Ankenævnet *for* Forsikring

Den 9. maj 2018 blev i sag nr. 91487:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forsikrings-Aktieselskabet Alka

Engelholm Alle 1

2630 Taastrup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har via sit fagforbund forsikring for visse kritiske sygdomme i Forsikrings-Aktieselskabet Alka. Hun klager over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning for en anmeldt sygdom.

Selskabet har afvist at dække sygdommen med henvisning til, at der gælder en karensperiode uden forsikringsdækning i de første tre måneder, hvor klageren blev omfattet af forsikringen.

I klageskema af 13/10 2017 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "1. Sagsfremstilling
>
> [Fagforbundet] sender mig den 29 dec. 2015 brev hvor de meddeler mig, at de har meldt mig ind i forsikringerne [fagforbund] heltidsulykke- og [fagforbund] visse kritiske sygdomme fra 1 feb. 2016-hændelser der er opstået før denne dato (1.feb. 2016) er ikke omfattet. Hvis ikke jeg ville

være dækket af forsikringerne skulle jeg meddele [fagforbundet] om dette. 1 marts 2016 anmelder jeg min kritiske sygdom til [fagforbundet], men får at vide at hændelser der er opstået før 1. maj 2016 ikke er omfattet, grundet en karensperiode. Det vil sige at [fagforbundet] i brevet den 29. dec. 2015 har solgt mig en forsikring på forkert grundlag. Forsikringsbetingelserne var heller ikke vedlagt, og blev ikke henvist til dem. Jeg blev henvist til 'Mit[fagforbund] – Mine medlemsfordele', men da [fagforbundet] havde lavet en fejl og ikke meldt mig ind har jeg jo ikke kunne læse om mine forsikringer på min side. Min anke går på, at Alka har givet mig afslag på udbetaling af kritisk sygdom.

2. Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg har som medlem ikke en chance for at kende til alle regler og betingelser, derfor er det [fagforbundet] som forsikringsagent for Alka der skal sørge for at jeg er informeret korrekt når de sælger mig en forsikring. Jeg er blevet fejl informeret og det burde Alka og [fagforbundet] tage ansvar for, når professinaliteten ligger hos dem og ikke hos mig som medlem.
Jeg vil opnå at Alka retter den fejl der er blevet lavet, og fremover sikre at deres forsikringer bliver solgt ud fra de forsikringsbetingelser der er gældende.

I brevet skulle have stået 'Hændelser som er opstået før 1 maj 2016 er ikke omfattet af forsikringerne, grundet en karensperiode på 3 måneder efter indtrædelse, jf. forsikringsbetingelserne § 2' som netop er det der står skrevet i forsikringsbetingelserne.
Og ikke 'Hændelser som er opstået før denne dato (1 feb. 2016), er ikke omfattet af forsikringerne'."

Selskabet har i brev af 12/12 2017 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Ifølge klagers oplysninger fik hun den 1. marts 2016 konstateret en kritisk sygdom.

Klager anmeldte diagnosen til [fagforbundet], som imidlertid meddelte, at klager ikke var berettiget til udbetaling af sum for kritisk sygdom, idet hun ikke havde været omfattet af forsikringen i 3 måneder eller derover (karensbestemmelserne i forsikringsbetingelsernes § 2 andet afsnit).

Det er oplyst, at der angiveligt havde været noget forvirring om, hvorvidt klager var omfattet af dækningerne fra 1. februar 2016, idet klager - efter hun var udlært - havde søgt overflytning til anden A-kasse og derfor var blev meldt ud af [fagforbundet]. [Fagforbundet] rettede imidlertid straks fejlen og den har ingen indflydelse haft på nærværende sag. [Fagforbundet] oplyste da også klager om dette og bekræftede, at klager var omfattet af både den kollektive heltidsulykkesforsikringen og forsikringen for Visse Kritiske Sygdomme fra den 1. februar 2016, som forbundet oprindelig havde meddelt ved brevet af 29. december 2015.

Klager er af den opfattelse, at [fagforbundet] har begået en fejl, og at hun er blevet fejlinformeret og derfor er berettiget til udbetaling af sum for kritisk sygdom.

Spørgsmålet blev forelagt Fællesnævnet, som ved afgørelse af 12. juni 2017 gav Alka Forsikring medhold i, at den i forsikringsbetingelserne fastsatte karensperiode på 3 måneder ikke kunne tilsidesættes, hvorfor klager ikke havde krav på udbetaling af sum for kritisk sygdom. For så vidt angik et eventuelt ansvar for [fagforbundet] afstod Fællesnævnet fra at behandle spørgsmålet.

…
Af forsikringsbetingelserne for Visse Kritiske Sygdomme fremgår det, at forsikringen dækker, når forsikrede i forsikringstiden, får stillet en af de i § 3 anførte diagnoser.

For medlemmer, der optages i ordningen fra og med 1. april 2003 gælder i henhold til forsikringsbetingelsernes § 2 en 3 måneders karensperiode, der regnes fra datoen for indtræden. Karensperioden betyder, at visse kritiske sygdomme, der stilles diagnose for inden for de første 3 måneder, ikke er dækket af forsikringen.

For klagers vedkommende blev hun omfattet af forsikringen fra den 1. februar 2016 og karensperioden begyndte således at løbe den 1. februar 2016 og der vil være ret til udbetaling for diagnoser (hvis de er nævnt i forsikringsbetingelsernes § 3 og kravene til diagnose er opfyldt) for diagnoser, der stilles efter den 1. maj 2016.

At [fagforbundet] har meddelt klager, at hun var omfattet af forsikringerne fra den 1. februar 2016, er således fuldt ud korrekt. Klager blev omfattet af begge forsikringer på de vilkår der var gældende på indtrædelsestidspunktet (og i øvrigt fortsat er gældende), hvilket vil sige at forsikringsbetingelsernes bestemmelser om dækningsberettigede skader/begivenheder er gældende fra denne dato.

[Fagforbundet] er ikke 'forsikringsagent' for Alka Forsikring. Alka Forsikring har heller ikke 'solgt en forsikring til klager'. Klager er ikke forsikringstager i forhold til Alka Forsikring.

Alka Forsikrings aftalepartner for så vidt angår begge forsikringer er [fagforbund] forbundet. Det er således [fagforbundet], der er forsikringstager og Alka Forsikring, der er forsikringsgiver og der kan lige så lidt, som mellem Alka Forsikring og en enkeltstående forsikringstager, ske identifikation mellem parterne.

[Fagforbundet] tilbyder sine medlemmer, at blive omfattet af den kollektive ordning, som [fagforbund] i 2001, som forsikringstager, tegnede i Alka Forsikring og de medlemmer af forbundet, som ikke har fravalgt dækningerne, er de sikrede på policen, hvilket ikke er det samme som at være forsikringstager.

Alka Forsikring behandler anmeldelser og skader efter de mellem parterne vedtagne forsikringsbetingelser og har ikke beføjelse til egenhændigt at fravige disse. Selskabet kan som udgangspunkt heller ikke pådrage sig et hæftelsesansvar for mulige fejl begået af forbundet.

Alka Forsikring finder i øvrigt ikke, at [fagforbundet] har begået nogen ansvarspådragende fejl, men såfremt Ankenævnet måtte finde, at [fagforbundet] har givet klager en berettiget forventning om, at forsikringsbetingelsernes bestemmelser om karens ikke gjaldt for hende, har klager ikke et krav overfor Alka Forsikring, men overfor [fagforbundet].

I forhold til Alka Forsikring er klagers diagnose stillet før udløbet af den i betingelserne statuerede karensperiode, og der kan derfor ikke udbetales sum for kritisk sygdom som følge af den stillede diagnose.

At der er tale om kollektive forsikringer begrænser ikke klagers eget ansvar for eller forpligtelse til, at gøre sig bekendt med de for forsikringerne gældende vilkår."

Til dette har klageren fremsendt mail af 30/12 2017, hvori det bl.a. er anført:

> "I brevet er det ikke tydelig gjort, at der er en såkaldt karensperioden. Det jeg læser og accepterer er at jeg er omfattet fra den 1. februar 2016 og at hændelser derefter også er omfattet. Det kan ikke læses i brevet at der er forskellige betingelser for de 2 forsikringer. Der står skrevet samlet om begge forsikringer at hændelser der er opstået før 1. februar 2016 ikke er omfattet.
>
> At være omfattet af en forsikring, betyder rigtig nok, at man ikke nødvendigvis har krav på en udbetaling, men så er brevet stadig skrevet misvisende.

Det fremgår af sagen, at klagerens fagforbund i brev af 29/12 2015 til klageren anførte:

> "Du er nu omfattet af [fagforbund] Heltidsulykke og [fagforbund] Visse Kritiske Sygdomme.
>
> Der er sket ændringer i dit [fagforbunds] medlemskab.
>
> Vi har tilmeldt dig forsikringerne [fagforbund] Heltidsulykke og [fagforbund] Visse Kritiske Sygdomme fra den 1. februar 2016.
>
> Hændelser som er opstået før denne dato, er ikke omfattet af forsikringerne.
>
> Grunden til at vi tilmelder dig forsikringsordningen på denne måde, er at vi så kan optage alle medlemmer, uden at der skal afgives helbredsoplysninger.
>
> **Hvad koster det?**
> [Fagforbund] Heltidsulykkesforsikring koster 45,00 kr. pr. måned og [fagforbund] Visse Kritiske Sygdomme koster 49,00 kr. pr. måned. Forsikringerne bliver betalt sammen med dit kontingent til [fagforbundet].
>
> **Få mere at vide om dine forsikringer**
> Du kan få mere information hos Alka på 7012 1416 eller alka@alka.dk. Se eventuelt også på **Mit[fagforbund]** under 'Mine medlemsfordele'. Her kan du se og udskrive dine policer.
>
> **Er du ikke interesseret i forsikringerne**
> Du kan afmelde forsikringerne ved at sende en mail til … eller udfylde blanketten på **Mit[fagforbund]** – 'Mine medlemsfordele'. Du kan også afmelde forsikringerne ved ikke at betale for dem."

Af forsikringsbetingelserne gældende for 1/1 2012 fremgår det bl.a.:

> "**§ 1. Indtrædelse**
> Ved gruppeaftalens ikrafttræden omfattes alle [fagforbundets] medlemmer under 65 år, medmindre den enkelte skriftligt fravælger sig retten til at være omfattet. Personer, som bliver kontingentbetalende medlem af [fagforbundet] efter 1. april 2001 og som på indmeldelsestidspunktet er fyldt 18 år men ikke 65 år, er fra indmeldelsen ligeledes omfattet af gruppeaftalen, med-

mindre de ved indmeldelsen i [fagforbundet] skriftligt fravælger sig retten til at være omfattet af gruppeaftalen.

Medlemmer der er fyldt 18 år, og er under teoretisk uddannelse, eller under 25 år og har mindre end 15 timers beskæftigelse pr. uge, kan tilkøbe forsikringen mod afgivelse af tilfredsstillende helbredsoplysninger.

§ 2. Udbetaling ved Visse Kritiske Sygdomme
Retten til udbetaling ved Visse Kritiske Sygdomme indtræder, når forsikrede i forsikringstiden, får stillet en af de i § 3 anførte diagnoser, se dog § 10 om undtagen risiko. Forsikringstiden ophører ved forsikredes død.
For medlemmer, der optages i ordningen fra og med 1. april 2003 gælder en 3 måneders karensperiode der regnes fra datoen for indtræden. Karensperioden betyder, at visse kritiske sygdomme, der stilles diagnose for inden for de første 3 måneder, ikke er dækket af forsikringen."

Nævnet udtaler:

Klagerens fagforbund meddelte den 29/12 2015, at hun fra den 1/2 2016 var blevet tilmeldt en forsikring for visse kritiske sygdomme som følge af en ændring i hendes medlemskab af forbundet. Klageren fik den 1/3 2016 konstateret en kritisk sygdom. Klageren har blandt andet anført, at hun ikke fik at vide, at der gjaldt en karensperiode.

Efter en gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere, at selskabet under henvisning til karensperioden på 3 måneder har afvist at udbetale beløb for kritisk sygdom.

Nævnet finder, at meddelelsen af 29/12 2015 ikke kan forstås som et løfte til klageren om forsikringsdækning fra selskabet for konkrete hændelser fra den 1/2 2016, men kun som en orientering om, at klageren var blevet omfattet af blandt andet forsikringen for visse kritiske sygdomme. Nævnet bemærker, at der i brevet nævnes muligheden for, at klageren kan få mere information om forsikringen, og at det må anses som almindeligt kendt, at en forsikringsordning indeholder visse dækningsbegrænsninger. En karensperiode på 3 måneder er et eksempel herpå.

Det kan ikke føre til et andet resultat, at der ikke udtrykkeligt er henvist til forsikringsbetingelserne.

6. 91487

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels