Ankenævnet for Forsikring

Den 24. januar 2018 blev i sag nr. 90860:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har haft pensionsordning med dækning ved visse kritiske sygdomme. Hun gør gældende, at hun er blevet usagligt forskelsbehandlet og diskrimineret derved, at prisen på hendes dækning ved kritisk sygdom er højere end den, som visse andre kunder betaler. Hun kræver derfor, at selskabet tilbagebetaler hende den for meget betalte præmie for perioden fra 2005 og frem til 2016.

Selskabet har anført, at klageren er blevet behandlet i overensstemmelse med aftalegrundlaget, og at hun derfor ikke er berettiget til tilbagebetaling. Selskabet er endvidere af den opfattelse, at en differentieret prispolitik ikke udgør diskriminerende og usaglig forskelsbehandling.

I klagen til nævnet af 14/5 2017 har klageren bl.a. anført:

> "2. Hvad vil du konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)
> Jf. vedlagt 4-sidet BILAG B titlen 'tilbagebetalingskrav' oversigt, da der er ikke plads på denne side.
> Jeg har ridset op for disse beregninger i min anmodning for genoptagelse af 17.marts 2017. Ingen reaktion/s' fra APpension's Klageansvarlig omkring min tilbagebetalingskrav
> Anmodes tilbagebetaling af differencen i præmierne så det passer med dem, der er oplyst på AP hjemmeside 2016 og dem, der burde være arkiveret og, som jeg forgæves anmodede om også det passer med dem, der e oplyst i AP pension's Teknisk Grundlag 30.juni 2016.
> I alt mit tilbagebetalingskrav for alle mine præmier:
> 1. Med betaling af dødspræmie i 3 år(2005+2006+2007): 18.293 + 7.286 + 2.625 = 28.204 kr. + procesrenten fra 2005 indtil betalingsdato.

2. Uden betaling af dødspræmie i 3 år(2005 + 2006 + 2007):
15.117 + 7.286 + 2.625 = 25.028 kr. + 6.356 kr. = 31.384 kr. + procesrenten fra 2005 indtil betalingsdato."

I et bilag vedlagt klagen har klageren supplerende anført:

"**Sagsfremstilling**

Jeg fratrådte min stilling som … d. 01.marts 2005. Jeg havde en Gruppelivsforsikring via arbejdsgiveren, hvor jeg betalte 5 % og arbejdsgiveren betalte 15 % af min månedsløn.
Jeg fratrådte min stilling fordi jeg faldt og ramte baghovedet og ryggen på asfalten på banegårdens perron i [by 1] i 1999, da jeg skulle stige ind i toget, da jeg var på vej til arbejde i [by 2] hos [tidligere arbejdsgiver]. Perronen var ikke saltet og det var minus 15 grader frost.
Jeg fik omgående smerter i hovedet, nakke og ryg, men fortsatte til arbejde den samme dag og næste dage med konstante smerter, som blev så intense 3 dage efter faldet, at jeg ikke kunne løfte hovedet mere, kunne ikke bøje nakken enten til side eller opad. Jeg blev sygemeldt i flere måneder og fik diagnosen Piskesmæld og Hjernerystelse.
Mine smerter blev kroniske og min forudgående tennis og golfalbuer på højre arme, blev forværret.
Jeg fik skåne job på fuld tid, dvs jeg indgik ikke i turnussen og blev fritaget for alt fysisk tungt løft og arbejde i …, der krævede, at jeg arbejdede over skuldernes højde.
Mine smerter kunne ikke ses, derfor troede de andre ikke på mine konstante smerter, som blev kroniske og jeg stadigvæk døjer med, dagens dato. Jeg blev ved med, at arbejde på fuld tid i 6 år, med konstante smerter i hovedet, skuldre, højre arme og ryg.

I 2002 blev jeg fyret 1. gang. Fyringen blev dog trukket tilbage.
I august 2004 blev jeg fyret igen og blev lovet omplacering i en anden afdeling. Efter 5 måneder minus en dag af min opsigelses varsel på i alt 6 måneder, hvor jeg hver dag slæbte mig selv fra [by 1] til [by2], fik jeg at vide, at jeg alligevel ikke bliver omplaceret.
Min fagforening … vejledte mig i, at sygemelde mig i ubestemt tid fra 01.marts 2005 ved, at henvende mig til [kommune]. De udfyldte sygedagpenge sedlerne for mig.
Jeg fik tilkendt førtidspension uden kontrol fra [kommune] d.01.december 2005 uden, at have ansøgt om den.
Efterfølgende fik jeg tilkendt invalid pension fra AP pension baseret på [kommunes] helbredsoplysninger og en arbejdspsykologs rapport, som stillede diagnosen PTSD (Posttraumatisk belastningsreaktion), fordi jeg ikke kunne cope med mine smerter og mine arbejdsopgaver. Dvs. AP pension har ikke tilkendt mig invalid pension før de fik helbredsoplysningerne fra [kommune]. AP pension tilkendte mig først omgang henstand i brev af 18.marts 2005 indtil der foreligger en afgørelse om min ansøgning om invalid pension.
I brev af 30.juni 2005, oplyste AP pension, at de afventer stadigvæk oplysninger fra [kommune].
I brev af 08.december 2005 oplyste AP pension mig, at jeg fik at vide, at jeg fik tilkendt invalid pension med præmiefritagelse indtil 31.marts 2020.

Dvs. det er først d. 08.december 2005, at AP pension udfyldte kravet i dens Gruppelivsforsikrings betingelser § 1 'Indtrædelse':
'Dækning under gruppelivsforsikringen indtræder den dag, AP Pension antager forsikringen, med mindre anden ikrafttrædelsesdato er aftalt'.
Derfor er jeg helt uforstående overfor, hvordan kunne AP pension uden videre i 2005 opkræve min kundegruppelivsforsikring med tilbagevirknings kraft fra 01.marts 2005 når mi-

ne forsikringer var i henstand indtil der forelå en afgørelse om udbetaling af min invalid pension, som fandt sted først d. 08.december 2005?

AP pension i 2016 genvurderede min invalid pension og afgjorde, at jeg stadigvæk opfylder kravene for den indtil 2020, hvor min tegnede arbejdsgivers arbejdspension vil ophøre.

AP pension tilkendte mig præmiefritagelse for alle de i forvejen tegnede forsikringer af arbejdsgiveren, men jeg skulle selv betale for dækning ved død og for kritiske sygdomme via en Kundegruppelivsforsikring. Jf. forsikringsbevis.

Lige pludseligt tilfældigt falder jeg d.26.juni 2016 på AP pensions hjemmeside på linket:

http://www.appension.dk/Vaerd-at-vide/vaer-at-vide-forksring/vaer-at-vide-livsforsikring/Vaer-at-vide-livsforsikring-til-ansatte

Jeg fik et chok, da jeg læste i artiklen, at Kundegruppelivsforsikring, der omfatter død og kritiske sygdomme for de samme dækninger som mine, koster henholdsvis 2.862 kr. (2016) **pr. år** dækningssum 498.000 kr. og forsikring for kritiske sygdomme med **halvårlig** bidrag 515 kr. (2016), dvs pr år koster den samme forsikring for kritiske sygdomme 1.030 kr. Med den er man sikret et skattefrit engangsbeløb på 160.000 kr. (2016), hvis man bliver ramt af en af nedenstående sygdomme.

I artiklen fremgår på 1.linje følgende:
'Hvis du er mellem 18 og 50 år og ikke er omfattet af en obligatorisk pensionsordning, har du mulighed for at etablere en Kundegruppelivsforsikring. Med den kan du skabe økonomisk tryghed for dig selv og din familie i tilfælde of sygdom eller død.
Hvad dækker forsikringen?
Kundegruppeliv er en forsikring, der dækker døgnet rundt og udbetales ved død, hvad enten dødsfaldet skyldes sygdom eller et ulykkestilfælde. For bare 2.862 kr. (2016) hvert år kan du sikre dine efterladte en engangsudbetaling på 498.000 kr. (2016).
Suppler med forsikring for kritiske sygdomme
Kundegruppeliv kan suppleres med en forsikring for kritisk sygdomme. Med den er man sikret et skattefrit engangsbeløb på 160.000 kr. (2016), hvis man bliver ramt af en af nedenstående sygdomme. Det ***halvårlige bidrag for Kritisk Sygdom udgør 515 kr. (2016)****'.*
Jeg kiggede på mine præmier for 2016, som skulle betales 2 gange om året. Det viste sig, at jeg blev opkrævet 2016:

Dækning ved død:	Kr. 498.000,00	kr. 2.862,00
Dækning ved kritisk sygdom:	Kr. 161.000,00	kr. 2.325,00

Der kunne jeg først opdage, at der er opkrævet ikke kun det dobbelte for kritisk sygdomme af mig forhold til den oplyste pris men 126 % mere end den oplyste pris på AP hjemmeside.
2.325 – 1.030 = 1.295 kr.
For at sikre mig, at jeg også er med i den samme Kundegruppelivsforsikring, som er vist på AP hjemmeside, kontaktede jeg d.26.juni 2016 per mail … kunderådgiver Gruppeaftaler afdeling, som bekræftede per mail af 29.juni 2016, at denne Kundegruppelivsforsikring er gældende for alle aldre mellem 18 og 50 år og fortsætter indtil man fylder 62 år. Udover det fik jeg bekræftet, at den også gælder for førtidspensionister og for dem, som ikke er ansat.

[Kunderådgiver 1] fandt alle mine præmiers udbetalinger frem, så han viste godt, hvem jeg var. Han fremsendte listen til mig med alle mine betalinger fra 2005 -2016. Jf. vedhæftet liste.

Udover denne henvendelse til Gruppeaftaler havde jeg også skrevet en mail d. 02.februar 2016 til [kunderådgiver 2]. Hun bekræftede, at mine forsikringer udløber næste år(2017) pga. alder, dvs hun vidste godt, hvem jeg var. Hun bekræftede også, at AP pension har kun Gruppeaftaler selv om jeg forespurgte hende om hvis det er den samme gruppeaftale, der gælder også for mig til trods for, at jeg får invalid pension. Jf. vedhæftet korrespondance.

I sin mail af 29.juni 2016 bekræftede [kunderådgiver 1] tvetydigt, endda:
'At der på hjemmesiden står kr. 505,00 for den kritiske sygdomsdækning, er en fejl. Det beklager jeg. Det for vi rettet hurtigst muligt'.

Det rigtige beløb, som fremgik på hjemmesiden var 515 krog ikke 505 kr.

I mail af 07.juli 2016 anmodede jeg om en brochure eller et link, hvor jeg kan læse om gruppelivsforsikringen i lige fod med de folder alle AP pension's samarbejdspartnere ellers har på deres hjemmesider hvor AP pension's logo fremgår.
I mail af 07.juli 2016 bekræftede [kunderådgiver 1], at:
'Linket, du efterspørger, er det samme link, som du selv sendte AP Pension i din første mail'.
Han henviste til det link, hvor han 'rettede fejlen', dvs rettede prisen fra det den i virkeligheden er = 515 kr. pr. halv år til værende 1.162,50kr per halve år (magen til den jeg selv betalte i 2016). Linket blev dog ændret, da prisen 'fejlen' blev igen ført tilbage til de 515 kr. Dette fandt jeg ved en tilfældighed i 2017. Det nye link er:

http://intern-ap-website.server01.dk/AP-Pension/Vaerd-at-vide-vaer-at-vide-forskring/vaer-at-vide-livsforskring/Vaer-at-vide-livsforsikring-til-ansatte&num=1&hl=da&gl=dk&strip=1&vwsrc=0

Der skal slås fast, det tidligere link var ikke tilgængeligt længere, dvs det link, hvor den rettede pris på 1.295 kr. var på og, som [kunderådgiver 1] henviste til sine mails i 2016 og sågar 2017. Priserne forekommer ikke andre steder, bekræftede han.

I min mail af 04.august 2016, forespurgte jeg om alle oplysninger om min police, som er dateret 17.juli 2016 selv om, den er tegnet i 2005!

Hvis det var tilfældet, at jeg skulle placeres i en anden gruppe, hvorfor fik jeg dette ikke, at vide? Hvis jeg skulle overflyttes til en anden gruppe, jeg burde have haft mulighed til, at opsige aftalen.

Jeg anmodede d. 06.juli 2016 om et udskrift af den police, der henvises til og, som skulle koste mig mere end det dobbelte.

Der blev bekræftet, at den udskrift kunne enten [kunderådgiver 3] eller [kunderådgiver 1] printe ud og sende til mig, da det skal ske fra et andet sted.

I min mail! af 08.juli 2016, forundrede mig til uendelighed overfor [kunderådgiver 1] og [kunderådgiver 3]:

'Hvordan hænger tingene sammen når der ikke findes en police aftale klar til at blive sendt til mig nogle steder i den samme bygning, hvor begge afdelinger befinder sig?

2. Hvordan kan Gruppeaftalers afdeling ikke have adgang til min police og skal afvente at den bliver printet til ham så han kan efterfølgende sende den til mig?

3. Hvor ægte min gruppelivsforsikrings aftale er i det hele taget?

4. Der sker noget mystisk hvad denne police angår, er I i gang med at strikke den sammen?'

5. Det er det jeg gør nu (sender en klage), da min gruppeforsikringspolice eksisterer ikke hos enten [kunderådgiver 3], som har ellers rykket i 2005 for betaling af dens præmie og den sågar findes ikke hos [kunderådgiver 1] Gruppeaftalers afdeling, som [kunderådgiver 3] har ellers henvist mig til ad 2 omgange, i løbet af de sidste 2 dage!'

Det er først d.22.juli 2016, at jeg fik svar fra Klageansvarlig om, at min police endeligt blev sendt til mig og, at der ikke blev ændret på min police, men der er ikke en eneste, der forklarer mig stadigvæk hvorfor, skulle jeg betaler 126 % højere præmie ikke kun ved sammenligning med AP samarbejdspartnere men sandelig også ved, at sammenligne AP pensions præmier opkrævet af AP pension's egne kunder! Klageansvarlig begrundede den sene udskrift af min police med et system fejl!

D.12. november 2016 opsagde jeg min Kundegruppelivsforsikring. Jeg ventede stadigvæk på Klageansvarligs afgørelse på min klage af 06.juli 2016, som ikke kun [klageansvarlig] ville bilde mig i, at den var allerede sendt d.02.november 2016, men sandelig også Klageansvarligs chef … blev ved med, at bekræfte, at den er sendt igen d.10.november 2016. Den fik jeg dog d.11. november 2016!

Jeg fik refunderet præmien, som jeg nåede, at betale imens jeg stadigvæk ventede på afgørelsen!

Klageansvarlig refunderede præmien kun for betaling fra 01.juli – 31.december 2016.

Da jeg modtog AP pension's brev af 10.februar 2006, som burde have været fremsendt sammen med Klageansvarlig brev af 15.november 2016, som svar på mine indsigelser til afgørelse af 02.november 2016 modtaget d.11.november 2016, kunne jeg konstatere for første gang, at jeg ikke blev optaget hos [andet forsikringsselskab] grundet kun mine helbredsoplysninger, derfor kontaktede jeg samtid [andet forsikringsselskab] og Klageansvarlig.
Jeg forespurgte [andet forsikringsselskab] om, hvilke oplysninger de fik fra AP pension i 2005 ifm. min optagelse hos, dem. De svarede mig, at de aldrig fik noget som helst oplysninger om mig og aldrig har haft kendskab til, at jeg skulle optages hos dem. [Andet forsikringsselskab] oplyste endda, at de havde og stadigvæk ikke har enten indflydelse på vurdering af helbredsoplysningerne og sågar ingen indflydelse på fastsættelse af priserne. Jeg blev henvist til, at tage kontakt til AP pension.

Dette gjorde jeg og jeg anmodede d. 26.november 2016 om aktindsigt i:

- Mit samtykke erklæring, hvor i det fremgår min tilladelse til at AP pension videregav mine følsomme helbredsoplysninger til [andet forsikringsselskab].

- De oplysninger, som blev videregivet til [andet forsikringsselskab].
- Den korrespondance, der fandt sted i 2006 mellem AP pension og [andet forsikringsselskab].

D.07.december fik jeg svar på mine indsigelser af 26.november 2016 til Klage ansvarlig brev af 25. november 2016:
'For så vidt angår dine bemærkninger til vores brev af 10. februar 2006, kan vi oplyse, at helbredsvurderinger foretages i AP Pension, selvom der er tale om forsikringer, der kan tegnes gennem vores samarbejdspartnere. Der er derfor ikke blevet sendt nogen helbredsoplysninger til [andet forsikringsselskab], da vi i februar 2006 – på din anmodning – undersøgte helbredskravene for tegning af Kritisk Sygdoms forsikring via [andet forsikringsselskab]. Du opfyldte – som tidligere nævnt – ikke alderskravet, og det er formentlig det, der henvises til i brevet'.

Der var intet i brevet af 10.februar 2006, der kunne relateres til manglende opfyldelse af alderskravet. Der var kun henvist til min helbredsoplysninger, som Ap pension påstod, at de ikke opfyldte kravene for optagelse. Bemærkelsesværdigt var disse ikke gode nok til optagelse hos [andet forsikringsselskab] til det halve pris, men til gengæld var de gode nok til optagelse hos AP pension selv. Dette til trods for, at det er selveste AP pension, der vurderer dem! Hvordan hænger tingene sammen? Er bare lost!

I sin mail af 07.december 2016, indrømmede Klageansvarlig endeligt, at det er AP pension, som blokerede for min optagelse hos [andet forsikringsselskab], til trods for dette, blev hun ved med, at vildlede og fordreje det egentlige indhold i brevet af 10.februar 2006. Klageansvarlig påstod lige pludseligt, at det var alderens krave, der ikke var opfyldt. Ligesom min Kundegruppelivsforsikring blev tilbageført til 01.marts 2005 til trods for, at den jo var først tegnet d.08 december 2005, kunne denne police hos [andet forsikringsselskab] også føres tilbage til 01.marts 2005, hvor jeg jo stadigvæk var ikke fyldt .. år!

Der undres til uendelighed om, hvorfor i al verden skulle der undersøges noget som helst, hvis jeg allerede var fyldt .. år d. 10.februar 2006? Undersøgelsen kunne være lige meget, alderen er noget, der er tydeligt og klart og ikke skal vurderes ligesom helbredsoplysningerne jo skulle! Brevet blev sikkert også printet ud d. 10.februar 2006, men den var allerede aktuel inden d.10.februar 2006, præcist ligesom dette skete med printet af min policebevis, som var tegnet i 2005 men blev printet med dato 17.juli 2016! Det er bare en krystalklar blokering for min mulighed for at overtages til en billigere Kundegruppelivsforsikring.

Der skal skovles penge af AP egne kunder således sine samarbejdspartners kunder kan have alle fordele, som os AP pensions egne kunder skal bidrage med! De får alle fordele og bedre endda, da de kan have deres Kundegruppeforsikrings aftale op til 67 år, uanset hvis de har de samme risici, som AP pension's egne kunder har! Der ses bort fra det!

Her hvad AP pensions chef udtalte i 2017:
'Sådan får kunderne AP Loyalitetsbonus
Vi er et af pensionsbranchens mest velkonsoliderede selskaber. Faktisk har vi en kapitalmæssig overdækning, som betyder, at vi har 3,9 mia. kr. mere, end loven kræver'.

Man behøver overhovedet ikke undre sig om, hvor disse 3,5 milliarder komme bl.a. fra! Fra de skyhøje præmier, som bliver opkrævet af AP pensions egne kunde! Det er så paradoksalt det her!

Til min mega store undren, besvarede Klageansvarlig i mail af 07.december 2016, at det er AP pension selv, som vurderede mine helbredsoplysninger og ikke [andet forsikringsselskab], derfor er der intet samtykke erklæring. Derfor, er der ingen helbredsoplysninger, der blev videregivet, derfor var der ingen korrespondance med [andet forsikringsselskab].

I den samme mail af 07.december 2016, bekræftede Klageansvarlig, at det var under min anmodning, at der blev undersøgt om min mulighed for optagelse hos [andet forsikringsselskab] i 2005.

Jeg svarede per mail af 09.december 2016 og anmodede om aktindsigt i denne anmodning, som der blev henvist til. Klageansvarlig svarede per mail af 15.december 2016, at:

'Vi er ikke i besiddelse af din anmodning. Kan meget være fremsat telefonisk'.

Ud fa al min korrespondance med Klageansvarlig er der slet ikke den mindste tvivl, at det er selveste AP pension, som blokerede for min optagelse hos [andet forsikringsselskab] i 2005, dvs jeg kunne have sparet det halve af mine Kundegruppelivsforsikringer fra 2005 - 2016. Disse faktiske omstændigheder havde jeg slet ikke kendskab til før 2016.

Stadigvæk i 2016 og 2017, blev jeg løjet til og vildledt. Men Klageansvarlig nægtede, at dette skete.

D.15.december 2016, fik jeg følgende mail fra Klageansvarlig hvor der henvises til AP pension's Teknisk Grundlag:
'1) Vi er ikke i besiddelse af en skriftlig anmodning fra dig. Den kan meget vel være fremsat telefonisk.
2) Du kan se de anmeldte regler for præmiefastsættelsen på Finanstilsynets hjemmeside: … Gruppeliv er beskrevet i afsnit 5 i anmeldelse af 30.06.2016. De relevante punkter for præmieopgørelsen kundegruppeliv er navnlig punkt 5.6-5.7 og 5.11-5.15.
Vi har herefter ikke yderligere til sagen'.

Jeg fandt andre relevante punkter i Teknisk Grundlag, som Klageansvarlig henviste til. Disse punkter er:

- En formel til beregning af præmien for forsikring for død på side 64, pkt.5.6.5.
- En tabel tarifpræmier for død på side 223, pkt.18.5.
- En tabel tarifpræmier for Visse kritiske sygdomme på side 231, pkt.18.5.9.
- Et afsnit 5.3.14 på side 55, hvori det fremgår, at ved udtrædelse af gruppen grundet nedsættelse til 1/3 af medlemmets erhvervsevne opretholdes dødsfaldsdækning uden præmiebetaling så længe erhvervsudygtigheden varer, dog længst 3 år.

Da jeg ikke kunne finde ud af, hvad er hvad, skrev jeg mail til Gruppeaftaler d.24.januar 2017:
'1. Vil I godt vedhæfte jeres Teknisk Grundlag af 30.juni 2016 til denne mail adresse?
2. Hvad er præmien for alder 50, 51 og 62 efter denne formel, som I selv bruger:
…
3. Vil nedenfor under pkt.5.3.14, 1. afsnit være gældende hvis medlemmet bliver fyret og får invalid pension og førtidspension, if. vedhæftet side 55, pkt.5.3.14:

5.3.14 Præmiefri dækning

Udtræder gruppemedlemmet inden det i aftalen fastsatte tidspunkt for dækningens ophør, dog længst til det fyldte 70. år på grund af sygdom eller ulykkestilfælde, der

medfører, at den pågældendes erhvervsevne er nedsættes til 1/3 eller derunder, kan dødsfaldsdækningen opretholdes uden præmieudbetaling, så længe erhvervsudygtigheden varer, dog længst i 3 år eller til det aftalte tidspunkt for gruppelivsforsikringens ophør.

4. Hvordan finder I frem til præmien har brug for konkret eks. hvor I viser trin per trin, hvad er præmien i 2016 for alder 62:
Side 64, pkt. 5.6.5.

5.6.5 Beregning af præmier for de enkelte ydelser

Dødsfald

Præmien for dødsfaldsdækningen for medlemmer over 70 år regnes som en etårig ophørende livsforsikring med naturlig præmie. Dødelighedstavlen er HS-tavlen 3,75% helårlig. Tillæggene andrager 1,05 ‰ af forsikringssummerne og 7 % af bruttopræmien. Herefter beregnes den helårlige bruttopræmie ved at multiplicere den kontinuerte præmie med 0.97. Minimum for helårspræmien er 4.5 ‰.

Den helårlige præmie for medlemmer under 70 år er lig med bruttoindskud for en etårig ophørende livsforsikring beregnet på F 66 M 4½ med et års aldersformindskelse (både for mænd og kvinder).

Den således beregnede helårspræmie reduceres efter følgende regneregel:

$$\begin{aligned} x \leq 30 \quad & k = 75 \\ 31 \leq x \leq 38 \quad & k = 75 - (x - 30) \\ 39 \leq x \leq 56 \quad & k = 67 - 1.5(x - 38) \\ x = 57 \quad & k = 39 \\ 28 \leq x \leq 69 \quad & k = 38 \\ 70 \leq x \quad & k = 0 \end{aligned}$$

Derudover reduceres præmien med 50%.

Den beregnede helårspræmie udgør dermed for medlemmer under 70 år:

$$F66M4\frac{1}{2}\% \cdot \frac{k(x)}{100} \cdot 50\%$$

<u>Pensionsgruppeliv og kundeforhold tegnet efter 1.1.2016</u>
Præmien for omkostninger for kategorierne erhverv med administration, salg og tilsyn udgør:

$$F66M4\frac{1}{2}\% \cdot \frac{k(x)}{100} \cdot 50\% \cdot 50\%$$

Præmien for omkostninger for kategorien fysiske aktive erhverv udgør:

$$F66M4\tfrac{1}{2}\% \cdot \tfrac{k(x)}{100} \cdot 50\% \cdot 150\%\ "$$

[Kunderådgiver 1] svarede d. 24.januar 2017 og samtid videresendte sit svar til [klageansvarlig], dette har han aldrig gjort under dette forløb:
'Dato: 24. januar 2017 kl. 15.52
Emne: VS: HASTER: Teknisk grundlag 30.06.16
Til: [Klageren] <…>
Cc: [klageansvarlig]

'Vi kan ikke påtage os at forklare det tekniske grundlag – men kan i den forbindelse henvise til Finanstilsynet.

Vi har tidligere oplyst præmier og dækninger for den periode, du har haft din forsikring. Præmien er den samme for alle i gruppen, uanset alder og ordningen har udløb ved det 62. år. Ordningen indeholder ikke dækning ved invaliditet og der er ingen præmiefri dækning'.

Igenigen henviste [kunderådgiver 1] til den artikel på hjemmesiden, hvor hele forløbet startede ved.

Han bekræftede igenigen, at den Kundegruppelivsforsikring, som jeg havde, var den samme for alle aldre og udløber ved 62 år!

[Kunderådgiver 1] stadigvæk og til trods for, at jeg henviste til specifikke referencer fra Teknisk Grundlag, hvor det fremgik beregningstabel og formel for beregning af præmie ved død og ved kritiske sygdomme fortsatte han med, at henvise til artiklen på AP's hjemmeside!

Dette er det stærkeste bevis, at jeg har ret til min tilbagebetalingskrav, da [kunderådgiver 1] anede ikke noget på dette tidspunkt om min fund, som jeg fandt ved rene held efter min henvendelse til ham.

Han svarede heller ikke om, hvis pkt.5.3.14 side 55, er gældende for mig, dvs hvis jeg skulle have været fritaget i 3 år for betaling af mine Kundegruppelivsforsikring fordi jeg fik invalid pension grundet mine handicap piskesmæld og rygsmerter. Dvs jeg havde på intet tidspunkt og indtil d.d. fået konstateret en kritisk sygdom, som vil forøge mine risici.

Den præmie reduktion på 50 % skete ikke for mig, tværtimod betalte jeg en 126 % højere pris for min kritiske sygdomme præmie i 2016.

Når jeg ikke får klar besked og ikke får den beregning, som jeg har ellers anmodede om i min mail af 24.januar 2017 k1.00:26 og igen i min mailsvar af 26.januar 2017 kl. 09:41 til [kunderådgiver 1s] mail af 24.januar 2016, kl. 15.52, som alle 3 mails var også videresendt til [klageansvarlig], så konkluderer jeg, at der er noget galt i disse priser. Hvorfor holdes disse nuværende og tidligere priser hemmeligt?

I sin mail af 10. maj 2017 undgik [klageansvarlig], at nævne noget som helst om de priser, som fremgår i AP pensions Teknisk Grundlag, som jeg har i mine 2 mails af 24. januar 2017 anmodet Gruppeaftaler afdeling om, at oplyse til mig, hvordan disse præmier kan beregnes ved brug af de formler og tabeller, der fremgår i Teknisk Grundlag. Mine 2 mails af 21. og 24.januar 2017, blev besvaret af selveste [kunderådgiver 1] fra Gruppeaftaler, hvori han igen utvetydigt/konsekvent igenigen bekræftede, at mine præmier er de samme, som det fremgår på hjemmesiden under det samme link, der blev henvist til i mine tidligere mails til ham. Han bekræftede, at prisen er den pris, som han selv havde rettet dem til

for kritiske sygdomme d.29.juni 2016 dvs, 2.325 kr. per år. Han svarede også mig, at jeg skulle kontakte Finanstilsynet for, at få svar på mine spørgsmål til ham angående Teknisk Grundlag.

Det er altså AP pension's ansvar, at svare på mine spørgsmål og ikke Finanstilsynets ansvar. Jeg er kunde hos Ap pension og ikke hos Finanstilsynet.

Imens jeg var i gang med, at skrive min anmodning af 17.marts 2017 om genoptagelse af Klageansvarligs afgørelser af 02.og 15. november 2016, kom jeg tilfældigt på AP pensions hjemmeside, hvor jeg ikke har været siden [kunderådgiver 1] rettede på priserne fra 505 kr. per halve år til 1.162,50 kr. per halve år.
Jeg søgte på **AP pensions** hjemmeside under titlen **'livsforsikringer til ansatte'**. Til min store overraskelse dukkede den samme artikel, som den, der var på hjemmesiden d.26.juni 2016, da jeg kontaktede [kunderådgiver 1], som beklagede og bekræftede, at de 505 kr. var en fejl og, at han rettede på den omgående. Det viste sig i 2017, at linket til den samme artikel er blevet kamufleret under en anden titel. Det værste ved det hele er, at prisen på kritiske sygdomme præmien er blevet igen rettet op til værende 515 kr. per halve år, dvs [kunderådgiver 1] har forsætligt snydt mig og bedraget mig direkte mhp., at undgå, at refundere det 126 % ekstra præmie, som jeg betalte i 2016 og sågar de X antal % ekstra præmie, som jeg betalte de tidligere år. Jeg skriver X foran antal %, fordi jeg intet aner om, hvor meget priserne egentligt var på AF' pension's hjemmeside for sine egne kunder. Jeg blev nægtet adgang til indsigt i disse priser i mine korrespondancer med [kunderådgiver 1] og [klageansvarlig], som jo har behandlet sagen og dækkede over [kunderådgivers] fejl og endda fordrejede sagens faktiske omstændigheder hele vejen igennem. Hvorfor dog det?
Jeg har adskillige gange anmodet [kunderådgiver 1] om, hvad priserne var for tidligere år, som burde være arkiveret i AP pensions IT system. Han svarede mig konsekvent, at de ikke findes nogen steder. Han bekræftede endda, at det eneste sted, hvor priserne kunne overhovedet kunne ses er, under det samme link, hvori artiklen er gemt under.

Dvs, at [kunderådgiver 1] ændrede priserne til den samme pris, som jeg selv blev opkrævet for, at bare bevise til mig, at det var en fejl og skyndede sig til, at endnu en gang rette op på disse priser til de normale igen, da de er disse priser, der er gældende for alle kunder fra 18 -50 år under de samme vilkår, samme betingelser og indtil de bliver 62 år uanset hvis de arbejder eller ej, dvs uanset hvis de er ansatte eller ej.

Jeg blev ved i 2017 med, at holde øje med siden, for at se hvis den ændrer sig igen til værende den pris [kunderådgiver 1] havde rettet den til, men forgæves, prisen blev ved med at være den samme = 515 kr. ([kunderådgiver 1] skrev i sin mail 505 kr.).

D. 17.marts 2017 fremsendte min anmodning om genoptagelse af sagen, grundet de nye oplysninger, som jeg fandt på AP pensions hjemmeside og, som beviser hvordan disse blev forfalsket.

Jeg printede udskriften dag efter dag og konfronterede Klageansvarlig med min fund i min anmodning om genoptagelse af 17.marts 2017, fordi sagen nu fik en mega 360 graders drejning, nu handler sagen ikke kun om, AP pension's blokering af min optagelse hos [andet forsikringsselskab] til halv pris, nu viser det sig, at AP pension **forsætligt** opkræver af sine **egne kunder** 126 % mere og samtid praler med foræring af de halve priser KUN på deres hjemmeside! Jf. vedhæftede 9 print fundet under det samme link, der viser at der ikke blev ændret på prisen = 515 kr. per halve år!

På første side af min anmodning om genoptagelse af 17.marts 2017, fremsatte jeg et udklip fra hjemmesiden 'Trustpilot', der viser en anmeldelse fra d.16.juni 2016 med kun ét stjerne og, hvoraf det fremgik, at der blev løjet i ansigtet på borgeren og, at borgeren advarer de andre om, at AP pension stjæler folk penge. Når borgeren talte med en af AP pension's ansatte om, at han løj overfor ham, talte AP pension's ansat uden om.

Bemærkelsesværdigt, det er den samme periode i juni 2016, at dette ubehagelige forløb skete ligesom min egne oplevelse skete i slutning af juni 2016! Dvs, det er ligesom, det er blevet en kutyme hos AP pension. Kan være dette fænomen har altid eksisteret, men jeg blev ikke direkte selv udsat for, før denne gang!

Jeg gav Klageansvarlig senest d.03.april 2017 for, at komme med svar på min anmodning om genoptagelse og, hvis det ikke sker, så ville jeg sende min klage til Ankenævnet for Forsikring.

Jeg gav Klageansvarlig kun 14 dage for, at svare mig, da jeg ikke vil havne i det samme hul, som før, hvor jeg ventede i 4 måneder for, at få en afgørelse.

D.30.marts 2017 fik jeg følgende svar fra Klageansvarlig:
'Vi vil gerne se på din anmodning om genoptagelse, men vi kan desværre ikke nå at gennemgå det store sagsmateriale, du har fremsendt, inden den 3. april. Vi vender tilbage til dig i løbet af næste uge'.

Det samme fænomen gentog sig, der ikke blev svaret 'i løbet af næste uge', her blev der løjet igen i mit ansigt!

Jeg ventede indtil d. 02.maj 2017 og der kontaktede igen Klageansvarlig for, at rykke for svaret:
'Hermed ALLER SIDSTE rykker for jeres afgørelse.
Der er gået en HEL MÅNED siden du lovede at du vil vende tilbage 'I LØBET AF NÆSTE UGE', hvilket ikke skete!
Hvad er status nu?'
Hvis jeg ikke får jeres afgørelse senest d.09.maj 2017, sender jeg min klage til Ankenævnet for Forsikring uden, at jeg sender meddelelse/påmindelse til dig.
Nu nok må være nok!
Hvis du vælger at sende afgørelsen inden d.09.maj 2017 vil jeg gerne ved det omgående, så holder jeg øje med posten.'

D. 10. maj 2017 svarede Klageansvarlig:
'Vi har ved brev af 2. november 2016 og i senere svar på dine uddybende spørgsmål forsøgt at forklare dig sagens sammenhæng, og jeg henviser i det hele til det, vi tidligere har fremført. Da det er min opfattelse, at der er mange misforståelser i sagen, vil jeg meget gerne forsøge at forklare dig tingene nærmere, og du er derfor fortsat meget velkommen til at kontakte mig telefonisk. Men jeg finder det ikke formålstjenligt at fortsætte dialogen på skriftligt plan'.

Hver gang blev der tilbudt telefoniske samtaler. Den eneste forklaring på det er, at, på denne mundtlige måde kan Klageansvarlig ikke hæftes på, hvad der bliver sagt via telefonsamtalen.

Denne snedige manøvre kender jeg udmærket!

Når [kunderådgiver 1] videresendte min sidste henvendelse om Teknisk Grundlag og om beregning af mine præmier efter det, hvorfor reagerede [klageansvarlig] ikke selv ved, at fjerne disse misforståelser? Det eneste svar på dette spørgsmål er indlysende, fordi der ikke er misforståelser overhovedet. Teksten er simpel, kort og henviser til tidligere mails og forklaringer, som ikke kan misforstås. Det handler om den samme police, den samme cpr nummer og endda den samme hjemmeside, som er AP pension's hjemmeside, ikke andres.

Hvis en kunderådgiver ikke er god til, at forklare tingene, så er han/hun uegnet til sit job.

Hvis dette passer, at der er misforståelser, hvorfor tog hun ikke sig sammen og rettede på disse misforståelser? Hvorfor ridsede hun ikke op for disse misforståelser? Der bliver talt kun ét sprog og skrevet med kun ét sprog, nemlig det danske sprog, så der ikke er plads til misforståelser. Tingene bliver jongleret med hele vejen igennem og, der bliver gemt på svar og faktuelle ting, hvorfor dog det?

Hvad nytter dette forløb, som andre også oplever og ikke kun mig? Er der misforståelser lige pludseligt på alle fronter uanset, hvem man er? Er alle AP pension's kunder dumme, derfor det eneste de foretager sig er at, 'misforstå' hvad alle AP pension's ansatte taler om? Er alle AP pension's ejere, som jo er AP pension's kunder dumme, derfor de eneste de foretager sig er, at 'misforstå'?

Jeg svarede på Klageansvarlig mail af 04.maj 2017, følgende d. 04.maj 2017, k1.16:20:
'1. Jeg har før bekræftet overfor dig, at al korrespondance skal ske på skrift, da jeg ikke kan bruge dine mundtlige fortællinger som beviser i min klage til Ankenævnet For Forsikring.

2. Sagen handler ikke kun om jeres samarbejdspartners priser, den handler sandelig også om jeres egne priser, som I bekræftede per mail overfor mig, at der er sket en fejl på jeres hjemmeside.

I retter op på priserne omgående, således, at jeg kunne se at rettelsen passer til min egen betaling, hvilket kaldes i jura sproget 'forfalskning' af faktiske omstændigheder. Det er en strafbar hændelse. I løj overfor mig direkte per flere mails.
Hvordan vil du selv have det hvis du var i mine sko?
Du undgår at svare på mit vedlagte bevis, der er en udskrift fra jeres hjemmeside, der viser at jeres pris for 2016 på jeres hjemmeside er igen rettet til værende stadigvæk 515 kr. per halv år, dvs per år = 1.030 kr. Denne pris gælder for alle aldre:
['Suppler med forsikring for kritiske sygdomme
Kundegruppeliv kan suppleres med en forsikring for kritisk sygdomme. Med den er man sikret et skattefrit engangsbeløb på 160.000 kr. (2016), hvis man bliver ramt af en af nedenstående sygdomme. Det halvårlige bidrag for Kritisk Sygdom udgør 515 kr. (2016).
I opkrævede fra mig i 2016 bemærkelsesværdigt mere end det dobbelte = 2.325 kr. Dette til trods for, at I oplyste mig på skrift, at det er den samme præmie for alle uanset alder. jf. vedhæftet udskrift fra i dag d.04.05.17.
Den sender jeg til Ankenævnet For Forsikring.
Jeg vil gå til Trustpilot også, så alle bliver advaret om jeres manipulering af priserne.
Kan du ikke se, at denne del af sagen intet har med jeres samarbejdspartner, at gøre?
3. Du undgår at svare på mine anmodninger om beregning af mine forsikringer efter jeres egen Teknisk Grundlag, som jeg fremlagde som bevis på, at I heller ikke fulgte den beregningsmetode beskrevet i grundlaget.
4. Jeg sender min klage til Ankenævnet For Forsikring'.

Jeg vedhæftede til mallen en udskrift af 04.maj 2017 af artiklen fra AP pension's hjemmeside.

D.04.maj 2017 k1.17:36 sendte jeg endnu en mail, hvor det fremgik:

'Vedhæftet er udskriften fra 30.juni 2016, som blev forfalsket omgående ifm. min henvendelse til jer i juni 2016, da jeg så, at prisen kun var 515 kr. per halve år.
Der opsagde jeg mine forsikringer og du kom ind i billedet.
Ligesom du selv kan se, blev prisen ændret fra 515 kr. per halve år = 1.030 kr. til præcist svarende til min egen pris per halve år =1.162, 50 kr. = 2.325 kr. per år.
Prisen blev dog senere ændret igen til den oprindelige pris = 515 kr., som jo er den rigtige, dvs I har 'forfalsket' prisen midlertidigt for at vildlede mig og får mig til at tro, at det var en fejl, hvilket viser sig, at det var løgn!
Det er jeres pris, som jeg henviser til og ikke jeres samarbejdspartners priser.

Jeg vedhæfter den nyeste udskrift fra jeres hjemmeside af 04.05. 2017 igen, så er det nemmere for dig at overskue, hvad jeg taler om.
Jeg håber, at det er blevet klart for dig hvor alvorligt hændelsen er'.

Jeg hørte intet fra Klageansvarlig siden. Jeg kunne se dog, at min mail blev modtaget og læst. Jf. vedhæftet.

Det der skete til gengæld er, at artiklen er blevet fjernet fra AP hjemmeside. Jf. udskift fra siden.

Spørgsmålet, som stadigvæk er ubesvaret. Hvorfor oplever jeg det her forløb i det hele taget, som ikke er til at tro på, at den kan eksistere/finde sted hos AP, som har indflydelse på så mange menneskers pensionsalder? Hvis der ikke skete en fejl i opkrævningen af mine præmier siden 2005 – 2016, hvorfor al den mistænkelige adfærd? Hvorfor al den forfalskning af faktiske omstændigheder/faktiske priser? Hvorfor al den fordrejning af sagens kerne? Hvorfor vil der overhovedet ikke tales om Teknisk Grundlag faktiske vilkår og præmiers beregninger?

Mine krav for tilbagebetaling er ikke forældet, da:

- Forældelses fristen suspenderes i tilfældet man ikke var bekendt med sagens faktiske omstændigheder.

Advokat … bekræftede følgende i sin mail af 20.december 2016:
'Forældelsesfristen er generelt 3 år og regnes fra kravet opstod, dog således at forældelse suspenderes ved ukendskab til faktiske omstændigheder omkring kravet'.

Under henvisning til § 3, stk.2 i lov om forældelse af fordringer, lov nr. 522 af 06.juni 2007 om forældelse af fordringer(forældelsesloven) som senest offentliggjort ved lovbekendtgørelse nr. 1063 af 28.august 2013:

'Stk. 2. Var fordringshaveren ubekendt med fordringen eller skyldneren, regnes forældelsesfristen i stk. 1 først fra den dag, da fordringshaveren fik eller burde have fået kendskab hertil'.

Mine krav er ikke forældede ligesom [klageansvarlig] påstår, da jeg var utiregneligt uvidende om de faktiske omstændigheder, som gjorde gældende ifm. optagelsen hos AP

pensions samarbejdspartnere, såsom [andet forsikringsselskab], hvor jeg var i 2005 kunde hos.

AP hævdede i brev af 10.februar 2006, at jeg ikke kunne optages hos [andet forsikringsselskab] til halv pris og til højere alder fordi mine helbredsoplysninger ikke blev godkendt. AP pension bildte mig i den gang, at det var [andet forsikringsselskab], som afviste min optagelse grundet mine helbredsoplysninger.

Det er først i 2016, at jeg blev klar over, hvad der virkeligt skete i 2005.

Det er først i 2017, at jeg afslørede forfalskning af præmierne på AP pension's hjemmeside.

Det er først i 2016, at der blev bekræftet at præmien er den samme for alle aldre og for dem, som ikke er i arbejde.

Det er først i 2016, at jeg fandt ud af, at der er sparekasser, som har en forsikring gældende op til 67 år og til den halve pris dog med den samme dækning.

Det brev af 10. februar 2006 fik jeg ikke at kende før Klageansvarlig sendte den til mig i 2016, efter, at der blev prøvet på, at lade ligesom om, den blev glemt. Brevet er udslagsgivende i min sag, da det beviser, at AP pension forsætligt blokerede for min optagelse hos [andet forsikringsselskab], da det viste sig ved kontakt til [andet forsikringsselskab] i 2016, at det er AP pension, som selv vurderer helbredsoplysningerne og sågar fastsætter præmiernes størrelse.
Alle disse faktiske omstændigheder anede jeg intet om før i 2016. Det viste sig, at jeg blev opkrævet 126 % højere præmier end det, der fremgår på AP pensions hjemmeside i 2016.

Ap pension's Kundegruppelivsforsikring er underlagt de danske retsregler om forældelse af fordringer, herunder reglerne i forsikringsaftaleloven.

Jeg blev løjet til/vildledt. Jeg blev løjet til også efter, at jeg konfronterede [kunderådgiver 1] og [klageansvarlig] om deres forfalskning af præmiers størrelsen bare for, at lukke munden på mig og beholde mine allerede betalte præmier i første halvdel af 2016 og sågar de skyhøje præmier, der blev ved med, at vokse.

Det forklarer den mega kapital overskud på som AP direktør praler af og vil tilbageføre til kunderne. Hvorfor tog de dem fra kunderne i det hele taget?

Jeg betaler prisen for, at AP pension's samarbejdspartners kunder, som jo også kan have den samme risiko gruppe som mig, nyder alligevel de halve pris men på min bekostning.

Der er en klar diskriminerende adfærd og utvetydig forskelsbehandling!

Forskel i prisen kan overhovedet ikke være rimelig/lovlig, når den er på 126 %, vel?"

15. 90860

Hertil har selskabet i brev af 3/7 2017 til nævnet bl.a. gjort gældende:

"Denne sag vedrører flere forhold.

Klager mener, at hun er blevet usagligt forskelsbehandlet og diskrimineret derved, at hendes dækning ved kritisk sygdom dels har tidligere udløbsalder end andre kunders tilsvarende dækning, dels at prisen er højere end den, som visse andre kunder betaler.

Klager mener, at hun er berettiget til den pris, som visse andre kunder har haft, og hun mener herefter, at hun er berettiget til en tilbagebetaling af for meget opkrævet præmie.

AP Pensions holdning
Indledningsvist skal det meddeles, at AP Pension frafalder kald og varsel.

AP Pensions skal bede ankenævnet om at ændre branchekoden fra Firmapension til Individuel.

AP Pension fastholder, at Klager er blevet behandlet i overensstemmelse med aftalegrundlaget. Klager er ikke berettiget til en tilbagebetaling. Endvidere mener vi ikke, at en differentieret prispolitik udgør en diskriminerende handling og usaglig forskelsbehandling.

Sagsforløb
Klager havde gennem sin tidligere arbejdsgiver en pensionsordning i AP Pension, der blandt andet indeholdt en dækning ved kritisk sygdom.

Da klager fratrådte sin stilling med udgangen af februar 2005 bortfaldt som en konsekvens af fratrædelsen hendes dækning ved kritisk sygdom.

AP Pension oprettede efter klagers anmodning i december 2005 en ny dækning ved kritisk sygdom. Forsikringsbeviset er vedlagt, **bilag A**. AP Pension bemærker, at forsikringsbeviset er dateret den 15. juli 2016, men er – som det fremgår af vores brev til klager fra den 2. november 2016 nederst side 3 (klagers bilag) – identisk med det bevis, som klager fik i december 2005. Der er alene tale om systemmæssige årsager, når datoen på forsikringsbeviset ændres ved genudskrift.

Som det ses af forsikringsbeviset, så er der tale om en kundegruppelivsordning med tilknyttet kritisk sygdomsdækning.

Vi har vedlagt de gældende forsikringsbetingelser – Forsikringsbetingelser ved visse kritiske sygdomme (frivillig) samt kundegruppelivsbetingelserne, **bilag B**.

Der er fastsat en pris for dækningen ved kritisk sygdom med halvårlig præmieopkrævning.

Prisen reguleres årligt. Der er således tale om, at prisen varierer.

Klager har på AP Pensions hjemmeside set, at andre kunder i AP Pension havde en billigere præmie for tilsvarende dækning ved visse kritiske sygdomme. Klager har set priser på dækning ved visse kritiske sygdomme, som udbydes via vores samarbejdspartnere.

Da klager allerede i december 2005 var fyldt 50 år, kunne klager ikke via vores samarbejdspartnere opnå en lavere pris – en pris, som fremgik af vores hjemmeside, og som betingede, at klager på tegningstidspunktet ikke var fyldt 50 år.

Endvidere kunne hendes allerede i 2005 igangværende udbetaling af invalidepension udgøre en selvstændig hindring for at blive omfattet af en kundegruppelivsforsikring via vores samarbejdspartnere, da en aftale om kundegruppelivsforsikring via vores samarbejdspartnere ville kræve afgivelse af tilfredsstillende helbredsoplysninger.

Den ordning, som hun har, oprettede AP Pension uden afgivelse af helbredsoplysninger, da klager frem til sin fratrædelse pr. 1. marts 2005 havde risikodækninger, herunder dækning ved kritisk sygdom. Dækningen blev etableret med ikrafttræden 1. marts 2005.

Vi har i vores brev fra den 2. november 2016 på side 6 (klagers bilag) kommenteret på, at vi har haft en fejl på vores hjemmeside, hvor vi har oplyst en for lav pris på en dækning magen til forsikredes. Fejlen blev rettet på hjemmesiden, da klager rettede henvendelse til os. Den korrekte pris har kontinuerligt fremgået af fremsendte opkrævninger.

Vurdering
Prisen for dækningen ved visse kritiske sygdomme er beregnet i henhold til gældende regler, der er ens for gruppen, som klager tilhører. Der er således ikke tale om en vilkårlig og usaglig regulering af præmien.

Slutteligt har klager betalt og accepteret dækningsvilkårene for dækningen ved visse kritiske sygdomme fra december 2005 og frem til sommeren 2016, hvor hun rettede henvendelse til AP Pension vedr. præmiens størrelse.

Skulle Ankenævnet for Forsikring komme frem til, at en vis del af præmien skal tilbagebetales, gør AP Pension gældende, at et evt. tilbagebetalingskrav alene vedrører de præmier, som ikke ligger mere end tre år tilbage regnet fra indbringelsen af sagen for nævnet. Resten vil være forældet. Forældelse regnes 3 år efter forfaldsdatoen for præmien."

Heroverfor har klageren i brev af 20/7 2017 til nævnet bl.a. bemærket:

"Nævnet for Forsikring opfordres til, at afvise AP påstande om, at der ikke blev opkrævet de dobbelte præmier af mig forhold til det, der burde have været opkrævet. Jeg bemærker, at igen igen fra den ene side til den anden side af AP pension's brev af 03.juli 2017 udelukkende blev anført modsigelser og fordrejninger af de faktiske omstændigheder, som AP pension hele vejen siden 2005 skjulte overfor mig, og af de samme tidligere/deja vu påstande, som AP pension indtil nu ikke har løftet bevisbyrden, herfor.

Jeg fastholder derfor hele mit fulde tilbagebetalingskrav. AP pension har bevisbyrden for, at jeg ikke blev forskelsbehandlet, da jeg stadigvæk mener, at mine priser er 'vilkårlige og usaglige', da de ikke passer enten med præmiers formel, som anført i AP pensions egen Teknisk Grundlag 2016 side 64, pkt. 5.6.5., og passer heller ikke med den gruppe, som var vist på AP pensions hjemmeside, som blev bekræftet som værende den eneste gruppeaftale, der findes for alle, også dem, som er 50 år – 62 år og sågar dem, som er førtidspensionister, dvs også dem, som ikke har et firmaordning.

Jf. tidligere vedlagte mails hvori jeg stillede mine præcise spørgsmål desangående til [kunderådgiver 1].

Ud over de i forvejen fremlagte beviser, som støtter min sag, kommer AP pension selv med et nyt bevis, som kaldes bilag B, som AP pension vedlagde sit brevsvar af 03.juni 2017 til nævnet.

Jf. nedenunder redegørelse.

Nr. 1 modsigelse/fordrejning af sandheden, fremgår på side 1, AP pension skrev følgende:

> AP Pensions skal bede ankenævnet om at ændre branchekoden fra Firmapension til Individuel.
>
> AP Pension fastholder, at Klager er blevet behandlet i overensstemmelse med aftalegrundlaget. Klager er ikke berettiget til en tilbagebetaling. Endvidere mener vi ikke, at en differentieret prispolitik udgør en diskriminerende handling og usaglig forskelsbehandling.

Gruppeaftalers [kunderådgiver 1], som jo vidste mere end godt, hvem jeg var og svarede direkte på min personlige/individuelle forsikringsgruppe og dens tilhørende præmiers vilkår og sågar dens forsikrings betingelser. Han vidste godt, at jeg har klaget over præmiers størrelse til Klageansvarlig. Han fremsendte i samarbejde med [kunderådgiver 3] min forsikringsaftale og han endda svarede det samme efter, at jeg korresponderede frem og tilbage med Klageansvarlig. Han fastholdte sine bekræftelser i sin sidste mail af *24. januar 2017 kl. 15.52*, som jo klageansvarlig fik videresendt som Cc. Klageansvarlig rettede ikke på [kunderådgiver 1s] svar enten i sine adskillige svar på min klage eller direkte på mailene fra [kunderådgiver 1]. Dvs, hvis der faktisk var sket en fejl på hjemmesiden, burde disse bekræftelser blevet ændret/rettet op på og konkret blevet modbevist. Ingen af delene skete.

Dvs den mystiske prispolitik, der nævnes ovenfor er ikke den samme, som burde anvendes i mit tilfælde og når der hævdes, at der findes en anden prispolitik gældende kun for mig, skal der løftes bevisbyrden herfor. Oplysningerne findes kun i den samme artikel på AP pension's hjemmeside. Der blev ikke løftet slør på andre priser og andre vilkår end dem på AP pension's hjemmeside, så det er dem Nævnet for Forsikring skal lægge til grund for sin afgørelse. Disse priser blev ikke oplyst til trods for mine anmodninger, hertil. Det eneste, som blev henvist til, var Teknisk Grundlag 2016, som jo viste sig, at også ikke passede med de præmier, som AP pension opkrævede af mig. Teknisk Grundlags indhold blev jo blankt afvist af [kunderådgiver 1] i sin mail af 24.januar 2017, med Klageansvarlig som Cc, at vil forklare noget som helst om:

> Fra: AP Pension - Gruppeaftaler <gruppeaftaler@appension.dk>
> Dato: 24. januar 2017 kl. 15.52
> Emne: VS: HASTER: Teknisk grundlag 30.06.16
> Til: [klageren]
> Cc: [klageansvarlig]
>
> Hej [klageren]
>
> Tak for din henvendelse.
>
> Vi kan ikke påtage os at forklare det tekniske grundlag – men kan i den forbindelse henvise til Finanstilsynet Vi har tidligere oplyst præmier og dækninger for den periode, du har haft din forsikring.

Præmien er den samme for alle i gruppen, uanset alder og ordningen har udløb ved det 62. år. Ordningen indeholder ikke dækning lied invaliditet og der er ingen præmiefri dækning.

Venlig hilsen
[Kunderådgiver 1]
…
Østbanegade 135
2100 København ø
http://www.appension.dk <http://www.appension.dk>

Her kan enhver konstatere, at igenigen bliver der i brev af 03.juli 2017 anført usandheder ikke kun ovenfor mig, men sågar overfor nævnet når det, der fortsat anføres i brev af 03.juli 2017 er 100 % det modsatte af det, der blev med Klageansvarlig velsignelse, bekræftet igenigen direkte fra Kunderådgiveren:

'Vi har tidligere oplyst præmier og dækninger for den periode, du har haft din forsikring. Præmien er den samme for alle i gruppen, uanset alder og ordningen har udløb ved det 62. år'.

Dvs. [kunderådgiver] bekræftede ovenfor, at siden 2005 indtil juni 2016 har jeg altså haft den samme gruppeaftale, som alle kunder havde og stadigvæk har også dem, som er over .. år og dem, som har en firmaordning(obligatorisk), dvs der findes ikke en 'frivillig' ordning ligesom, der ellers hævdes i brev af 03.juli 2017 under henvisning til vedlagt Bilag B.

Som nævnt i brevet, vedlagde AP pension Bilag B, hvori på forsiden fremgår:

Forsikringsbetingelser

for

Forsikring ved visse kritiske sygdomme
(frivillig)

i

AP Pension

På side 2, fremgår:

Forsikring ved visse kritiske sygdomme

§1. Aftalegrundlag
Skt. 1. For denne aftale gælder forsikringsaftaleloven (lov nr. 129 af 13. april 1930) med senere ændringer med mindre andet er aftalt.

Stk. 2. Forsikringsdækningen er oprettet som en syge- ulykkesforsikring i AP Pension Livsforsikringsaktieselskab som led i en gruppeforsikringsaftale indgået mellem en virksomhed, en forening eller organisation (forsikringstager) og AP Pension Livsforsikringsaktieselskab (AP Pension).

Stk. 3. Forsikringsdækningen omfatter en nærmere aftalt gruppe personer (forsikrede), for eksempel ansatte på en virksomhed, medlemmer af organisationer eller foreninger.

Stk. 4. AP Pension kan også indgå aftale med forsikringstager om alle spørgsmål vedrørende aftalen med virkning for de forsikrede.

§2. Optagelse
Stk. 1. Forsikrede bliver omfattet af forsikringsdækningen efter aftale indgået mellem forsikringstager og AP Pension.

Bemærk, at datoen på forsiden er: *'01.01.2014'*.

Der bekræftes altså på forsiden og i brevet det modsatte af det, der bekræftes på side 2 under overskriften '§1. Aftalegrundlag', hvori utvetydigt bekræftes under stk.2:

*'Forsikringsdækningen er oprettet som en **syge-og ulykkesforsikring** i AP Pension Livsforsikringsaktieselskab som led i en **gruppeforsikringsaftale indgået mellem en virksomhed, en forening eller en organisation(forsikringstager) og AP livsforsikringsaktieselskab (AP pension)'.***

Ovenfor citat, beviser utvetydigt, at det AP pension hævder i sit brev, er bare usandt:

1. Jeg har **ikke** en ulykkesforsikring hos AP pension.
2. Det er en 'branchekode firmapension' og ikke branchekode 'individuel', det fremgår altså utvetydigt ***'aftale mellem en virksomhed, en forening eller en organisation (forsikringstager)'***. Hvor fremgår i al verden individuel-/én person-aftale med AP pension?

Der bekræftes altså på forsiden og i brevet det modsatte af det, der bekræftes på side 2 under overskriften '§1. Aftalegrundlag', hvori utvetydigt bekræftes under stk.3:

***'Forsikringsdækning omfatter** en **nærmere aftalt gruppe af personer (forsikrede)** for eksempel **ansatte på en virksomhed**, medlemmer af organisationer eller foreninger'*.

Der bekræftes altså på forsiden og i brevet det modsatte af det, der bekræftes på side 2 under overskriften '§ 2. Optagelse', hvori utvetydigt bekræftes under stk.1:
'§ 2. Optagelse
*Stk. 1. Forsikrede bliver omfattet al forsikringsdækningen efter aftale indgået mellem **forsikringstager** og AP Pension'*.

'Forsikringstager' er efter AP pensions egen definition under § 1, stk.2 = ***'virksomhed, en forening eller en organisation'.***

Endnu et mega stærkt bevis, at sandheden bliver fordrejet er de forsikringsbetingelser, som jeg fandt på nettet, jf. vedhæftet:


[PDF] Forsikringsbetingelser for Forsikring ved visse kritiske sygdomme ...
https://www.gfforsikring.dk/-/.../AP_Betingelser-for-Forsikring-ved-visse-kritiske-syg... ▾
1. jan. 2014 - **AP Pension** kan indgå aftale med forsikringstager om alle spørgsmål vedrø- ...
Forsikringen dækker visse **kritiske sygdomme**, hvis forsikrede i ...

der gælder for forsikring ved visse kritiske sygdomme(obligatorisk), som også har den samme dato:*'01.01.2014'*, som også er anført på Bilag B:

Forsikringsbetingelser

for

Forsikring ved visse kritiske sygdomme (obligatorisk)

i

AP Pension

På side 2 af disse ovenfor betingelser(obligatorisk) fremgår altså bemærkelsesværdigt den samme '§ 1 aftalegrundlag' og den samme '§ 2 optagelse', som de begge præcist fremgår på side 2 af Bilag B:

Forsikring ved visse kritiske sygdomme

§1. Aftalegrundlag
Skt. 1. For denne aftale gælder forsikringsaftaleloven (lov nr. 129 af 13. april 1930) med senere ændringer med mindre andet er aftalt.

Stk. 2. Forsikringsdækningen er oprettet som en syge- ulykkesforsikring i AP Pension Livsforsikringsaktieselskab som led i en gruppeforsikringsaftale indgået mellem en virksomhed, en forening eller organisation (forsikringstager) og AP Pension Livsforsikringsaktieselskab (AP Pension).

Stk. 3. Forsikringsdækningen omfatter en nærmere aftalt gruppe personer (forsikrede), for eksempel ansatte på en virksomhed, medlemmer af organisationer eller foreninger.

Stk. 4. AP Pension kan også indgå aftale med forsikringstager om alle spørgsmål vedrørende aftalen med virkning for de forsikrede.

§2. Optagelse
Stk. 1. Forsikrede bliver omfattet af forsikringsdækningen efter aftale indgået mellem forsikringstager og AP Pension.

Dvs i disse forsikringer ved visse kritiske sygdomme kaldet 'obligatorisk', anføres under § 1, stk.2 og stk.3, at:
'Stk.2. Forsikringsdækningen er oprettet som en syge- og ulykkesforsikring i AP Pension Livsforsikringsaktieselskab ***som led i en gruppeforsikringsaftale indgået mellem en virksomhed, en forening eller en organisation (forsikringstager) og AP Pension Livsforsikringsaktieselskab (AP Pension). Stk. 3. Forsikringsdækningen omfatter en nærmere aftalt gruppe af personer (forsikrede), for eksempel ansatte på en virksomhed, medlemmer af organisationer eller foreninger'.***

Dvs i disse forsikringer ved visse kritiske sygdomme kaldet 'obligatorisk', anføres under § 2, at:
'§ 2 Optagelse
***Stk. 1. Forsikrede bliver omfattet af forsikringsdækningen efter aftale indgået mellem forsikringstager og AP Pension'*.**

'Forsikringstager' er efter AP pensions egen definition under § 1, stk.2 = ***'virksomhed, en forening eller en organisation'***.
Ud fra al ovenstående, vil enhver utvivlsomt konkludere, at begge forsikringer, er bare fuldstændigt identisk oprettet gruppemæssigt, vilkårsmæssigt, betingelsesmæssigt og præmiemæssigt. Den eneste mega vigtig forskel er, at, på Bilag B forside fremgår (frivillig) i stedet for (obligatorisk) på forsiden af det PDF fundet på nettet, og til trods for dette, alligevel bekræftes, at aftalen udfører mellem AP pension og 'en forening'/'en organisation/en virksomhed, som alle 3 kaldes 'pensionstager' i begge udgaver af forsikringsbetingelserne! Hvordan i al verden hænger tingene sammen? Jeg er helt i chok!

Disse 2 modsigende forsikringsdækningers betegnelser (frivillig/obligatorisk) og deres tilhørende samme præciserede betingelser og samme aftalte grupper af personer/samme individer, beviser altså utvetydigt, at det [kunderådgiver 1] bekræftede overfor mig er de rigtige faktuelle vilkår og de rigtige faktuelle betingelser, dvs de samme betingelser og de samme præmier gælder for alle aldre, alle personer, som er ansat eller ej, individer eller grupper, frivillig- eller obligatorisk- ordning.

Ad flere omgange bekræftede [kunderådgiver] jo, at jeg har en Kundegruppelivsforsikring, som har de samme vilkår, som den gruppe, artiklen på AP pension's hjemmeside handlede om, dvs det er 'branchekoden' 'Individuel' forsikringsvilkår, som artiklen handlede om, og ikke 'branchekoden Firmapension'.

På AP pension's hjemmeside fremgår Kundegruppelivsforsikring, det samme fremgår på min police.

På AP pension's hjemmeside fremgår: ***'ikke** er **omfattet** af en **obligatorisk** pensionsordning'*:

- Omfattet af en obligatorisk pensionsordning = omfattet af en Firmapension = omfattet af **ikke** individuel pensionsordning.
- IKKE omfattet af en obligatorisk pensionsordning = IKKE omfattet af en Firmapension = omfattet af individuel pensionsordning.

Dvs. på AP pension's hjemmeside henvises til alle kunder, som IKKE kun er i branchekoden 'Firma pension', men er også i 'individuel' branchekoden, dette under forudsætning, at denne 'individuel' branchekode altså findes i virkeligheden.

Jf. Gruppeaftaler [kunderådgiver 1s] mail af 29.juni 2016 og af 24. januar 2017 kl. 15.52.

I artiklen på AP pension's hjemmeside fremgik på 1.linje, følgende:
'Hvis du er mellem 18 og 50 år', men dette blev af [kunderådgiver 1] afkræftet, da han i sine ovenfor begge mails bekræftet, at de gælder for alle aldre fra 18 til 62 år. Det gælder for mig som var 61,5 år på det tidspunkt mailene fandt sted.

Der undres til uendelighed om: hvorfor i al verden trylles min forsikringsaftale på Bilag B, til værende 'frivillig' til trods for, at den er magen til forsikringsaftale 'obligatorisk'? Hvorfor bliver de faktiske omstændigheder forvrænget?

Den 'frivillig' forsikringsdæknings betingelser findes ikke på nettet.

Ud over al ovenstående, hævdes der fortsat i brev af 03.juli 2017, at der bare skete en 'uskyldig' fejl på AP pension's hjemmeside, men der nævnes ikke noget stadigvæk om, hvis der også skete en fejl i det Tekniske Grundlags formel og redegørelser, hvor der opkræves kun én gang præmie per år og ikke 2 gange?

Når der bekræftes per adskillige mails overfor mig, at der kun findes den ene prispolitik til alle kunder, uanset alder og uanset ansættelse eller ej, så sker der en åbenlys forskelsbehandling, når jeg opkræves de dobbelte præmier end der opkræves af de andre kunder i den samme situation som mig og ikke i den samme situation som mig op til 62 års alderen.

Når der bekræftes i Teknisk Grundlag, at præmien skal reduceres med 50 % indtil 2016 af den hidtil opkrævede præmier, så sker der en forskelsbehandling fordi mine præmier ikke blev reduceret tilsvarende:

5.6.5 Beregning af præmier for de enkelte ydelser

Dødsfald

Præmien for dødsfaldsdækningen for medlemmer over 70 år regnes som en etårig ophørende livsforsikring med naturlig præmie. Dødelighedstavlen er HS-tavlen 3,75% helårlig. Tillæggene andrager 1,05 ‰ af forsikringssummerne og 7 % af bruttopræmien. Herefter beregnes den helårlige bruttopræmie ved at multiplicere den kontinuerte præmie med 0.97. Minimum for helårspræmien er 4.5 ‰.

Den helårlige præmie for medlemmer under 70 år er lig med bruttoindskud for en etårig ophørende livsforsikring beregnet på F 66 M 4½ med et års aldersformindskelse (både for mænd og kvinder).

Den således beregnede helårspræmie reduceres efter følgende regneregel:

$$\begin{aligned} x \leq 30 \quad & k = 75 \\ 31 \leq x \leq 38 \quad & k = 75 - (x - 30) \\ 39 \leq x \leq 56 \quad & k = 67 - 1.5(x - 38) \\ x = 57 \quad & k = 39 \\ 28 \leq x \leq 69 \quad & k = 38 \\ 70 \leq x \quad & k = 0 \end{aligned}$$

Derudover reduceres præmien med 50%.

Den beregnede helårspræmie udgør dermed for medlemmer under 70 år:

$$F66M4\frac{1}{2}\% \cdot \frac{k(x)}{100} \cdot 50\%$$

Udover det, blev jeg ikke fritaget for dødspræmien i 3 år efter, at jeg udtrådte fra gruppen grundet fratrædelse og tilkendelse af invalidepension ligesom det ellers bekræftes i Teknisk Grundlag 2016:

5. 3. Gruppelivsprodukter

Gruppelivsaftalen for [bank] indeholder en bestemmelse om at bonus puljes risikomæssigt sammen med Kritisk Sygdom og Gruppebørnerenter. Derudover kan evt. bonus anvendes til nedskrivelse af præmien.

5.3.14 Præmiefri dækning

Udtræder gruppemedlemmet inden det i aftalen fastsatte tidspunkt for dækningens ophør, dog længst til det fyldte 70. år på grund af sygdom eller ulykkestilfælde, der medfører, at den pågældendes erhvervsevne er nedsættes til 1/3 eller derunder, kan dødsfaldsdækningen opretholdes uden præmieudbetaling, så længe erhvervsudygtigheden varer, dog længst i 3 år eller til det aftalte tidspunkt for gruppelivsforsikringens ophør.

Nr. 2 modsigelse/fordrejning af sandheden, fremgår på side 2, AP pension skrev følgende:

1)'

AP Pension oprettede efter klagers anmodning i december 2005 en ny dækning ved kritisk sygdom. Forsikringsbeviset er vedlagt, bilag A. AP Pension bemærker, at for-

2)'

Den ordning, som hun har, oprettede AP Pension uden afgivelse af helbredsoplysninger, da klager frem til sin fratrædelse pr. 1. marts 2005 havde risikodækninger, herunder dækning ved kritisk sygdom. Dækningen blev etableret med ikrafttræden 1. marts 2005.

1. Hvordan i al verden kan den samme dækning være 'ny i december 2005, når den var allerede oprettet d.1.marts 2005, dvs. 9 måneder før?
2. Hvordan i al verden kan den samme dækning etableres d.01. marts 2005 og d.08. december 2005 velvidende, at året 2005 var ved, at slutte i december måned og, at der kun var 3 uger tilbage af den, da mine risikodækninger, herunder dækning af visse kritiske sygdomme, blev oprettet?
3. Hvorfor blev jeg opkrævet for præmien fra d.01.marts 2005 i stedet for kun fra d.08 december indtil d.31.december 2005?
4. AP pension havde jo bekræftet i brev af 18.marts 2005, at AP pension tog jo forbehold og besluttede, at de vil vente med, at godkende mine risikodækninger indtil de fik mine helbredsoplysninger og alle andre oplysninger fra [kommune]:

…

Din AP NetLink pensionsordning – CPR-nr. …

Vi har fået bekræftet, at du fratrådte din stilling hos [tidligere arbejdsgiver] pr. 28. februar 2005.

I forbindelse med din fratrædelse har du følgende muligheder med din pensionsordning:

- Din pensionsordning kan videreføres via ny arbejdsgiver, men pt. ikke privat
- **Du kan få henstand med bidragsbetalingen (forsikringsdækninger etableret uden fradragsret bortfalder ved henstand)**
- Du kan overføre pensionsordningen til et andet pensionsselskab

- Du kan ændre pensionsordningen til en hvilende ordning (fripolice), hvormed forsikringsdækningerne bortfalder. Det er vigtigt, at pensionsordningen ikke bliver ændret til fripolice, hvis du fratræder som følge af sygdom.
- Du kan ophæve pensionsordningen.

Da du p.t. er syg yder vi dig henstand.

I henstandsperioden vil forsikringsdækningen blive opretholdt, og prisen for forsikringsdækningen bliver fratrukket i din opsparing. *Dog bortfalder forsikringsdækning, der er etableret uden fradragsret*.

Når der foreligger en afgørelse på ansøgning om udbetaling af invalidepension, kan vi vende tilbage hvilken måde du ønsker at videreføre pensionsordning.

I brev af 30.juni 2005, var der heller ikke oprettet noget dækning overhovedet:

…

Din pensionsordning – CPR-nr. …

Vi har ikke modtaget svar på vores brev af 3. juni 2005 til [kommune]. Derfor har vi i dag rykket for oplysningerne.

Du vil høre fra os igen, når vi har modtaget oplysningerne.

I brev af 06.september 2005, var der heller ikke oprettet noget dækning overhovedet:

…

Din pensionsordning – CPR-nr. …

På baggrund af den henvendelse oplyser vi her om dine dækningers størrelse.

Da din ansøgning om udbetaling af invalidepension ikke er afgjort, kan vi ikke oplyse de præcise dækninger.

Vi har ikke modtaget de seneste oplysninger fra [kommune]. De vi mangler er resultat af arbejdspsykologisk vurdering samt øvrige oplysninger fra sygedagpengesagen efter 7. juli 2005.

Dvs der blev ikke i realiteten oprettet en kritisk sygdom dækning separat/alene udenom de andre risikodækninger, som jo AP pension jo selv allerede bekræftede, at disse blev først oprettet i december 2005 og igen bekræftede det, i brev af 03.juli 2017.

De samme modsigelser blev også konstateret i Klageansvarlig's svar på min klage og mine indsigelser. Dvs AP pension bliver nødt til, at forholde sig til ét reelt faktum og ikke flere fiktive fakta, der skal relateres til den samme handling, den samme dækning.

Det AP pension fortsat forgæves prøver, at vil overbevise nævnet med er, at, den opkrævning, som jeg betalte med tilbagevirkningskraft i december 2005 er lovligt/gyldigt. Men det er den ikke. Hvis den var oprettet i marts 2005, så overtrådte AP pension sin egen vedtægt § 15, som er anført i begge forskringsbetingelsers 'branchekode': den 'obligatorisk' og sågar den 'individuel'.

> **§ 15. Ikrafttræden**
> Disse forsikringsbetingelser træder i kraft den 1. januar 2014, dog tidligst fra det tidspunkt, hvor forsikrede bliver omfattet af forsikringsdækningen. Forsikringsdækningen omfatter diagnoser, der stilles efter ikrafttrædelsen.

Det bekræftes utvetydigt, at: *'dog **tidligst** fra det tidspunkt, hvor forsikrede **bliver omfattet** af forsikringsdækningen'*. Dvs det er fra d.08.december 2005 og ikke fra d.01.marts 2005, jeg blev omfattet af forsikringsdækningen. Derfor burde jeg ikke betale fra d.01.marts 2005 for mine forsikringer.

Nr. 3 modsigelse/fordrejning af sandheden, fremgår på side 2, AP pension skrev følgende:

> Da klager allerede i december 2005 var fyldt 50 år, kunne klager ikke via vores samarbejdspartnere opnå en lavere pris – en pris, som fremgik af vores hjemmeside, og som betingede, at klager på tegningstidspunktet ikke var fyldt 50 år.

Der undres til uendelighed, at der bliver igenigen talt usandt, da jeg IKKE var ikke fyldt 50 år d.01.marts 2005. Jeg kunne have blevet optaget hos [andet forsikringsselskab] med tilbagevirkningskraft fra 01.marts 2005 præcist ligesom det skete ved min optagelse hos AP pension, som selv også stiller krav, at man ikke er fyldt 50 år. Det indrømmes ovenfor, at det er i december 2005, at jeg blev først optaget hos AP pension, så hvorfor i al verden skulle jeg betale fra 01. marts 2005? Det eneste svar er, at AP pension fordrejer simplethen sandheden om, at det er AP pension, som selv blokerede for min optagelse hos [andet forsikringsselskab], som jo indrømmede per mail, at de intet vidste om denne sag i 2005 eller i 2006, og blev slet ikke kontaktet af AP pension omkring min optagelse hos dem.

Er helt forarget over, at AP pension stadigvæk modsiger sig selv med det samme meningsløst-/usandtargument, da enten var jeg optaget d.01.marts 2005 hos AP pension, så var der følgeligt slet ikke være noget til hinder for, at jeg også kunne blev optaget hos [andet forsikringsselskab] fra 01. marts 2005, eller kunne jeg med tilbagevirkningskraft fra 01.marts 2005 kunne have været optaget hos [andet forsikringsselskab] i decmeber 2005, den dato, hvor mine forsikringer hævdes, at være oprettet hos AP pension. AP pension bliver nødt til, at vælge en af delene.

Det er fuldstændigt yderst absurd og fuldstændigt yderst paradoksalt, at AP pension undersøgte min mulighed for optagelse hos [andet forsikringsselskab] i februar 2006, hvor jeg IKKE var 50 år længere fordi, hvis i december 2005, var jeg allerede fyldt 50 år, hvorfor i al verden skulle der i det hele taget undersøges om min optagelse hos [andet forsikringsselskab] som ellers oplyst i AP pension's brev af 10.februar 2006?

Jf. side 3-5 af det i forvejen fremsendte 'sagsfremstilling Bilag A' til nævnet sammen med min udfyldte klageskema.

Jf. min anmodning af 17.marts 2017 om genoptagelse af min klage til AP pension.

Derfor falder AP pension's påstand til jord og er meningsløs.

Nr. 3 modsigelse/fordrejning af sandheden, fremgår på side 2-3, AP pension skrev følgende:

> Vi har i vores brev fra den 2. november 2016 på side 6 (klagers bilag) kommenteret på, at vi har haft en fejl på vores hjemmeside, hvor vi har oplyst en for lav pris på en dækning magen til forsikredes. Fejlen blev rettet på hjemmesiden, da klager rettede henvendelse til os. Den korrekte pris har kontinuerligt fremgået af fremsendte opkrævninger.

Ifølge brev af 03.juli 2017 ubestridt konstateres, at AP pensions seniorjurist og afdelingschef begge egentligt **erklærer, at alt hvad, der fremgik på AP pension's hjemmeside var forkert**. Dvs det IKKE er KUN prisen der var fejlagtig:

- De begge indrømmer at, udover prisen, så var der sandelig fejl på alderen af de kunder, som kunne optages i Kundegruppelivsforsikring, som henvist til på hjemmesiden. Aldrene har [kunderådgiver 1] sandelig også rettet på i sine mails til værende gældende op til 62 år, og ikke kun til det oplyste 50 år. Dvs aldersgrænsen var også forkert.
- De begge indrømmer, at udover alderen og prisen, så var kravet om beskæftigelse også forkert. [Kunderådgiver 1] bekræftede i sine mails, at det er lige meget, hvis man er ansat eller ej og sågar lige meget, hvis man er ligesom mig førtidspensionist og fik udbetalt invalidepension fra AP pension.
- De begge indrømmer, at den branchekode, som er henvist til på AP pension's hjemmeside, er den eneste der er aktuel og gældende, dvs der IKKE findes 2 forskellige branchekoder: obligatorisk og individuel.

Hvordan i al verden kan alle disse fejl finde sted på én gang, på den samme side uden, at der er en eneste ansvarlig, som har opdaget dette?

Ja, prisen blev rettet op d.30.juni 2016 til den, som er magen til min:

> 30/6/2016 Livsforsikring hos AP Pension til ansatte
> **Til ansatte**
> Hvis du er mellem 18 og 50 år 0og ikke er omfattet at en obligatorisk pensionsordning, har du mulighed for at etablere en kundegruppelivsforsikring. Med den kan du skabe økonomisk tryghed for dig selv og din familie i tilfælde af sygdom eller død.
>
> **Hvad dækker forsikringen?**
> Kundegruppeliv er en forsikring, der dækker døgnet rundt og udbetales ved død, hvad enten dødsfaldet skyldes sygdom eller et ulykkestilfælde. For bare 2.862 kr. (2016) hvert år kan du sikre dine efterladte en engangsudbetaling pr 498.000 år. (2016). Er dette ikke tilstrækkeligt, kan du vælge en dækning på 996.000 kr. (2016) for 5.721 kr. (2010) hvert år (reguleres hver 1. januar)

Men det AP pension forsætligt IKKE 'husker', at anføre er, at prisen blev rettet op igen tilbage til den formodede 'fejlagtig' pris, som er 126 % lavere end den jeg selv betalte. Den samme artikel fortsat med, at eksistere på AP pension's hjemmeside med den tidligere anførte lave pris, men under et andet link.

Tidligere link, hvor prisen blev rettet op d.30.juni 2016:
AP-Pension/Vaerd-at-vide/vaer-at-vide-forsikring/vaer-at-vide-livsforsikring/Vaer-at-vide-livsforsikring-tilansatte

Det nye link, som jeg fandt i 2017:
http://intern-ap-website.server0l.dk/AP-Pension/Vaerd-at-vide/vaer-at-vide-forsikring/vaer-at-videlivsforsikring/Vaer-at-vide-livsforsikring-til-ansatte

Dette fortsat med, at være tilfældet indtil d. 04.maj 2017, hvor jeg selv fremsendte alle udskrifterne af artiklen under det andet link, som jeg tilfældigt fandt, da jeg fremsendte min anmodning om genoptagelse af min klagesag til Klageansvarlig d.17.marts 2017.

> **Til ansatte**
> Hvis du er mellem 18 og 50 år og ikke er omfattet af en obligatorisk pensionsordning, har du mulighed for at etablere en Kundegruppelivsforsikring, Med den kan du skabe økonomisk tryghed for dig selv og din familie tilfælde af sygdom eller død.
>
> **Hvad dækker forsikringen?**
> Kundegruppeliv er en forsikring, der dækker Døgnet rundt og udbetales ved død, hvad enten dødsfaldet skyldes sygdom eller et ulykkestilfælde. For bare 2.862 kr. (2016) hvert år kan du sikre dine efterladte en engangsudbetaling på 498.000 kr. (2016). Er dette ikke tilstrækkeligt, kan du vælge en dækning på 996.000 kr. (2016) for 5.721 kr. (2016) hvert år (reguleres hver 1. januar).
>
> **Suppler med forsikring for kritiske sygdomme**
> Kundegruppeliv kan suppleres med en forsikring for kritisk sygdomme. Med den er man sikret et skattefrit engangsbeløb på 160.000 kr. (2015), hvis man bliver ramt af en af nedenstående sygdomme. Det halvårlige bidrag for Kritisk Sygdom udgør 515 kr. (2016).

Der kan man konstatere utvetydigt, at det halveårige bidrag = 515 kr. ikke er den, som jeg blev opkrævet = 1.431. kr.

Jf. side 5-11 af den i forvejen i sagen vedlagt PDF fil, med titlen 'ap pension genoptagelse anmodning 17.03.17'.

Der falder AP pension's argument til jord.

Nr. 4 modsigelse/fordrejning af sandheden, fremgår på side 3, AP pension skrev følgende:

> Slutteligt har klager betalt og accepteret dækningsvilkårene for dækningen ved visse kritiske sygdomme fra december 2005 og frem til sommeren 2016, hvor hun rettede henvendelse til AP Pension vedr. præmiens størrelse.

Forældelses fristen suspenderes i tilfældet man ikke var bekendt med sagens faktiske omstændigheder.

Advokat … bekræftede følgende i sin mail af 20.december 2016:
'Forældelsesfristen er generelt 3 år og regnes fra kravet opstod, dog således at forældelse suspenderes ved ukendskab til faktiske omstændigheder omkring kravet'.

Jeg var i 'utilregnelig uvidenhed' om mit krav over for AP pension:

a) 1f. forældelsesloven- lov om forældelse af fordringer- LBK nr 1238 af 09/11/2015, § 3, stk.2:

'var fordringshaveren ubekendt med fordringen eller skyldneren, regnes forældelsesfristen ... først fra den dag, da fordringshaveren fik eller burde have fået kendskab hertil'

b) Jf. vedhæftede Ankestyrelsens afgørelse af 07.maj 2015 j.nr.2015-3122-12051, hvor der blev efterbetalt for lidt udbetalt boligsikring med 8 års tilbagevirkningskraft.

c) Jf. vedhæftet artikel fra Beboerbladet nr. 4-2012, hvor der blev efterbetalt for lidt udbetalt boligsikring med 12 års tilbagevirkningskraft grundet fejlagtig BBR m2.

d) Jf. Østre Landsrets kendelse af 8. december 2010 nr. B-1787-10 optrykt i Ugeskrift for Retsvæsen U.2011.921Ø 'Medarbejder var i utilregnelig uvidenhed om krav på pension'. **Kommentar til ovenfor Østre Landsrets kendelse Skrevet af [advokatfirma] d. 3/5 – 2011:**

'Kommentar:

Østre Landsrets dom vedrører forståelsen af ordene utilregnelig uvidenhed i den dagældende forældelseslovs § 3. Den nye forældelseslov som trådte i kraft den 1. januar 2008 indeholder ikke længere ordene utilregnelig uvidenhed i lovteksten. ***Der er dog en indholdsmæssig tilsvarende suspensionsregel i den nye forældelseslovs § 3, stk. 2.*** *Det fremgår af forarbejderne, at det er en videreførelse af den tidligere forældelseslovs § 3,* ***hvorfor det antages, at retspraksis vedrørende den tidligere forældelseslov stadig er anvendelig ved fortolkningen af den tilsvarende bestemmelse i de den nye forældelseslov'***.

e) Jf. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens afgørelse SPA -13/14042, hvoraf det fremgår på side 4:

'Forældelse: Spørgsmålet om eventuel forældelse er reguleret i forældelsesloven jf. lov nr. 522 af 6. juni 2007 om forældelse af fordringer. Efter denne lov forældes de fleste fordringer efter 3 år. Nævnet finder ikke, at forbrugeren ***har haft anledning til at tro****, at de opkrævede priser ikke var anmeldt til Energitilsynet. Forbrugeren har derfor ikke* ***været bekendt med et muligt tilbagesøgningskrav før den 14. november 2013. Forældelsesfristen regnes således først fra denne dato, jf. forældelsesloven § 3, stk. 2. Da forbrugeren indgav klage til ankenævnet den 20. december 2013, konstaterer nævnet, at forbrugerens krav i nærværende sag ikke er forældet. Herefter er udgangspunktet, at forbrugeren kan få omberegnet varmepriserne 10 år tilbage i tid fra klagens indbringelse for ankenævnet.***
Værket skal omberegne yderligere for perioden 10 år tilbage i tid, ***fra 20. december 2003*** *jf. ovenfor'.*

Der falder AP pension's argument til jord.

Nr. 5 modsigelse/fordrejning af sandheden, fremgår på side 3, AP pension skrev følgende:

Skulle Ankenævnet for Forsikring komme frem til, at en vis del af præmien skal tilbagebetales, gør AP Pension gældende, at et evt. tilbagebetalingskrav alene vedrører de præmier, som ikke ligger mere end tre år tilbage regnet fra indbringelsen af

sagen for nævnet. Resten vil være forældet. Forældelse regnes 3 år efter forfaldsdatoen for præmien.

Forældelsen suspenderes, da jeg var 'i utilregnelig uvidenhed' om de faktiske omstændigheder om forskellen mellem mine præmier og andres præmier.

AP pension indrømmer, at jeg har ret til tilbagebetaling.

Klageansvarlig selv i mail af 14.november 2016 vejledte mig i, at vente med, at klage til Ankenævnet for Forsikring indtil jeg får svar på mine indsigelser til deres afgørelse.

> 1) Du ønsker information om, hvorvidt du skal klage til AP Pension inden du kan klage til Ankenævnet.
>
> Vores svar af 2. november 2016 er et klagesvar på dine tidligere klageskrivelser, og du kan derfor klage til Ankenævnet over det svar.
>
> Da du imidlertid har uddybet din klage i dine skrivelser af 12. og 13. november 2015, hvor du også har indsendt nye dokumenter til støtte for dine indsigelser, vil jeg foreslå, at du lader os svare på dine uddybende klageskrivelser, inden du går til Ankenævnet.

Sagen kunne ikke påklages til Ankenævnet for Forsikring før d.14.maj 2017, da AP pensions Klageansvarlig svarede først d.02 november 2016 på min klage af 06. juli 2016. Der skal slås fast, at jeg fik afgørelsen i hænde først d.26.november 2016. Dvs der gik knap 4 måneder inden jeg fik afgørelsen i hænde. Jeg fik afgørelsen kun fordi jeg selv rykkede for svar til trods for, at AP pension burde selv klar over, at AP pension er forpligtet til, at svare inden for rimelig tid. Efter rådgivning fra Forsikringsoplysningen ved Forsikring og Pension, 3 måneder er alt for lang tid til, at svare på min klage. Det tog også mere end 14 dage for, at besvare mine bemærkninger til den korrespondance, der fandt sted. Har prøvet at få sagen genoptaget d.17.marts 2017. De tog også 6 uger før jeg fik svar. Hver gang blev der beklaget over det sene svar. Bemærkelsesværdigt skete det samme fænomen med Ankenævnet for Forsikring også, hvor der også beklages for det sene svar i brev af 03.juli 2017.

Det er bare en taktik AP pension udøver så sagen trækker ud i håb på, at der er nogle forældelses grænser, som AP pension kan få overskredet for, at bagefter formidle til Ankenævnet, at der skal først begyndes med, at tælle fra den dato sagen er anbragt til nævnet. Men forsætligt glemmer AP pension, at henvise til:

Jf. LBK nr 1237 af 09/11/2015 (Forsikringsaftaleloven) § 29:

> *Stk. 4*. Hvis en skadelidt inden udløbet af forældelsesfristen for et krav mod en sikret indtræder i den sikredes ret mod selskabet i medfør af § 95, forældes skadelidtes krav mod selskabet tidligst 1 år efter indtrædelsen.
>
> *Stk. 5*. Er en skade inden forældelsesfristens udløb anmeldt til selskabet, indtræder forældelse af krav, som skaden giver anledning til, tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det helt eller delvis afiser kravet. Hvis selskabet anerkender, at der foreligger en dækningsberettiget skade, men anmoder om yderligere oplysninger med henblik på opgørelse af kravets størrelse, indtræder forældelse 3 år efter selskabets meddelelse herom.

Denne § har Forsikringsoplysningens konsulent henvist til, i mail af 07.november 2017:

> Fra: …
> Sendt: 7. november 2016 12:02
> Til: [klageren]
> Emne: SV: Frist for behandling af en klage
> Hej igen
>
> Hovedreglen er som nævnt de 3 år – fra skadens indtræden.
>
> 1 års fristen er blot et udtryk for, at dit krav tidligst kan forældes 1 år efter afvisningen. Det er ikke så væsentligt, når du holder dig inden for de 3 år.
>
> Men afviser dit selskab fx først skaden tæt på 3 år efter skaden, får du 'foræret' et ekstra år. At din forsikring ophører i 2017 har ikke betydning for dine klagemuligheder.
>
> Har du yderligere spørgsmål, er du velkommen til at ringe til os.
> Med venlig hilsen
> Forsikring & Pension
> Forsikringsoplysningen
> …
> Konsulent

Jeg sendte en anmodning om genoptagelse fordi jeg fandt nye væsentlige oplysninger. Jeg ville have udtømt alle muligheder inden jeg klager til nævnet for, at ikke udsættes til, at jeg får besked om, at jeg skulle kontakte AP pension først inden jeg klager.

AP pension svarede først på min anmodning om genoptagelse af 13.marts 2017 i mail af 04.maj 2017, hvor der igenigen blev der beklaget det sene svar.

> Den 4. maj 2017 kl. 15.02 skrev AP Pension – Klageansvarlig <…>:
> Kære [klageren]
>
> Jeg beklager, at jeg ikke er vendt tilbage med et svar til dig tidligere.
>
> Vi har gennemgået din anmodning af 18, marts 2017 om genoptagelse af behandling af din sag, som du begrunder med, at der er nye væsentlige faktiske oplysninger, som ikke forelå i sagen tidligere.

Jeg svarede allerede samme dag på Klageansvarligs mail af 04.maj 2017, hvor jeg fremsendte 2 mails. Da jeg forgæves ventede og rykkede for svar klagede jeg til nævnet d.14. maj 2017.

Jeg opsagde jo min forsikring med virkning fra 01.juli 2016. Så der findes ingen præmie forfaldsdato efter d.01.juli 2016.

Konklusion

Ud fra al ovenstående er den uundværlige konklusion følgende:

Alle 3 sider, der udgør brevet af 03.juli 2017 bidrager ikke med noget som helst grund, der berettiger AP pension's skyhøje opkrævninger. AP pension har ikke løftet sin bevisbyrde, herfor.

Er det ikke nemmere for os alle sammen, at AP pension tager sig sammen og forholder sig til sagens faktiske omstændigheder?

Når AP pension modsiger sig selv uafbrudt i brev af 03.juli 2017, beviser AP pension, at jeg har ret til mit fulde tilbagebetalingskrav, da de faktiske omstændigheder også blev i 2005 fordrejet, jeg blev snydt, vildledt og brevet af 03.juli 2017 støtter mine argumenter, som er grundlagt på faktuelle konkrete beviser, da den samme 'deja vu' kutyme, som AP pension praktiserede igennem hele det her forløb, forsat bare ad libithum igennem brev af 03.juli 2017. Sagen blev fordrejet til, at handle udelukkende om AP pension's samarbejdspartners priser, men sagen handler sandelig også om AP pensions priser opkrævet af sin egne kunders forhold contra de opkrævede priser af mig. Artiklen, som var på AP pension's egen hjemmeside og Teknisk Grundlag 2016 handler begge om AP pension's egne kunder.

Jeg afventer Ankenævnet for Forsikring's afgørelse."

Hertil har selskabet i brev af 28/8 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers bemærkninger til vores brev giver anledning til et par kommentarer.

Forsikringsbetingelserne, som tidligere er fremsendt til ankenævnet, er de korrekte betingelser, der gælder for hendes ordning.

Da klager og AP Pension aftalte oprettelse af forsikringen i december 2005, tilbød selskabet at klager fik forsikringen pr. 1. marts 2005 uden afgivelse af helbredsoplysninger. Forsikringen var ellers bortfaldet i forbindelse med klagers fratrædelse hos daværende arbejdsgiver 28. februar 2005. Klager har ved sin betaling fra 2005 og frem accepteret dette aftalevilkår. Vi har i brev fra den 2. november 2016 til klager beskrevet disse forhold. Brevet er fremlagt som en del af klagers bilag.

Derudover fastholder selskabet det tidligere afgivne svar."

I brev af 24/9 2017 til nævnet er klageren kommet med yderligere bemærkninger.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen.

Af selskabets brev af 18/3 2005 til klageren fremgår det bl.a.:

"Din AP NetLink pensionsordning – CPR-nr. …

Vi har fået bekræftet, at du fratrådte din stilling hos [tidligere arbejdsgiver] pr. 28. februar 2005.

I forbindelse med din fratrædelse har du følgende muligheder med din pensionsordning:

- Din pensionsordning kan videreføres via ny arbejdsgiver, men pt. ikke privat
- **Du kan få henstand med bidragsbetalingen (forsikringsdækninger etableret uden fradragsret bortfalder ved henstand)**
- Du kan overføre pensionsordningen til et andet pensionsselskab
- Du kan ændre pensionsordningen til en hvilende ordning (fripolice), hvormed forsikringsdækningerne bortfalder. Det er vigtigt, at pensionsordningen ikke bliver ændret til fripolice, hvis du fratræder som følge af sygdom.
- Du kan ophæve pensionsordningen.

Da du p.t. er syg yder vi dig henstand.

I henstandsperioden vil forsikringsdækningen blive opretholdt, og prisen for forsikringsdækningen bliver fratrukket i din opsparing. *Dog bortfalder forsikringsdækning, der er etableret uden fradragsret.*

Når der foreligger en afgørelse på ansøgning om udbetaling af invalidepension, kan vi vende tilbage hvilken måde du ønsker at videreføre pensionsordning.

Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os.

Med venlig hilsen
AP Pension"

Af selskabets brev af 8/12 2005 til klageren fremgår det bl.a.:

"**Din pensionsordning - police nr. … cpr. nr. …**

Tak for din ansøgning om invalidepension og dine helbredsoplysninger.

Vi har vurderet oplysningerne og kan meddele, at du får invalidepension og bidragsfritagelse fra 1. juni 2005. Du kan forvente, at udbetalingen fortsætter indtil 31. marts 2020.

Dit barn … er berettiget til udbetaling af børnepension til det 21. år.

Samtidig vil vi dog gøre dig opmærksom på, at vi på et senere tidspunkt muligvis vender tilbage for at vurdere, om du fortsat er berettiget til invalidepension fra AP Pension. I den forbindelse henviser vi til § 3 i forsikringsbetingelsernes afsnit 2.

Pensionen udbetales månedligt forud og er til rådighed på din konto den sidste hverdag i måneden før.

Hvert år pr. 1. januar modtager du et brev, der oplyser om månedlig pension og skattetræk for det kommende år. Pensionen kan være forhøjet, hvis der er opsparet bonus fra det foregående år. Invalidepensionen bliver beskattet som personlig indkomst.

Vi ser frem til at udbetale din pension, når du har sendt os

- skattekort
- oplysning om dit kontonummer på vedlagte blanket.

Svarkuvert er vedlagt.

Hvis du har spørgsmål til dette brev, er du velkommen til at kontakte os."

Af selskabets brev af 10/2 2006 til klageren fremgår det bl.a.:

"**Din pensionsordning – police nr. …, CPR-nr. …**

Vi har undersøgt helbredskravene for tegning af dækningen ved Kritisk Sygdom via [andet forsikringsselskab]. Du kan desværre ikke opfylde helbredskravene og kan derfor ikke blive omfattet af dækningen med til laver betaling.

Begunstigelseserklæringen af 8. februar 2002 opfatter også din kapitalpensionspolice, -10. Vi sender her en ny udskrift, hvor begunstigelsen fremgår.

Kapitalpensionen fra police -10 udbetales 1. april 2020 til dig. Hvis du død forinden vil policen værdi blive udbetalt til dine begunstigede børn på den tidspunkt."

Af en mailkorrespondance mellem en medarbejder i selskabet og klageren fra den 29/6 2017 og frem til den 30/6 2016 fremgår det bl.a.:

"Hej

http://www.appension.dk/Vaerd-at-vide/vaer-at-vide-forsikring/vaer-at-vide-livsforsikring/Naar-at-vide-livsforsikring-til-ansatte

'Til ansatte
Hvis du er mellem 18 og 50 år og ikke er omfattet af en obligatorisk pensionsordning, har du mulighed for at etablere en Kundegruppelivsforsikring. Med den kan du skabe økonomisk tryghed for dig selv og din familie i tilfælde af sygdom eller død.
Hvad dækker forsikringen?
Kundegruppeliv er en forsikring, der dækker døgnet rundt og udbetales ved død, hvad enten dødsfaldet skyldes sygdom eller et ulykkestilfælde. For bare 2.862 kr. (2016) hvert år kan du sikre dine efterladte en engangsudbetaling på 498.000 kr. (2016). Er dette ikke tilstrækkeligt, kan du vælge en dækning på 996.000 kr. (2016) for 5.721 kr. (2016) hvert år (reguleres hver 1. januar).
Suppler med forsikring for kritiske sygdomme Kundegruppeliv kan suppleres med en forsikring for kritisk sygdomme. Med den er man sikret et skattefrit engangsbeløb på 160.000 kr. (2016), hvis man bliver ramt af en af nedenstående sygdomme. Det halvårlige bidrag for Kritisk Sygdom udgør 515 kr. (2016)'.

1. Prisen på 2.862 + 515 er de for et helt år i 2016?

2. Hvor meget var prisen i 2015 og i 2014 for dem mellem 18-50 år og dem mellem 50-62 år?

3. Hvad bliver prisen hvis man ikke er ansat man er førtidspensionist?

4. Hvad bliver prisen hvis man er mellem 50-62 år?

34. 90860

VH
[Klageren]

Hej [klageren]

Tak for din henvendelse.

Svarene på dine spørgsmål i nedenstående og tidligere fremsendte mail er:

1)
Præmien for begge forsikringer i alt for 2016 er kr. 5187,00, som opkræves halvårligt med et beløb på kr. 2.593,50.

At der på hjemmesiden står kr. 505,00 for den kritiske sygdomsdækning, er en fejl. Det beklager jeg.

Det for vi rettet hurtigst muligt.

Prisen er ens for alle.

2), 3) og 4)
Der er ingen forskel om man er førtidspensionist, ansat eller mellem 18 år til 62 år.

Her er dækningerne og præmierne for perioden 2014 til 2016:

Dækning:		Årspræmie:
2014		
Dækning ved død:	Kr. 484000,00	kr. 1836,00
Dækning ved kritisk sygdom:	Kr. 155000,00	kr. 1946,00
2015		
Dækning ved død:	Kr. 491000,00	kr. 4548,00
Dækning ved kritisk sygdom:	Kr. 158000,00	kr. 2584,00
2016		
Dækning ved død:	Kr. 498000,00	kr. 2862,00
Dækning ved kritisk sygdom:	Kr. 161000,00	kr. 2325,00

…
Hej [kunderådgiver]

Tak for din mail.

Hvad er forklaringen på, at præmien hopper op og ned fra år til år?

VH
[Klageren]
…
Hej [klageren]

Årsagen hertil er, at ordningen genererer bonus over tid. Denne bonus bruges til at bonusreducere præmien, som kunden betaler. Havde præmien ikke været bonusreduceret, ville præmien have været højere.

Størrelsen af bonus'en hvert år som bruges til reduktion af præmien, afhænger af risikoregnskabet – blandt andet hvor mange udbetalinger fra ordningen, der har været det pågældende år og alderssammensætningen i gruppen m.v.
…
Hej [klageren]

Det eneste sted du kan se priserne, er der hvor du allerede har været inde. Priserne opdateres her hvert år.

Der er ikke et sted, hvor du kan se priserne fra de tidligere år.

Venlig hilsen
[Kunderådgiver]
…
Hej [kunderådgiver]

Det viser sig, at der hvor jeg har været er prisen for kritisk sygdomme og aldersgrænse er forkerte og udover det står der ikke, at de oplyste priser er for et ½ år.

Hvordan kan det være?
VH [klageren]
…
Hej [klageren]

Vi har nu fået rettet præmien og dækningens størrelse på hjemmesiden. Så det står helt rigtigt nu.

Hvor er det, du har været henne og se en anden aldersgrænse?

Her er dit link fra tidligere http://www.appension.dk/Vaerd-at-vide/vaer-at-vide-forsikring/vaer-at-videlivsforsikring/Vaer-at-vide-livsforsikring-til-ansatte

Der har hele tiden stået halvårlig.

Venlig hilsen
[Kunderådgiver]
…
Hej [kunderådgiver]

Under det link, som du selv gav mig :http://www.appension.dk/Vaerd-at-vide/vaer-at-vide-forsikring/vaer-at-videlivsforsikring/Vaer-at-vide-livsforsikring-til-ansatte
<http://www.appension.dk/Vaerd-at-vide/vaer-at-videforsikring/vaer-at-vide-livsforsikring/Vaer-at-vide-livsforsikring-til-ansatte>

Finder jeg følgende:

'Kundegruppeliv er en forsikring, der dækker døgnet rundt og udbetales ved død, hvad enten dødsfaldet skyldes sygdom eller et ulykkestilfælde. For bare 2.862 kr. (2016) hvert år kan du sikre dine efterladte en engangsudbetaling på 498.000 kr. (2016)'

1.Er præmien IALT 2.862 kr. (2016) per år, dvs der skal KUN betales 2.862 kr. så er man dækket fra 01.01.16 til 31.12.16?

1.1.Er præmien ens for alle ældre og dem, som ikke er ansatte?

1.2. Når du selv skriver i dine svar 'Årspræmie' mener du præmien, der skal betales kun én gang hver år? Jeg har vedhæftet artiklen, i 1. afsnit kan du læse at, der står, hvis du er mellem 18 og 50 år.
VH
[Klageren]
…
Hej [Klageren]
Ja, til spørgsmål 1, ja til spørgsmål 1.1 og ja til spørgsmål 1.2.

Kundegruppelivsforsikringen, kan kun tegnes mellem det fyldte 18. år og til og med det fyldte 50. år.

De 2.862 kr. i 2016 er for dækningen ved død. Her ud over, har du en kritisk sygdomsdækning på kr. 161.000 i dækning. Den koster kr. 2325 årligt.

Venlig hilsen
[Kunderådgiver]
…
Hej [kunderådgiver]

Du skrev, at det dækker for alle ældre. Er gruppeaftaler ikke det samme som kundegruppelivsforsikring?

Koster det 2.325 kr. årligt for kritisk sygdomme lige pludseligt, den var på 505 x 2 = 1.010 kr. 2 dage siden på jeres hjemmeside. Kan I bare fordoble prisen fra den ene dag til den anden?

Får jeres kunder besked om ændring i prisen hvert år ligesom andre selskaber gør?

VH
[Klageren]"

Om gruppelivsordningen fremgår det bl.a.:

"**5.3.14 Præmiefri dækning**

Udtræder gruppemedlemmet inden det i aftalen fastsatte tidspunkt for dækningens ophør, dog længst til det fyldte 70. år på grund af sygdom eller ulykkestilfælde, der medfører, at den pågældendes erhvervsevne er nedsættes til 1/3 eller derunder, kan dødsfaldsdæk-

ningen opretholdes uden præmiebetaling, så længe erhvervsudygtigheden varer, dog længst i 3 år eller til det aftalte tidspunkt for gruppelivsforsikringens ophør.

Er forsikringstageren en forening eller en organisation, og er gruppemedlemmet erhvervsudygtig i ovenfor nævnte omfang, uden dog at være udtrådt af gruppen, gælder samme ret til dødsfaldsdækning uden præmiebetaling i indtil 3 år, for den tid erhvervsudygtigheden varer ud over 3 måneder dog længst til det aftalte tidspunkt for gruppelivsforsikringens ophør.

For at præmiefri dækning kan ydes henholdsvis opretholdes, må den forsikrede forevise sådanne bevisligheder for erhvervsudygtigheden, som AP Pension skønner nødvendige.

Efter udbetaling af invalidesum opretholdes dødsfaldsdækningen uden præmiebetaling i indtil 3 år, regnet fra den dato fra hvilken offentlig pension er bevilget. Udbetaling af invalidepension giver tilsvarende rettigheder, regnet fra den dato fra hvilken invalidepension udbetales.

Præmiefri dækning omfatter også dødsfaldsdækning for medforsikret ægtefælle.

Medforsikret ægtefælles uarbejdsdygtighed berettiger ikke til præmiefri dækning.

I gruppelivsaftalerne for [bank], FSS Pensionsgruppeliv, FSS Kundeforhold samt Gruppeliv med rådighedsret gives der ikke mulighed for præmiefritagelse ved erhvervsevnetab.

5.3.15 Fortsættelsesforsikring

Udtræder et gruppemedlem uden at indtræde i en anden gruppelivsforsikring, er den pågældende, uden at afgive helbredsoplysninger, berettiget til at tegne fortsættelsesforsikring med længst den varighed og højst den risiko, som var gældende under gruppelivsforsikringen.

Fortsættelsesforsikringen kan ikke omfatte ægtefælledækning, invalidedækning og udløbsdækning og giver ikke ret til præmiefritagelse ved uarbejdsdygtighed.

5.6.4 Aldersfordeling for grupper over 1.000 personer

For obligatoriske gruppelivsforsikringer, der omfatter mindst 1.000 forsikrede, kan præmieberegningen foretages på grundlag af den fordeling efter alder, der kun revideres hvert 5. år.

For ordninger, der omfatter udløbssum, skal præmieberegning – uanset gruppens størrelse – foretages hvert år.

5.6.5 Beregning af præmier for de enkelte ydelser

Dødsfald

Præmien for dødsfaldsdækningen for medlemmer over 70 år regnes som en etårig ophørende livsforsikring med naturlig præmie. Dødelighedstavlen er HS-tavlen 3,75% helårlig. Tillæggene andrager 1,05 ‰ af forsikringssummerne og 7 % af bruttopræmien. Herefter beregnes den helårlige bruttopræmie ved at multiplicere den kontinuerte præmie med 0.97. Minimum for helårspræmien er 4.5 ‰.

Den helårlige præmie for medlemmer under 70 år er lig med bruttoindskud for en et-årig ophørende livsforsikring beregnet på F 66 M 4½ med et års aldersformindskelse (både for mænd og kvinder).

Den således beregnede helårspræmie reduceres efter følgende regneregel:

$$\begin{array}{rl} x \leq 30 & k = 75 \\ 31 \leq x \leq 38 & k = 75 - (x - 30) \\ 39 \leq x \leq 56 & k = 67 - 1.5(x - 38) \\ x = 57 & k = 39 \\ 28 \leq x \leq 69 & k = 38 \\ 70 \leq x & k = 0 \end{array}$$

Derudover reduceres præmien med 50%.

Den beregnede helårspræmie udgør dermed for medlemmer under 70 år:

$$F66M4\frac{1}{2}\% \cdot \frac{k(x)}{100} \cdot 50\%$$

Pensionsgruppeliv og kundeforhold tegnet efter 1.1.2016
Præmien for omkostninger for kategorierne erhverv med administration, salg og tilsyn udgør:

$$F66M4\frac{1}{2}\% \cdot \frac{k(x)}{100} \cdot 50\% \cdot 50\%$$

Præmien for omkostninger for kategorien fysiske aktive erhverv udgør:

$$F66M4\tfrac{1}{2}\% \cdot \tfrac{k(x)}{100} \cdot 50\% \cdot 150\%$$ "

Nævnet udtaler:

Klageren har via sin tidligere arbejdsgiver været omfattet af en kundegruppelivsordning i selskabet med tilknyttet kritisk sygdomsdækning. Da hun fratrådte sin stilling ved udgangen af februar 2005, ophørte dækningen ved kritisk sygdom. Selskabet oprettede efter klagerens anmodning den 12/12 2005 en ny dækning ved kritisk sygdom med virkning fra den 1/3 2005 som aftalt mellem parterne. I februar 2006 undersøgte selskabet på klagerens anmodning, om hun kunne tegne kritisk sygdomsdækning via en af selskabets samarbejdspartnere, men hun opfyldte ikke betingelserne herfor, hvilket selskabet meddelte hende ved brev af 10/2 2006.

Klageren gør gældende, at hun er blevet usagligt forskelsbehandlet og diskrimineret derved, at prisen på hendes dækning ved kritisk sygdom er højere end den, som visse andre kunder betaler. Hun kræver derfor, at selskabet tilbagebetaler hende den for meget betalte præmie for perioden fra 2005 og frem til og med 2016, hvor hun opsagde sine forsikringer.

Klageren har blandt andet henvist til, at hun på selskabets hjemmeside har set, at andre kunder i selskabet betaler en billigere præmie for tilsvarende dækning ved visse kritiske sygdomme, som udbydes via selskabets samarbejdspartnere. Hun har fremlagt udskrifter fra selskabets hjemmeside. Hun har desuden anført, at præmien ikke er beregnet korrekt i overensstemmelse med selskabets tekniske grundlag, punkt. 5.6.5.

Selskabet har anført, at klageren er blevet behandlet i overensstemmelse med aftalegrundlaget, og at hun derfor ikke er berettiget til tilbagebetaling. I brev af 2/11 2016 til klageren har selskabet blandt andet anført, at prisen for forsikringen blandt andet er baseret på risikovurderinger, som selskabet er forpligtet til at foretage i forhold til Finanstilsynet. Selskabet har oplyst, at kundegruppelivsforsikringen har en større risikovurdering end de fleste andre grupper, hvilket blandt andet afspejler, at man – som i klagerens tilfælde – kan indtegnes uden afgivelse at helbredsoplysninger.

Selskabet har beklaget, at der i en periode er fremgået forkerte prisoplysninger på selskabets hjemmeside, men selskabet har anført, at den korrekte præmie er fremgået af klagerens præmieopkrævninger.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har sandsynliggjort, at hun er blevet opkrævet forkert præmie i forhold til tariffer for sin risikogruppe, i forhold til regler i det tekniske grundlag, der er anmeldt til Finanstilsynet, eller i forhold til bestemmelser i forsikringsbetingelserne.

Nævnet finder, at det forhold, at andre kundegrupper betaler lavere pris for samme forsikringsdækning, ikke i sig selv fører til, at klageren har et krav på tilbagebetaling af

præmie, idet selskabet er berettiget til at fastsætte forsikringspræmien på baggrund af selskabets vurdering af forsikringsrisikoen.

Nævnet finder, at klageren ikke på baggrund af fejlagtige oplysninger på selskabets hjemmeside kan anses for at have fået et løfte fra selskabet om en lavere pris på sin forsikring.

Nævnet kan herefter ikke pålægge selskabet at tilbagebetale præmie.

Nævnet finder efter sin gennemgang ikke grundlag for i øvrigt at statuere, at selskabet har begået sagsbehandlingsfejl, som kan føre til, at selskabet på et erstatningsretligt grundlag kan pålægges at betale erstatning til klageren svarende til hel eller delvis tilbagebetaling af præmie.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand