Ankenævnet for Forsikring

Den 11. oktober 2017 blev i sag nr. 90549:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Han klager ved sin advokat over, at selskabet kun har udbetalt én dækning for kritisk sygdom, idet han mener sig berettiget til udbetaling af 2 forsikringssummer.

Selskabet har anført, at klageren ved en fejl har været anført som omfattet af 2 dækninger ved visse kritiske sygdomme.

I klageskemaet af 24/2 2017 til nævnet har klagerens advokat blandt andet anført:

> "Klageren har af sine forsikringsoversigter fra pensionsinfo fået oplyst, at han var forsikret ved to særskilte aftaler/policer, hver med en dækning på kr. 200.000,- eller i alt kr. 400.000,-. Klageren fik uden varsel 'annulleret' sin ene police umiddelbart inden, at han fik konstateret en alvorlig og uhelbredelig kræftsygdom. 'Annulleringen' skete med henvisning til fejlregistrering hos forsikringsselskabet, hvorfor samme forsikringsselskab ikke mente sig forpligtet til at underrette klageren forinden 'annullationen'. Klageren er af den opfattelse, at han i god tro har forventet at have haft to forsikringer med en samlet dækning på kr. 400.000,-. Klageren er af den opfattelse, at forsikringsselskabets handlemåde ikke er i overensstemmelse med god forsikringsskik og er samtidig en handlemåde uden en rimelig hensyntagen til klageren. …
>
> 2. Hvad vil du konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)
>
> At tegne anden supplerende forsikring for kritisk sygdom, da han ikke var bekendt med 'annullationen' af hans ene forsikring. Forsikringsselskabet har i alle år, hvor der af forsikringsoversigten fremgik to policer med dækning hver på kr. 200.000,-, oppebåret dobbelt præmie! uagtet dette forhold mener forsikringsselskabet sig berettiget til uden varsel at fratage klageren hans forsikringsdækning for kr. 200.000,- og har alene udbetalt kr.

200.000,- på gruppelivsaftale … Klageren har i tillid til dækning på to aftaler opsagt en tredie aftale i et andet forsikringsselskab, hvilket gør forsikringsselskabets handlemåde og afslag på dækning ekstra pinefuldt for klager i hans aktuelle situation. Konkret ønskes opnået, at nævnet finder, at forsikringsselskabets afslag på udbetaling af yderligere kr. 200.000,- er uberettiget og at selskabets handlemåde er i strid med god forsikringsskik."

Selskabet har i brev af 11/4 2017 til nævnet blandt andet oplyst:

"Det fremgår af **bilag C**, at klager søgte om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom 19. november 2016, fordi klager havde fået diagnosticeret kræft i november 2016.
…
For at vurdere om diagnosekravet var opfyldt som beskrevet, modtog vi journalmateriale fra [hospital] – **bilag D**. Den histologiske undersøgelse vedlægges som **bilag E**.
Det fremgår af **bilag D**, at klager blev indlagt på [hospital] 16. november 2016 med henblik på en rygkirurgisk vurdering efter at en MR-skanning, foretaget på [hospital], havde vist knoglemetastaser og MTS (medullært tværsnitssyndrom) i den thorakale del af rygsøjlen

Det fremgår også af **bilag D**, at klager forinden indlæggelsen, havde haft rygsmerter gennem 2 måneder og gennem den seneste uge, neurologiske udfald med nedsat kraft i begge ben og nedsat sensibilitet fra den thorakale del af rygsøjlen og ned.

Foretaget CT- og MR- skanninger havde ikke påvist, hvor primærtumor befandt sig. Det blev planlagt, at klager skulle påbegynde strålebehandling efter der var foretaget biopsi af knoglemarven i ryggen 17. november 2016.

I **bilag E** fremgår det, at mikroskopien 30. november 2016 viste, at der var tale om adenokarcinom (kræft) i metastase, hvor udgangspunktet af kræften var i prostata (blærehalskirtlen).

Da diagnosekravet således var opfyldt, udbetalte vi forsikringssummen ved kritisk sygdom til klager 6. december 2016 – **bilag F**.

Umiddelbart efter, at vi havde udbetalt ovennævnte forsikringssum til klager, modtog vi henvendelse fra HR chef i [klagerens arbejdsgiver 1], …, som anmodede FG om at udbetale endnu en forsikringssum til klager, eftersom [klagerens arbejdsgiver 1] hhv. [klagerens arbejdsgiver 2] begge havde betalt forsikringspræmie til gruppelivsforsikring … – **bilag G**.

Faktuelle forhold

Det fremgår af FGs oplysninger, at [arbejdsgiverforening] rettede henvendelse til FG i november 2011 med anmodning om, at FG oprettede et nyt medlem af [arbejdsgiverforening], [klagerens arbejdsgiver 2], til gruppelivsaftalen. [Klagerens arbejdsgiver 2] er et datterselskab i [klagerens arbejdsgiver 1].
Under gruppelivsaftale …, har hvert enkelt [arbejdsgiverforening]-medlemsselskab deres egen særskilte undergruppe. [Klagerens arbejdsgiver 1] har undergruppe 1 (…-1) og [klagerens arbejdsgiver 2] fik undergruppe 120 (…-120) i forbindelse med oprettelsen i 2011.
Se brev af 11. november 2011 fra FG til [klagerens arbejdsgiver 2] vedrørende administration af forsikringen – **bilag H**.
I **bilag I**, som er mail af 15. december 2011 hhv. 19. december 2011, mellem FG og [klagerens arbejdsgiver 1], fremgår det, at [klagerens arbejdsgiver 1] havde sendt en fil med

oplysninger om de medarbejdere, som skulle flyttes fra [klagerens arbejdsgiver 1] til [klagerens arbejdsgiver 2], og som dermed ikke længere skulle være omfattet af ...-1 men ...-120.

I januar 2012 modtog FG en fil fra [klagerens arbejdsgiver 1] med oplysninger om de medarbejdere, som skulle være registreret hos [klagerens arbejdsgiver 1]. Ved en fejl indeholdt filen, udover medarbejderne i [klagerens arbejdsgiver 1], også medarbejderne i [klagerens arbejdsgiver 2], som i december 2011 – og efter det aftalte, var blevet registreret som ansat i [klagerens arbejdsgiver 2] og dermed omfattet af ...-120.

3. november 2016 blev [klagerens arbejdsgiver 2] fusioneret med [klagerens arbejdsgiver 1]. Det var på det tidspunkt, at det blev opdaget, at filerne med medarbejderoplysninger fra [klagerens arbejdsgiver 1] også indeholdt oplysninger om medarbejderne hos [klagerens arbejdsgiver 2].

Det betyder, at medarbejderne i [klagerens arbejdsgiver 2] har været registreret på to gruppelivsforsikringer fra november 2011 og til fusioneringen 3. november 2016.

Det betyder også, at både [klagerens arbejdsgiver 1] og [klagerens arbejdsgiver 2] hver især, har indbetalt forsikringspræmie for de dobbeltregistrerede medarbejdere.

Det skal dertil bemærkes, at klager kun har betalt én forsikringspræmie – se **bilag A**.

Generelle bemærkninger

Ovennævnte gruppelivsaftale er baseret på aftale mellem overenskomstparterne [arbejdsgiverforening], [fagforening] og FG om oprettelse af obligatorisk gruppelivsforsikring til medarbejdere der er forsikringsberettigede i henhold til gældende aftale mellem [arbejdsgiverforening] og [fagforening].

Gruppelivsaftalen vedlægges – **bilag J**.

I aftaleforholdet er [arbejdsgiverforening] og [fagforening] gruppelivsrepræsentanter og forsikringstagere, jf. FAL § 2, stk. 2 og Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring § 3, pkt. d) – **bilag K**.

I Gruppesikringsregulativet, **bilag L**, som er en del af overenskomsten indgået mellem [arbejdsgiverforening] og [fagforening], fremgår under 'Regulativets dækningsområde' på 1. side, at medarbejdere omfattet af en overenskomst indgået mellem [arbejdsgiverforening] og [fagforening], et [arbejdsgiverforening]-medlemsselskab og [fagforening], er dækket af gruppelivsforsikringen.

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

Gruppelivsforsikringen er 'Navneregistreret'. Det fremgår af § 3, næstsidste afsnit i **bilag J**, at gruppemedlemmernes indtrædelse og udtrædelse meddeles til FG med navn og cpr.nr via FGnet, som er en portal for til- og afmelding af forsikrede. Det betyder, at de enkelte [arbejdsgiverforening]-medlemsselskaber – i den konkrete sag [klagerens arbejdsgiver 1] hhv. [klagerens arbejdsgiver 2], selv foretager registrering med navn og cpr.nr. af alle omfattede medarbejdere ved tiltrædelse/fratrædelse og ved evt. ændringer i forsik-

ringsforholdet. Registreringen bruges af FG til bl.a. beregning af forsikringspræmie samt til indberetning til Landspatientregistret og Pensionslnfo.

Det fremgår hverken af **bilag J** eller **bilag L**, at gruppelivsaftalen rummer mulighed for, at en medarbejder kan være omfattet af gruppelivsforsikringen med dækning i to forskellige [arbejdsgiverforening]-medlemsselskaber på samme tid, således at medarbejderen er dobbeltdækket. Det skal i den forbindelse bemærkes, at FG har ikke systemer, som kan korrigere eventuelt dobbeltregistrerede medarbejdere.

Det kan således konstateres, at FGs administration af gruppelivsforsikringen sker på baggrund af de oplysninger FG modtager fra de enkelte [arbejdsgiverforening]-medlemsselskaber, om de omfattede medarbejdere i form af navn og cpr. nr., til brug for bl.a. navneregistrering, præmieberegning/præmieopkrævning, skadesvurdering og udbetaling af forsikringsbeløb samt beregning og evt. udbetaling af bonus.
Det ligger ikke i aftaleforholdet mellem aftaleparterne, [arbejdsgiverforening], [fagforening] og FG, at FG skal efterkontrollere, at de medarbejderoplysninger FG modtager fra [arbejdsgiverforening]-medlemsselskaberne via FGnet, er korrekte.

Den løbende og direkte kontakt med de omfattede medarbejdere samt rådgivning og information om gruppelivsforsikringen under ansættelsesforholdet, foretages – i fornødent omfang – af det enkelte [arbejdsgiverforening]-medlemsselskab.

Det fremgår af § 9 i **bilag J**, at FG giver information til de forsikrede via de enkelte selskaber ([arbejdsgiverforening]-medlemsselskaber) ved udsendelse af forsikringsoversigt for gruppelivsforsikringen til selskabet.

Det er herefter [arbejdsgiverforening]-medlemsselskabet der vurderer om, og i hvilket omfang, der skal gives information til de forsikrede.

Da FG således ikke er i besiddelse af de konkrete og faktiske oplysninger om medarbejdernes ansættelsesforhold og omfanget af eventuelle ændringer af vilkår for ansættelsen, har det ikke været muligt for FG at give information og rådgivning i forbindelse med klageres ændrede ansættelsesforhold i 2011 hhv. 2016.

I gruppelivsaftalens § 3, afsnit 2 (**bilag J**), fremgår, at dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor Gruppesikringsregulativets bestemmelser ikke længere er opfyldt, og for tilsluttede grupper ophører dækningen ved fratrædelse fra et [arbejdsgiverforening]-medlemsselskab eller udtrædelse af gruppen i øvrigt.

I forbindelse med den tidligere nævnte fusion 3. november 2016, og fra hvilken dato [klagerens arbejdsgiver 2] ophørte som selskab, blev klager herefter omfattet af gruppelivsaftale …-1 gennem [klagerens arbejdsgiver 1], hvilket også er derfra, at klager fik udbetalt forsikringssummen ved kritisk sygdom 6. december 2016.

Konklusion

Som det ses af beskrivelsen ovenfor, fører FG ikke selvstændig registrering af de forsikrede under gruppelivsaftalen i forbindelse med til- og afmelding af de sikrede. Denne registrering foretages af det enkelte [arbejdsgiverforening]-medlemsselskab via FGnet, som aftalt i gruppelivsaftalen.
FGs information til bl.a. Pensionslnfo sker på baggrund af de ovenfor nævnte oplysninger fra FGnet.

Det forhold, at Pensionslnfo indeholdt misvisende oplysninger om klagers forsikringsdækning og at klager – som følge af fejl, der ikke kan tilregnes FG, stod registreret med dobbelt forsikringsdækning på gruppelivsaftale …, kan ikke føre til, at FG bliver erstatningsansvarlig for fejlregistreringen. For lignende sager afgjort af Ankenævnet kan nævnes kendelse 87983 og 86598.

Det er også FGs opfattelse, at klager ikke kunne have haft en berettiget forventning om, at klager var omfattet af en gruppelivsforsikring både gennem [klagerens arbejdsgiver 2] og gennem [klagerens arbejdsgiver 1], da klager udelukkende var ansat i [klagerens arbejdsgiver 2]. Som tidligere nævnt, blev klager også kun trukket én forsikringspræmie på lønsedlen, hvilket burde have ført til, at klager måtte have undret sig over dobbeltregistreringen på Pensionslnfo.

FG mener ligeledes ikke, at FG har handlet i strid med god forsikringsskik med begrundelse i de ovenfor beskrevne aftaleforhold og arbejdsfordeling mellem gruppelivsaftalens parter samt de faktuelle forhold, der ligger til grund for fejlregistreringen, som ikke skyldes forhold hos FG.

Vi må på baggrund af ovenstående fastholde vores afgørelse om, at klager ikke er berettiget til udbetaling af endnu en forsikringssum på 200.000 kr., hvilket vi meddelte [klagerens arbejdsgiver 1] 21. december 2016 – **bilag M**"

Klagerens advokat har i brev af 10/5 2017 til nævnet blandt andet anført:

"1)

Det er korrekt, at [klagerens arbejdsgiver 1] ultimo januar 2012 uploadede en totalfil over medarbejdere i [klagerens arbejdsgiver 1], som indeholdt de overførte medarbejdere under [klagerens arbejdsgiver 2]. FG har således administreret gruppelivsforsikringen med oplysning om, at klager havde to forsikringer.

Hertil skal bemærkes, at FG også har modtaget præmie for to forsikringer. At [klageren] ikke har været opmærksom på, at han ikke har betalt for to forsikringer via sin løn ændrer ikke på, at FG har modtaget præmie for to forsikringer. Den manglende betaling via [klagerens] løn er et forhold mellem [klagerens arbejdsgiver 1] og ham.

FG anfører side 3, at 'det ikke fremgår af bilag J eller bilag L, at gruppelivsaftalen rummer mulighed for, at en medarbejder kan være omfattet af gruppelivsforsikringen med dækning i to forskellige [arbejdsgiverforening]-medlemsselskaber på samme tid, således medarbejderen er dobbeltdækket'.

Der fremgår dog heller ikke det modsatte, herunder at en medarbejder ikke kan være dobbeltdækket og således omfattet af gruppelivsforsikringen med dækning i to forskellige [arbejdsgiverforening]-medlemsselskaber på samme tid. Det fremgår således ikke positivt af aftalerne, at en medarbejder ikke kan være dobbeltdækket, og der foreligger dermed ikke en aftale herom, idet det ej heller er reguleret andre steder fx i lovgivningen. Hertil skal også bemærkes, at såfremt FG ikke mener, at gruppelivsaftalen rummer mulighed for, at en medarbejder kan være dobbeltdækket, – og dette er sædvanligt for FG's aftaler – kan det undre, at FG ikke har et system, som kan korrigere for eventuelle dobbeltregistrerede medarbejdere'(fx hvor cpr. 'vaskes' op mod hinanden)

I relation til de af FG fremhævede kendelser, er det ikke klagerens opfattelse, at nærværende sag er sammenlignelig med AK 87983. I AK 87983 fik klageren diagnosticeret en blodprop den 19. marts 2015 og således mere end to år efter klagerens ansættelse var ophørt. Klagerens ansættelsesforhold ophørte den 31. december 2013, og det fremgik af klagerens fratrædelsesaftale, at hans dækning for kritisk sygdom ville ophøre ved fratrædelsen. Nævnet fandt derfor, at klageren ikke kunne have en berettiget forventning om, at han fortsat var omfattet af forsikringen uanset oplysningerne på Pensionsinfo.

I AK 86598 fik klageren diagnosticeret kræft den 15. juli 2014 og dermed mere end 5 år efter ansættelsesforholdets ophør. Klageren fratrådte sin stilling den 31. maj 2009, og hvor klager ikke mere var omfattet af en overenskomst indgået mellem [arbejdsgiverforening] og [fagforening] eller et medlemskab og [fagforening]. Derfor kunne Nævnet ikke kritisere, at FG havde anset klageren som været udtrådt af ordningen pr. 31. maj 2009.

Af Gruppelivsaftale … (bilag J) § 3 fremgår det, at 'Dækningen er virksom, når betingelserne i Gruppesikringsregulativet berettiger til gruppelivsforsikring'. [Klageren] er ikke omfattet af overenskomsten mellem [arbejdsgiverforening] og [fagforening] og er derfor ikke omfattet af Gruppesikringsregulativet. Af gruppelivsaftalen fremgår det imidlertid, at [arbejdsgiverforening] efter nærmere aftale med FG kan forlange forsikringen udvidet til også omfatte grupper af medarbejdere, som ikke omfattes af Gruppe-sikringsregulativet. [Arbejdsgiverforening] og FG har bl.a. indgået aftale om, at den gruppe af medarbejdere, som [klageren] tilhører også er omfattet af gruppelivsaftalen. I nærværende sag er [klageren] ikke fratrådt sin stilling, og han har derfor hele tiden været omfattet af den Gruppelivs aftale der er indgået mellem [arbejdsgiverforening] og [fagforening] jf. § 1, 2. afsnit, og dette uanset om han var medarbejder i [klagerens arbejdsgiver 2] eller [klagerens arbejdsgiver 1].

Af Gruppelivsaftale … (Bilag J) § 3 fremgår det, at 'Forsikringsdækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor Gruppesikringsregulativets bestemmelser ikke længere er opfyldt. For tilsluttede grupper ophører dækningen ved fratrædelsen fra et [arbejdsgiverforenings]-selskab eller udtrædelsen af gruppen i øvrigt.'.

Den gruppe, som [klageren] tilhører, er aldrig fratrådt et [arbejdsgiverforening]-selskab, ligesom [klageren] aldrig er udtrådt af gruppen. [Klagerens arbejdsgiver 1] rettede henvendelse til FG den 16. december 2016 med anmodning om, at medarbejderne i [klagerens arbejdsgiver 2] blev flyttet over til [klagerens arbejdsgiver 1], idet [klagerens arbejdsgiver 2] var fusioneret med [klagerens arbejdsgiver 1] den 3. november 2016. Såfremt dette har medført, at medarbejderne i [klagerens arbejdsgiver 2] ikke er dækket af ordningen, ophørte dækningen først ved udgangen af november 2016 og dermed efter at [klagerens] diagnose var stillet

2)

FG har i en tilsvarende sag, hvor en medarbejder hos [klagerens arbejdsgiver 2] fik konstateret en livstruende kræftsygdom, nægtet en udbetaling til medarbejderen under henvisning til, at den dobbelte dækning var en fejl. Det er klageren opfattelse, at FG mod bedre vidende, i mindst 1 år forud for det af [klageren] fremsatte krav om udbetaling, kan have fortsat en administration af gruppelivsforsikringerne med opkrævning af dobbelte præmier og med fortsatte meddelelser via Pensionsinfo om den dobbelte dækning til [klagerens arbejdsgiver 2s] medarbejdere.

FG opfordres til oplyse, hvornår FG første gang blev opmærksom på problemstillingen med den dobbelte dækning, og FG opfordres til at bekræfte, at FG tidligere har nægtet en dobbeltudbetaling for kritisk sygdom til en medarbejder fra [klagerens arbejdsgiver 2]. Medarbejderen er nu afgået døden, og den efterladte ægtefælle har indtil nu ikke forfulgt spørgsmålet om den manglende udbetaling overfor FG."

Af selskabets brev af 23/6 2017 til nævnet fremgår det blandt andet:

"Klagers advokat skriver i mailen, at FG blot kan 'vaske' cpr.nr., således at dobbeltregistrering undgås. For flere af FGs gruppelivsaftaler foreligger der mulighed for, at en medarbejder kan være omfattet med dobbeltdækning, eks. hvis medarbejderen er ansat hos to forskellige arbejdsgivere, og hvor medarbejdere er omfattet af samme gruppelivsaftale, hvorfor 'vask' af cpr.nr. ikke er hensigtsmæssigt.

I den konkrete sag var klager ikke ansat hos både [klagerens arbejdsgiver 1] og [klagerens arbejdsgiver 2], hvilket i sig selv udelukker en eventuel dobbeltdækning. Det er også FGs opfattelse, at klager ikke med rette har kunnet gå ud fra, at klager var omfattet af gruppelivsaftalen gennem [klagerens arbejdsgiver 1], da klager ikke var ansat i [klagerens arbejdsgiver 1], men i [klagerens arbejdsgiver 2].

For så vidt angår de refererede kendelse og som det fremgår af svar af 11. april 2017, skal kendelserne blot belyse, at en fejlagtig og misvisende registrering på Pensionslnfo, ikke vil føre til, at FG bliver erstatningsansvarlig for fejlregistreringen.

Klagers advokat refererer til en sag med lignende problemstilling, som i den konkrete sag. I sagen, hvor det i forbindelse med en skadessag blev konstateret, at forsikrede var registreret på både …-1 – via [klagerens arbejdsgiver 1] hhv. …-120 via [klagerens arbejdsgiver 2], blev der taget kontakt til … i HR-afdelingen, [klagerens arbejdsgiver 1], hvor problemstillingen blev forelagt.

Da FGs administration af gruppelivsforsikringen, jf. det aftalte i gruppelivsaftalen § 3 i bilag J, sker på baggrund af oplysninger FG modtager fra de enkelte [arbejdsgiverforening]-medlemsselskaber om de omfattede medarbejdere, skrev FG til [HR-medarbejder] med information om, på hvilken måde han kunne 'rydde op' i filerne over medarbejdere hos [klagerens arbejdsgiver 1] hhv. [klagerens arbejdsgiver 2] – se mailkorrespondancen i **bilag N**, således at registreringen blev korrekt."

Klagerens advokat har i brev af 13/7 2017 til nævnet blandt andet bemærket:

"Klageren konstaterer, at indklagede FG nu medgiver, at der for flere af FG's gruppelivsaftaler består en mulighed for, at en medarbejder kan være omfattet med en dobbeltdækning, hvis f.eks. medarbejderen er ansat hos to forskellige arbejdsgivere, hvor vedkommende er omfattet af samme gruppelivsaftale.

Indklagede FG har tidligere i sin skrivelse af den 11. april 2017, side 3 nederst anført, følgende 'det ikke fremgår af bilag J eller bilag L, at gruppelivsaftalen rummer mulighed for, at en medarbejder kan være omfattet af gruppelivsforsikringen med dækning i to forskellige [arbejdsgiverforening]-medlemsselskaber på samme tid, således medarbejderen er dobbeltdækket'.

Som tidligere anført fremgår det ikke af aftalen, at en medarbejder ikke kan være dobbeltdækket, ligesom der heller ikke foreligger en aftale herom og ej heller findes en regulering herom i lovgivningen.

Det må herefter kunne lægges til grund for nævnets afgørelse, at indklagede FG anerkender, at en medarbejder kan være omfattet med dobbeltdækning.

Det må ligeledes kunne lægges til grund for nævnets afgørelse, at indklagede FG anerkender at have modtaget en dobbelt præmieindbetaling for klageren.

Endelig må det kunne lægges til grund for nævnets afgørelse, at klageren på sine pensionsoversigter har modtaget oplysninger om to aktive forsikringer for hvilke, at der er indbetalt præmier til indklagede FG.

Det gøres gældende, at en uenighed mellem indklagede FG og [klagerens arbejdsgiver 1] om ansvaret for det passerede er klageren uvedkommende. Det bør ikke være klageren, der som lønmodtager og forbruger, skal bære risikoen for to professionelle forsikringsselskabers uhensigtsmæssige håndtering af klagerens forsikringsforhold. Klageren bør kunne forvente, at de to involverede selskaber udviser en ordentlig forsikringsskik og, i situationen, en rimelighed i forhold til klageren. Det er ikke klageren, som har begået fejl i denne sag!

Det gøres gældende, at indklagede FG er den nærmeste til at bære risikoen for, at der kan eksistere fejlbehæftede systemer, som ikke opfanger, at der modtages dobbelte indbetalinger fra samme forsikringstager/person."

Klagerens arbejdsgiver har i brev af 13/12 2016 til selskabet blandt andet anført:

"På baggrund af de oplysninger, der fremgår af 'Pensionsinfo', har [klageren] været af den opfattelse, at han havde to dækninger ved kritisk sygdom på hver især kr. 200.000. Hvilket bl.a. også var årsagen til, at han valgte at opsige en kritisk sygdomsdækning, som han har tegnet i privat regi.

Forenede Gruppeliv har imidlertid meddelt [klageren], at han kun har én dækning ved kritisk sygdom og har derfor alene udbetalt én sum på kr. 200.000.

Vi har undersøgt faktum i sagen og mener umiddelbart, at [klageren] har haft en berettiget forventning om, at han havde to dækninger ved kritisk sygdom og at det bør være [klageren], der bære risikoen for, at det forholder sig anderledes. Nedenfor er der kort beskrivelse af faktum.

…

Den 27. januar 2012 blev medarbejderne i [klagerens arbejdsgiver 2] imidlertid flyttet tilbage til aftale …-1, hvilket var en fejl. Noget tyder på, at det er sket i forbindelse med en maskinel indlæsning af en fil. De pågældende medarbejdere forbliver imidlertid også stående på aftale …-120 og [klagerens arbejdsgiver 1] betaler således dobbelt præmie til Forenede Gruppeliv.

Vi undrer os over, at Forenede Gruppeliv ikke har et system, som opfanger når medarbejdere er dobbeltregistreret. Navnlig ikke, når personer, der er omfattet af en medarbejderordning i Forenede Gruppeliv, ifølge Forenede Gruppeliv, kun kan have én ordning – hvilket i øvrigt heller ikke er tydelig præciseret overfor medarbejderne.

Den 3. november 2016 bliver [klagerens arbejdsgiver 2] fusioneret med [klagerens arbejdsgiver 1]. Den 16. november 2016 retter [klagerens arbejdsgiver 1] henvendelse til Forenede Gruppeliv og anmoder om at medarbejderne i [klagerens arbejdsgiver 2] flyttes over på aftale …-1. Det er i den forbindelse at Forenede Gruppeliv gør os opmærksom på, at 24 ud af 30 medarbejdere i [klagerens arbejdsgiver 2] allerede var omfattet af aftalen med [klagerens arbejdsgiver 1].

Forenede Gruppeliv oplyser, at de har flyttet medarbejderne over pr. 1. november 2016, hvilket [klagerens arbejdsgiver 1] undrer sig over, idet fusionen først fandt sted den 3. november 2016. Endvidere fremgår det af § 15, stk. 1 i de generelle forsikringsbetingelser, at forsikringsaftalen kan opsiges af såvel forsikringstageren som Forenede Gruppeliv med 3 måneders varsel. Forsikringsaftale …-120 kan således tidligst være opsagt med virkning fra udgangen af februar 2017.

…

På baggrund af ovenstående skal [klagerens arbejdsgiver 1] anmode om, at Forenede Gruppeliv udbetaler yderligere kr. 200.000 i kritisk sygdom til [klageren]. Endvidere skal vi opfordre til, at Forenede Gruppeliv får kontaktet de personer, som er registreret under flere arbejdsgiverordninger hos Forenede Gruppeliv. På baggrund af hændelsen med [klageren] er vi blevet bekendt med, at Forenede Gruppeliv pr. 1.november 2016 har fjernet aftale …-120 fra samtlige medarbejdere i [klagerens arbejdsgiver 2] uden at have informeret medarbejderne herom. Flere af disse medarbejdere var på baggrund af oplysninger fra Pensionsinfo af den klare opfattelse, at de havde to dækninger og henset til at [klagerens arbejdsgiver 1] har betalt for to dækninger til de pågældende medarbejdere mener vi også, at medarbejderne bør have en berettiget forventning herom."

Af Gruppelivsaftalen mellem arbejdsgiverforeningen og fagforeningen fremgår det blandt andet:

"***§ 1.***
Hvem er omfattet af forsikringen

Gruppelivsaftalen omfatter samtlige medarbejdere, der er forsikringsberettiget i henhold til gældende aftale mellem [arbejdsgiverforening] og [fagforening], forudsat de pågældende ved optagelse i forsikringen er fuldt arbejdsdygtige.

[Arbejdsgiverforening] 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.

…

§ 3.
Indtrædelse og udtrædelse

Dækningen er virksom når betingelserne i Gruppesikringsregulativet berettiger til gruppelivsforsikring. For tilsluttede grupper indtræder dækningen ved tilmeldelsen af grupperne.

Dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor Gruppesikringsregulativets bestemmelser ikke længere er opfyldt. For tilsluttede grupper ophører dækningen ved fratrædelsen fra et [arbejdsgiverforening]-selskab eller udtrædelse af gruppen i øvrigt. Gruppemedlemmer, som er tilmeldt i medfør af § 1, tredje stk., udtræder tillige af dækningen samtidig med udtrædelsen af [fagforening].

…

§4.
Forsikringsperiode/præmiebetaling

Forsikringsåret er 1. januar til 31. december. Pr. 1. januar før starten på en ny overenskomstperiode udregner FG på grundlag af gruppens aldersmæssige sammensætning på dette tidspunkt præmien for den pågældende overenskomstperiode. Præmien forfalder årligt forud den 1. januar og opkræves gennem virksomhederne.

Reguleringspræmien, som afregnes sammen med årspræmien 1. januar, beregnes på grundlag af den gældende præmie pr. deltager i det afsluttede forsikringsår.

Gruppeledelsen fastsætter præmievilkårene for virksomheder, hvis medarbejdere bliver omfattet, eller som tilmelder nye grupper af medarbejdere til forsikringen. Som hovedregel betales nettopræmie fra tilmeldingstidspunktet. Har medarbejderne forinden været omfattet af en gruppelivsforsikring, træffer gruppeledelsen beslutning om de nærmere vilkår for optagelse i forsikringen."

Af Gruppesikringsregulativet mellem arbejdsgiverforeningen og fagforeningen fremgår det blandt andet:

"**A. GRUPPEFORSIKRINGSORDNINGER**
Gruppeforsikringsordningerne gælder fra ansættelsen. Under godkendt fravær opretholdes dækningen. Ordningerne omfatter fratrådte, ledige medarbejdere i indtil 12 måneder fra fratrædelsestidspunktet samt medarbejdere, der holder orlov uden løn og pension i op til 12 måneder, jf. overenskomstens nærmere regler.

…

D. PRÆMIEBETALING
Præmien for gruppeforsikringsordningerne afholdes af selskabet.

Præmien medregnes ved opgørelse af medarbejderens skattepligtige indkomst.

…

G. FORSIKRINGSAFTALEN
Forsikringssummer og forsikringsvilkår kan blive ændret i overenskomstperioden, hvis forsikringsaftalen ændres. Ved uoverensstemmelse mellem gruppesikringsregulativ og forsikringsaftale er forsikringsaftalen gældende. Et eksemplar af den til enhver tid gældende forsikringsaftale kan rekvireres ved henvendelse til [arbejdsgiverforening] eller [fagforening]."

I Forsikringsbetingelserne for Gruppelivsforsikring hedder det blandt andet:

"**§1. Forsikringsaftalen**
Stk. 1. Forsikringsaftalen består af gruppelivsaftalen og nedenstående forsikringsbetingelser.

…

§ 2. Gruppelivsaftalen
Stk. 1. Gruppelivsaftalen indeholder de overordnede bestemmelser om de forsikrede/gruppemedlemmerne, disses indtræden og udtræden af ordningen samt forsikringsdækningens omfang m.v.

…

Stk. 4. Kritisk sygdom til børn dækkes efter FGs bestemmelser om: **'Dækning ved visse kritiske sygdomme til børn i tilslutning til FGs gruppelivsaftaler og forsikringsbe-**

tingelser', der udleveres som et tillæg til gruppe-livsaftaler, der omfatter dækning ved børns kritiske sygdom.

…

c) Forsikrede

Det gruppemedlem på hvis liv og helbred forsikringen oprettes, eller dennes ægtefælle/samlever eller barn, såfremt det er aftalt, at forsikringen omfatter disse.

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 gruppelivsaftalen som ejere af den aftalte forsikringsdækning.

…

§ 13. Fortsættelsesforsikring

Et gruppemedlem er berettiget til at oprette fortsættelsesforsikring i FG uden afgivelse af helbredsoplysninger. Vilkårene for fortsættelsesforsikring findes i FGs **'Forsikringsbetingelser for fortsættelsesforsikring**'

…

§ 15. Opsigelse af forsikringsaftalen

Stk. 1. Forsikringsaftalen kan opsiges såvel af forsikringstageren som af FG med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår.

Stk. 2. FG kan ændre forsikringsbetingelser og tarif med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår.

Stk. 3. Ved ændring af forsikringsbetingelser og ved tarif-ændringer, som medfører højere præmie for gruppelivs-aftalen, er forsikringstageren berettiget til at opsige forsikringsaftalen med 30 dages varsel, når opsigelsen finder sted inden 30 dage efter meddelelsen om ændringen.

§ 16. Præmiebetaling og præmieberegning

Stk. 1. Præmien fastsættes for et år ad gangen. Den garanterede præmie (tarifpræmien) fastsættes på baggrund af aldersfordelingen for de forsikrede og FGs tariffer, der er anmeldt til Finanstilsynet.

Stk. 2. Præmien forfalder til betaling den første dag i hver aftalt præmiebetalingsperiode. Betales en præmie ikke, ophører forsikringsdækningen inden for en nærmere angivet frist, efter at påmindelse har fundet sted."

12. 90549

I Forsikringsbetingelserne for dækning ved visse kritiske sygdomme i tilslutning til FGs gruppelivsaftaler og forsikringsbetingelser hedder det blandt andet:

> "**§ 1.** Forsikringen dækker de sygdomme/diagnoser, der er nævnt i § 7 A-X.
>
> Nar en diagnose er stillet som krævet i forsikringsbetingelserne kan forsikringssummen udbetales.
>
> Der anvendes de forsikringsbetingelser, og der udbetales den forsikringssum, som var gældende den dag, hvor diagnosen blev stillet.
>
> **§ 2.** Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karensperiode. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringstid og eventuel karensperiode fremgår af gruppelivsaftalen.
>
> **§ 7.** Ved kritisk sygdom forstås:
>
> **A. Kræft**
> Ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteriseret ved ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser)."

Nævnet udtaler:

Klageren fik den 18/11 2016 stillet en kræftdiagnose. Han ansøgte selskabet om udbetaling af dækning ved visse kritiske sygdomme. Ved brev af 6/12 2016 meddelte selskabet klageren, at diagnosen var dækningsberettigende, og at forsikringssummen på 200.000 kr. ville blive udbetalt. Klageren har overfor nævnet gjort gældende, at han er berettiget til udbetaling af yderligere 200.000 kr. med henvisning til, at han har været omfattet af 2 dækninger ved visse kritiske sygdomme.

Det fremgår af sagen, at klagerens arbejdsgiver 1 (moderselskabet), der havde en gruppelivsaftale (…-1) i selskabet, den 15/12 2011 meddelte selskabet, at klageren var omfattet af en gruppe medarbejdere, der skulle tilhøre medarbejdergruppen i et datterselskab [klagerens arbejdsgiver 2], og at han og den øvrige medarbejdergruppe skulle registreres under datterselskabets nye gruppelivsaftale (…-120) i selskabet. Den 19/12 2011 bekræftede selskabet, at gruppen af medarbejdere blev overflyttet til det nye aftalenummer.

Det fremgår videre af sagen, at selskabet i januar 2012 modtog oplysning fra klagerens arbejdsgiver over de medarbejdere, som skulle være registreret som omfattet af moderselskabets gruppelivsaftale …-1. Klageren var ved en fejl registreret på denne liste, hvorfor han siden 2012 har været anført på både gruppelivsaftale …-1 og …-120.

Nævnet lægger som ubestridt til grund, at selskabet har modtaget præmieindbetaling fra både moderselskabet og datterselskabet for klagerens forsikringsdækninger. Det fremgår i denne forbindelse af Gruppelivsaftalen, at forsikringsåret er 1/1 til 31/12, og at præmien forfalder årligt forud den 1/1 og opkræves gennem virksomhederne. Nævnet lægger også til grund, at klagerens arbejdsgiver ikke har krævet tilbagebetaling af præmie i forbindelse med dobbeltregistreringen af klageren i gruppelivsaftalen.

I forbindelse med en fusion mellem moder- og datterselskabet den 3/11 2016, hvor medarbejderne på gruppelivsaftale …-120 skulle flyttes til aftale …-1, blev det opdaget, at klageren og flere øvrige medarbejdere var registreret som forsikrede i henhold til gruppelivsaftalen via både moder- og datterselskabet.

Klageren har anført, at da der er indbetalt præmie, og dækningerne har fremgået af hans dækningsoversigter, er han berettiget til udbetaling af forsikringssummer i henhold til begge aftaler.

Selskabet har anført, at klageren blev omfattet af moderselskabets gruppelivsordning …-1 ved en fejl, og at dette skyldes forhold hos arbejdsgiveren, som selskabet ikke hæfter for. Selskabet har også anført, at det ikke fremgår af hverken Gruppelivsaftalen eller Gruppesikringsregulativet, at én medarbejder kan være omfattet af dækning i 2 gruppelivsaftaler på samme tid og på den måde være dobbeltdækket. Selskabet har også anført, at dækningen på gruppelivsaftalen …-120 ophørte den 3/11 2016 samtidig med fusionen, og at dækning er udbetalt i henhold til gruppelivsaftale …-1.

Nævnet finder, at det er selskabet, der skal bevise, at en person ikke kan være omfattet af flere gruppelivsaftaler. Selskabet har i brev af 23/6 2017 til nævnet blandt andet oplyst, at der i flere gruppelivsaftaler foreligger en mulighed for, at en medarbejder kan

være dobbeltdækket. Dette vil være tilfældet, hvis medarbejderen er ansat hos 2 forskellige arbejdsgivere, og hvor medarbejdere er omfattet af samme gruppelivsaftale. Selskabet har anført, at klageren ikke er ansat hos både moder- og datterselskabet, hvilket udelukker dobbeltdækning i den konkrete situation.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at selskabet ikke har godtgjort, at reglerne for gruppelivsaftalen indebærer, at en medarbejder ikke kan være dobbeltdækket.

Nævnet finder ikke grundlag for at fastslå, at dækningen i henhold til gruppelivsaftale …-120 ophørte forud for tidspunktet for, at klageren blev diagnosticeret med kræft den 18/11 2016.

Det fremgår af Gruppelivsaftalens § 3, at dækningen er virksom, når betingelserne i Gruppesikringsregulativet berettiger til gruppelivsforsikring. Dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor Gruppesikringsregulativets bestemmelser ikke længere er opfyldt. Hertil fremgår, at dækningen ophører for tilsluttede grupper ved fratræden fra et arbejdsgiverforening-selskab eller ved udtrædelse af gruppen i øvrigt.

I Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring fremgår det af § 3 litra d), at forsikringstageren er den virksomhed, som selskabet har indgået forsikringsaftalen med. Af § 15 fremgår det, at forsikringen kan opsiges af såvel forsikringstageren som selskabet med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår. Selskabet kan ændre betingelser og tarif med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår. I § 13 er det angivet, at et gruppemedlem er berettiget til at oprette fortsættelsesforsikring i selskabet uden afgivelse af helbredsoplysninger.

Nævnet finder herefter, at selskabets afslag på udbetaling af forsikringssummen i henhold til gruppelivsaftale …-120 er uberettiget. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det ikke fremgår af reglerne, at en medarbejder ikke kan være dobbeltdækket, at der er betalt præmie til selskabet for perioden, hvor klagerens sygdom blev diagnosticeret, og at det ikke er godtgjort, at dækningen på gruppelivsaftale …-120 var ophørt på diagnosetidspunktet.

15. 90549

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Forende Gruppeliv, skal anerkende, at klageren er berettiget til udbetaling af 2 gange udbetaling af dækning for kritisk sygdom og udbetale forsikringssummen på 200.000 kr. Udbetalingen skal forrentes i overensstemmelse med forsikringsaftaleloven § 24.

Klagegebyret tilbagebetales.

Marianne Højgaard Pedersen
formand