 fra selskabet til klageren fremgår blandt andet:

> "**Vi sender dig en ny forsikringsmeddelelse**
>
> Vi skriver til dig for at informere dig om, at vi i tilknytning til din pensionsordning har oprettet forsikringsdækninger til dig, se vedlagte forsikringsmeddelelse.
>
> Som du tidligere er blevet oplyst om, begik vi desværre en fejl, da vi i forsikringsmeddelelsen af 19. april 2016 skrev til dig, at vi havde oprettet en pensionsordning med tilknyttet forsikringsdækninger. Ved en fejl lagde vi til grund at vi kunne antage dig.
>
> Som du tidligere er blevet oplyst af … fra APC i telefonsamtale af 6. maj 2016, så har vi tilbagekaldt forsikringsmeddelelsen af 19. april 2016.
>
> Vi har efterfølgende fået oplyst at dine dækninger i [tidligere pensionsselskab]er blevet slettet og at [tidligere pensionsselskab] ikke ønsker at etablere dem på ny. På baggrund af oplysningerne omkring dit helbred, er det vores vurdering, at du med stor sandsynlighed vil få svært ved at oprette forsikringsdækninger andet steds.
>
> Vi kan desværre ikke tilbyde dig at oprette de ønskede forhøjede dækninger, men vi har pr. kulance, i tilknytning til din pensionsordning, oprettet basisdækningerne (dvs. dækningerne svarende til dem du havde i [tidligere pensionsselskab]) med udløb 67 år.
>
> Årlig præmieindbetaling som udgør mere end 63.420 kr., vil blive sat ind på en særskilt police uden ret til præmiefritagelse.

> Forsikringsmeddelelsen af dags dato erstatter således tidligere fremsendte forsikringsmeddelelse af 19. april 2016."

Af mail fra forsikringsmægleren til klagerens advokat den 24/6 2016 fremgår blandt andet:

> "**Førtidspensionserklæringen**
>
> I forbindelse med ønsket om oprettelse af en pensionsordning i Topdanmark, blev [klageren] bl.a. bedt om at udfylde en begæring samt to helbredserklæringer - henholdsvis en førtidspensionserklæring og en 5-årig helbredserklæring.
>
> Da [klageren] underskrev førtidspensionserklæringen, var der ikke sat kryds i nogle af felterne. Når førtidspensionserklæringen er 'ren', betyder det, at Topdanmark kan etablere en række basisdækninger, kan opsige eksisterende forsikringsdækninger og kan anmode om overførsel af opsparing til Topdanmark.
>
> **Helbredserklæringen**
>
> Når der ønskes forhøjede dækninger (dvs. supplerende dækninger udover de bestående dækninger), skal der afgives yderligere helbredsoplysninger. Erklæringen anvendes således med henblik på en vurdering af, om Topdanmark kan tilbyde de forhøjede dækninger, som [klageren] havde ønsket.
>
> I forbindelse med vurdering af helbredserklæringen bliver man i Topdanmark imidlertid opmærksom på, at [klageren] har afgivet urigtige oplysninger på førtidspensionserklæringen, idet han ikke har oplyst, at han havde været i revalidering som følge af en ulykke.
>
> Var denne oplysning fremgået af førtidspensionserklæringen, havde Topdanmark ikke en gang haft mulighed for at etablere basisdækningerne."

Nævnet udtaler:

Klageren har den 9/3 2016 indgået en samarbejdsaftale med en forsikringsmægler, som indebærer, at forsikringsmægleren optræder som fuldmægtig for klageren.

På baggrund af en af klageren udfyldt førtidspensionserklæring og 5-årig helbredserklæring af 9/3 2016 opsagde forsikringsmægleren klagerens eksisterende pensionsaftale i et andet pensionsselskab den 9/3 2016.

Klageren havde i erklæring om førtidspension ikke oplyst, at han tidligere havde været i revalidering. Klageren havde i den 5-årige helbredserklæring oplyst, at han tidligere havde været i revalidering. På baggrund af oplysningerne om revalidering indhentede

selskabet ved brev af 31/3 2016 supplerende helbredsoplysninger hos klagerens speciallæge i psykiatri. Selskabet modtog de lægelige oplysninger den 6/4 2016. Selskabet havde således de relevante oplysninger om klagerens helbred og sygdomshistorik på dette tidspunkt.

Den 19/4 2016 fremsendte selskabet forsikringsmeddelelse til forsikringsmægleren, hvoraf det fremgår, at "Forsikringen er oprettet". Det fremgår af forsikringsmeddelelsen, at dækningen ved nedsat erhvervsevne er på 599.928 kr. pr. år.

Forsikringsmægleren sendte den 4/5 2016 kl. 11:41 en mail til klageren, hvoraf det fremgik, at selskabet havde tegnet den ønskede forsikring.

Ved mail af 4/5 2016 kl. 15:25 til forsikringsmægleren trak selskabet sin forsikringsmeddelelse til klageren tilbage, idet selskabet oplyste, at "vores lægegruppe har gennemgået sagen, og det viser sig, at kunden har været revalideret".

Den 9/5 2016 takkede klageren over for forsikringsmægleren for den tilsendte pensionsordning.

Den 3/6 2016 blev der afholdt et møde mellem klageren og forsikringsmægleren. Af mødereferatet fremgår det, at selskabet ikke kunne tilbyde den ønskede dækning ved tab af erhvervsevne, og at selskabet nu alene ville tilbyde en dækning på 211.400 kr. Den fremgår videre af mødereferatet, at klageren "er tidligere pr. telefon den 6. maj oplyst, at Topdanmark har tilbagetrukket den fejlagtige oversigt, som er blevet sendt".

Klageren har ikke accepteret selskabets tilbud om lavere dækning for erhvervsevne. I sin klage til nævnet ønsker han, at selskabet står ved sin forsikringsmeddelelse af 19/4 2016.

Selskabet har oplyst, at forsikringsmeddelelsen af 19/4 2016 er udstedt på baggrund af en intern fejl. Selskabet har gjort gældende, at selskabet ikke er bundet af den fejlagtige meddelelse, dels fordi selskabet inden for rimelig tid har korrigeret fejlen, hvorfor den

fejlbehæftede forsikringsmeddelelse ikke har virket bestemmende for klageren. Selskabet har endvidere anført, at klageren ikke har lidt et økonomisk tab, idet der alene er tale om skuffede forventninger.

Nævnet finder, at selskabet ved sin forsikringsmeddelelse af 19/4 2016 har accepteret klagerens begæring om en forsikringsaftale.

Da forsikringsmægleren er klagerens fuldmægtig kan selskabet ikke tilbagekalde aftalen efter, at forsikringsmeddelelsen er kommet til forsikringsmæglerens kundskab, idet forsikringsmeddelelsen er en for selskabet bindende accept. Det er ikke oplyst, hvornår forsikringsmægleren har modtaget forsikringsmeddelelsen af 19/4 2016. Nævnet lægger derfor til grund, at forsikringsmeddelelsen er kommet til forsikringsmæglerens kundskab den 19/4 2016 eller nogle få dage derefter.

Efter aftalelovens § 39, 2 punktum, kan der under særlige omstændigheder også tages hensyn til den kundskab, som klageren eller dennes fuldmægtig har fået eller burde have fået efter det nævnte tidspunkt, men forinden viljeserklæringen har virket bestemmende på deres handlemåde.

Da selskabet først ved mail af 4/5 2016 har meddelt forsikringsmægleren, at man havde lavet en fejl, finder nævnet ikke anledning til at bruge undtagelsesbestemmelsen i aftalelovens § 39, 2. punktum.

Nævnet bemærker, at klageren har benyttet en forsikringsmægler, og i samarbejde med denne har valgt de dækninger, som han ønskede, og som selskabet ved meddelelse af 19/4 2016 har accepteret. Der er således ikke noget i sagen, der indikerer, at klageren ikke allerede den 19/4 2016 havde et udtrykkeligt - og dermed et for ham bestemmende - ønske om at få en væsentligt forhøjet dækning for tab af erhvervsevne. Der foreligger i øvrigt ikke oplysninger, som giver grundlag for at statuere, at klageren var i ond tro.

16. 90265

Det af selskabet anførte – herunder om, hvornår forsikringsmægleren meddelte klageren, at selskabet havde henholdsvis udstedt henholdsvis tilbagekaldt forsikringsmeddelelsen af 19/4 2016 – kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Topdanmark, skal anerkendte, at selskabet har indgået en bindende aftale med klageren, og at aftalens indhold fremgår af den forsikringsmeddelelse, som selskabet udstedte den 19/4 2016.

Klagegebyret tilbagebetales.

Peter Thønnings
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels