Ankenævnet *for* Forsikring

Den 20. februar 2019 blev i sag nr. 92903:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Danica Pensionsforsikring A/S (tidl. SEB Pension)
Postboks 100
0900 København V

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har en pensionsordning. Klagerens advokat har i brev af 25/9 2018 til nævnet blandt andet anført:

> "**Påstand**:
> Indklagede tilpligtes at anerkende, at klager er dækket som anført i dækningsbevis af 09.07.2017, og aftalenummer ….
>
> **Sagsfremstilling**:
> Som det fremgår af de i påstanden omtalte forsikringsbetingelser på side 3 af 37 er klager dækket ved tab af erhvervsevne, hvis han er berettiget til ressourceforløbsydelse længst frem til år 2025 med et årligt beløb på 218.400,00.
>
> Den dækning bortfalder senere uden at klager orienteres herom.
>
> Som det ligeledes fremgår af side 31 i samme dækningsoversigt, er klager dækket ved visse kritiske sygdomme.
>
> Den dækning bortfalder ligeledes senere uden at klager informeres om det. Der henvises herom til bilag 2.
>
> Den virksomhed, som klager er ansat i, og som pensionsordningen og forsikringen er tegnet i, gik konkurs i efteråret 2017.
>
> Klager fik en hjerneblødning den 04.04.2018.

Klager har ikke før den 04.04.2018 modtaget orientering om ændringer i hans pensions- og forsikringsforhold fra indklagede SEB Pension.

Den 21.05.2018 sendte SEB tilbud om ændring af aftale jfr. sagens bilag 1, som er det nye dækningsbevis af 21.05.2018.

Jeg forespørger dagen efter om man vil være indforstået med at fremsende et uændret dækningsbevis i forhold til det der var gældende før ændringsbeviset af 08.07.2017(Det der er omtalt i påstanden). Jfr. bilag 2.

Situationen taget i betragtning er klager ikke interesseret i at få sine dækninger forringet.

Den 08.06.2018 meddeler SEB at enkelte forsikringer er bortfaldet jfr. sagens bilag 3.

Dette afvises på vegne klager jfr. bilag 4, den 14.06.2018.

Først den 27.06.2018 fremsender indklagede korrekt og fyldestgørende information om konsekvenserne af arbejdsgiverens konkurs, jfr. sagens bilag 5.

Dagen efter sendes et pensionsoverblik fra SEB dateret den 28.06.2018. Dette fremlægges som bilag 6.

Undertegnede fremsender journalmateriale fra [hospital] og anmelder skaden til pensions- og forsikringsselskabet, og kræver dækningerne opretholdt, jfr. bilag 7.

09.08.2018 meddeler forsikringsselskabet at klager er dækningsberettiget, og at han modtager udbetaling af varigt erhvervsevnetab og præmiefritagelse, jfr. bilag 8.

Som bilag 9 fremlægges skrivelse fra [sundhedsforsikringsselskab] om at sundhedsforsikringen hos [sundhedsforsikringsselskab] er ophørt den 28.02.2018.

Det skal understreges at klager ikke tidligere er orienteret herom af SEB Pension.

Den 14.08.2018 præciserer jeg, hvad det er der kræves af dækning hos SEB Pension. Jfr. bilag 10.

Dækningerne hos [gruppelivsforsikringsselskab], [sundhedsforsikringsselskab] og SEB kræves opretholdt i fuldt omfang, jfr. bilag 10.

Som bilag 11 fremlægges skrivelse fra SEB af 22.08.2018 hvor det erkendes, at man ikke har orienteret klager rettidigt.

Det anføres, at den supplerende dækning ved tab af erhvervsevne på kr. 218.400,00 ikke kunne tegnes eller videreføres på individuel basis.

Klager er ikke enig heri, idet klager kunne have tegnet en tilsvarende ordning i Danica eller et andet pensionsforsikringsselskab, hvis det var således, at han tidligere og før den 04.04.2018, var blevet orienteret om at dækningen bortfaldt.

Som bilag 12 fremlægges udbetalingsmeddelelse fra Danica, som udbetaler i forhold til en månedlig dækning på kr. 14.000,00 før skat.

På vegne klager gøres det gældende

At klager er berettiget til dækning i samme omfang som før ændringerne fra SEB Pension blev meddelt, i henhold til det dækningsbevis der er fremsendt senest i sommeren 2017

At klager er blevet hindret i at tegne tilsvarende dækninger hos indklagede pensionsforsikringsselskab eller et andet pensionsforsikringsselskab som følge af at man ikke har orienteret ham rettidigt og korrekt…

At klager er berettiget til dækning af yderligere tab af erhvervsevne og dækning i henhold til den tegnede sundhedsforsikring."

Selskabet har i brev af 2/10 2018 til nævnet blandt andet oplyst:

"Sagen omhandler, hvilken ret klageren har haft til at videreføre forsikringsdækninger på individuelle vilkår efter ophøret af den firmapensionsaftale, som klageren var omfattet af ind til 28. februar 2018.

Klageren var [stillingsbetegnelse] i [arbejdsgiver], som med virksomhedens ca. 10 medarbejdere indgik firmapensionsaftale med Danica i 2015.

Som det fremgår af det af klagerens advokat fremlagte Bilag 1, henvises der i klagerens forud for konkursen gældende dækningsbevis udskrevet 9. juli 2017 på side 7 af 36 til firmaoverenskomsten, der sammen med dækningsbeviset udgør aftalegrundlaget. Som **Bilag A** fremlægges [arbejdsgivers] pensionsaftale af 7. maj 2015.

[Arbejdsgiver] indgav konkursbegæring 4. oktober 2017, og der blev derfra ikke indbetalt yderligere pensionsbidrag på medarbejdernes pensionsaftaler. Konkursdekret blev afsagt 10. november 2017.

Danica iværksatte rykkerprocedure, men blev først medio februar 2018 gjort opmærksom på konkursen.

Uanset firmapensionsaftalens normale 3 måneders opsigelsesvarsel var konkursen anteciperet misligholdelse, der berettigede Danica til at opsige firmapensionsaftalen uden varsel. Dette skete med Danicas brev af 26. februar 2018, **Bilag B**. Denne opsigelse indebar som udgangspunkt, at samtlige Danica-risikodækninger på de ca. 10 pensionsaftaler bortfaldt omgående med udgangen af februar 2018.

Danica har imidlertid den forretningsgang, at medarbejderne pr. kulance bliver tilbudt, at de – i det omfang Danica i det hele taget tegner dækningerne på individuel basis – uden afgivelse af helbredsoplysninger kan videreføre Danica-dækningerne på de vilkår, som Danica tilbyder privatpersoner.

Et brev herom tilstræber Danica at sende inden for et par uger efter opsigelsesbrevet, Bilag A, med en frist på to til fire uger til at træffe beslutning om etablering af privat aftale. Det var heldigt for klageren, at Danica ikke hurtigt fik sendt disse breve, idet klageren, der gennem et halvt år havde vidst og passivt forholdt sig til, at forsikringsdækningen ville bortfalde, næppe havde tilkendegivet ønske om at etablere en privat aftale.

Brevet var således ikke sendt, da klageren den 4. april 2018 blev ramt af akut opstået sygdom. Efter henvendelse fra klageren den 10. april 2018 tilkendegav Danica, at klageren ville blive stillet, som om han tilkendegivet ønske om at tegne privat videreførseldforsikring fra 1. marts 2018 efter de oven for anførte retningslinjer.

Danicas tilbud af 21. maj 2018, fremlagt af klagerens advokat som en del af Bilag 1, indeholder de dækninger, som Danica på daværende tidspunkt tilbød privattegnet.

Som det fremgår af min mail af 22. august 2018, fremlagt af klagerens advokat som Bilag 11, omfattede tilbuddet ikke dækningen 'Supplerende dækning ved tab af erhvervsevne' på kr. 218.400, der alene udbetales i perioder, hvor forsikrede modtager offentlig ressourceforløbsydelse. Rent bortset fra, at det reelt er en strid om ingenting, idet man dårligt kan forestille sig, at en +60-årig sendes i offentligt ressourceforløb, er det en ydelse, som Danica ikke tilbød videreført privat. Blandt flere årsager hertil er det forhold, at ydelsens størrelse hverken kan fastsættes eller reguleres, når aftalen ikke længere er gagereguleret, dvs. Danica er uden kendskab til gagen. Dækningens størrelse beregnes nemlig som differencen mellem den almindelige erhvervsevnetabsydelse og forsikredes gage (ekskl. AMB).

Tilbuddet omfattede heller ikke dækningen ved Kritisk Sygdom på kr. 303.308, idet Danica ikke tegner produktet, der kun etableres via [gruppelivsforsikringsselskab] som led i firmaordninger. Som det fremgår af min førnævnte mail, Bilag 11, har Danica ikke alene kulant bedt [gruppelivsforsikringsselskab] genoprette dækningen, men tillige sikret, at klageren ikke rammes af den karensregel, som ville have afskåret klageren fra at få skadebehandlet sin akutte sygdom fra 4. april 2018. Karensreglen var en konsekvens af, at hverken klageren eller dennes advokat i rette tid rettede henvendelse til [gruppelivsforsikringsselskab] om videreførsel af Kritisk Sygdom-dækningen.

Endelig omfattede tilbuddet selvfølgelig heller ikke tegning – endsige videreførsel af en sundhedsforsikring, som Danica ikke tegner. Som det fremgår af dækningsbeviset af 9. juli 2017 står der intet andet (på side 5 af 37), end at en del af præmien betales til [sundhedsforsikringsselskab]. Dette harmonerer med [arbejdsgivers] – kortfattede og overskuelige – tiltrædelsesaftale, Bilag A, hvor der om sundhedsforsikringen alene er anført:

OBLIGATORISK BEHANDLINGSFORSIKRING
*Der henvises til den separate aftale, som **[arbejdsgiver]** har indgået med [sundhedsforsikringsselskab]*

PENSIONSBIDRAG

Præmien for Behandlingsforsikring hos [sundhedsforsikringsselskab] er integreret i det obligatoriske pensionsbidrag, der er aftalt i virksomhedens pensionsaftale i SEB Pension. SEB Pension sender præmien videre til [sundhedsforsikringsselskab].

Al administration herunder til- og afmelding af medarbejdere foretages af virksomheden direkte hos [sundhedsforsikringsselskab].

REGULERING AF DÆKNINGER SAMT REGULERING OG BEREGNING AF PRÆMIE

---

*For Behandlingsforsikringen henvises til den separate aftale, som **[arbejdsgiver]** har indgået med [sundhedsforsikringsselskab].*

Det burde derfor fremgå tilstrækkelig klart, at Danica kun er betalingsformidler, og at klagerens krav på Behandlingsforsikring udelukkende støtter sig på den særlige aftale, der er indgået mellem [sundhedsforsikringsselskab] og [arbejdsgiver]. Danica er hverken bekendt med indholdet i denne særlige aftale, og har heller ikke opsagt aftalen. Jeg er ikke bekendt med, om Danica har meddelt [sundhedsforsikringsselskab], at Danica ville ophøre med at overføre præmie ultimo februar 2018, men en sådan meddelelse ville under alle omstændigheder ikke udgøre en formel – endsige gyldig opsigelse af den særlige aftale mellem [sundhedsforsikringsselskab] og [arbejdsgiver].

Afslutningsvis bemærkes, at Danica ikke er ansvarlig for, at klageren – i tidsrummet 1. marts – 3. april 2018 – skulle være 'blevet hindret i at tegne tilsvarende dækninger hos …… et andet pensionsforsikringsselskab'. For det første er det i det hele taget ikke Danicas ansvar. For det andet er det helt teoretisk, at klageren, der forud for sin sygdom absolut ingen interesse havde vist for forsikringsdækning, skulle have ønsket at tegne supplerende dækning i forhold til, hvad Danica kunne tilbyde. For det tredje er det udokumenteret, at klageren kunne have fundet et selskab, der ville have tilbudt ham de supplerende dækninger. Og for det fjerde ville klageren ikke inden 4. april 2018 være nået til en erkendelse af, at han havde dette (hævdede) behov, selv om Danica havde orienteret klageren i et rimeligt tempo. Først skulle brevet om mulig videreførsel, Bilag C, være sendt, derefter skulle klageren anmode om tilbud, derefter skulle Danica udfærdige og fremsende tilbud, svarende til Bilag 1 af 21. maj 2018, og endelig skulle klageren erkende den begrænsede dækning, kontakte nyt forsikringsselskab og få underskrevet og indgivet begæring inkl. helbredsoplysninger – alt sammen inden 4. april 2018, hvorefter klageren ikke længere ville kunne afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger."

Klagerens advokat har i brev af 22/10 2018 til nævnet blandt andet oplyst:

"Sagen vedrører uenighed om hvorvidt klager har krav på supplerende dækning, i form af tab af erhvervsevne på op til kr. 218.400,00 årligt, og hvorvidt klager har krav på sundhedsforsikring, som heller ikke er videreført, og som ikke består på nuværende tidspunkt.

Som supplement til den fremsendte klage, vedlægger jeg kopi af brev fra SEB Pension/Danica Pension af 19.02.2018.

Som det fremgår, så bliver klager opkrævet den skyldige saldo på kr. 8.399,98.

Det er tydeligt angivet, at beløbet skal betales senest den 15.04.2018 – i modsat fald bortfalder den forsikringsdækning, som klager har i SEB Pension på det tidspunkt – nu overtaget af Danica Pension.

Brevet fremlægges som bilag 13.

Som bilag 14 fremlægges dokumentation for at beløbet betales den 09.04.2018.

Klager har således betalt for at opretholde en dækning han havde både før arbejdsgiverens konkurs, i januar/februar måned 2018, og for den sags skyld også efter han blev syg den 09.04.2018, hvor han indbetaler beløbet til SEB Pension.

Det forekommer helt og aldeles uforståeligt hvorledes dækningen herefter kan være reduceret, således at tab af erhvervsevnedækning på kr. 218.400,00 bortfalder, og sundhedsforsikringen ligeledes bortfalder.

Klager gør selvfølgelig gældende, at den dækning som han havde på de angivne tidspunkter skal opretholdes.

Klager skal supplerende henvise til sagens bilag 7, og bemærkningerne om de aftaler under pensionsinfo på side 4, hvoraf det fremgår, at klager har tegnet sundhedsforsikring hos SEB.

I relation til sundhedsforsikringen er klager således på intet tidspunkt blevet orienteret om, at denne dækning var tegnet hos [sundhedsforsikringsselskab].

Jeg kan endvidere henvise til side 11 under pensionsinfo, hvoraf det fremgår, at klager har tegnet en sundhedsforsikring, og at sundhedsaftalen er indgået med SEB Pension.

Klager gør gældende, at klager fortsat er berettiget til den fulde dækning, således som den var aftalt, også før klagers arbejdsgivers konkurs."

Af selskabets brev af 25/10 2018 hedder det blandt andet:

"Det er sjældent at man opnår rettigheder ved at modtage kopi af rykkerbreve, og det af klagerens advokat som Bilag 13 fremlagte er ingen undtagelse fra hovedreglen.

Bilag 13 er en maskinelt udskrevet orientering til klageren om, at selskabet havde rykket klagerens arbejdsgiver for restancen, herunder med en angivelse af konsekvenserne for klagerens forsikringsdækning, hvis restancen ikke blev berigtiget.

Umiddelbart efter afsendelsen af Bilag 13 blev selskabet opmærksom på arbejdsgiverens konkurs. Dette berettigede selskabet til den 26. februar 2018 at opsige aftalen med Bilag B, hvorefter risikodækningen for alle medarbejdere, herunder klageren, som udgangspunkt bortfaldt med udgangen af februar 2018. For så vidt angår klagers muligheder for efterfølgende at fastholde risikodækninger henvises til selskabets svarskrift.

Rent bortset fra, at oplysninger på Pensionsinfo ikke udgør aftalegrundlaget, beror det på en misforståelse, når klagerens advokat hævder, at det af Bilag 7 fremgår, at selskabet skulle være leverandør af sundhedsforsikringen. Mens det for de andre ydelser på den samlede præmiebetalingsaftale tydeligt er anført i Bilag 7 på side 6-10, at SEB Pension er leverandør – endda også lidt tvivlsomt fsv angår Kritisk Sygdom-dækningen i [gruppelivsforsikringsselskab] – er der ikke anført tilsvarende herom fsv angår sundhedsforsikringen. Tilstedeværelsen af logoet S/E/B kan e.o. ikke

skabe en berettiget forventning om, at SEB Pension – i strid med de aftaleforhold, der er redegjort for i svarskriftet – skulle være andet end betalingsformidler af præmien.

Jeg mener derfor, at man ud fra Bilag 7 nærmere kan slutte, at selskabet ikke er leverandør af sundhedsforsikringen."

Klagerens advokat har i brev af 13/11 2018 til nævnet blandt andet anført:

"Jeg skal fastholde de bemærkninger, der er gjort vedrørende betydningen af bilag 13.

Det fremgår af bilag 13, at man rykker på præmien. Endvidere anføres det 'hvis præmien ikke er betalt senest 15.04.2018, vil forsikringsdækningen bortfalde fra og med den nævnte dato'.

Den omtalte passus kan ikke misforstås, og det forholder sig således, at klager har betalt præmien rettidigt.

Klager har således krav på at dækningen er opretholdt hos indklagede.

Med hensyn til bemærkningerne vedrørende bilag 7, om at SEB Pension ikke er leverandør, gøres det af klager gældende, at dette aldrig har stået klager klart, at dækningen ikke skulle være tegnet hos SEB, idet der åbenbart skulle sluttes modsætningsvis af forsikringsbetingelserne.

Klager har aldrig været i kontakt med andre end SEB, og er derfor gået ud fra, at de dækninger der fremgik af pensionsoversigten var tegnet hos SEB, og ikke andre underliggende aktører.

Jeg skal på vegne klager fastholde klagen, og beder forsikringsankenævnet om at træffe afgørelse på det foreliggende grundlag."

I brev af 9/7 2017 om ændring af klagerens pensionsaftale har selskabet blandt andet oplyst:

"**Hvad er ændret?**
Vi har ændret dine forsikringsbetingelser og tilføjet et nyt supplerende produkt, der dækker ved tab af erhvervsevne.

Sådan dækker du nye forsikringsbetingelser

- Med de nye forsikringsbetingelser sikrer vi dig, at du samlet opnår en bedre dækning, hvis du bliver helt eller delvist sygemeldt. Det er fortsat et krav, at du helbredsmæssigt har mistet mindst 50% af erhvervsevnen, men du skal ikke længere have mistet 50% af din indkomst. Fremover vil vi udbetale din dækning ved mistet erhvervsevne, også selv om dit samlede økonomiske tab er mindre end 50%.
- Fremover vil vi generelt udbetale forskellen mellem den løn ekskl. AMB, din arbejdsgiver har indberettet til os, og det du samlet får udbetalt ved mistet erhvervsevne fra
  - eventuel løn fra din arbejdsgiver og anden arbejdsrelateret indkomst ekskl. AMB.
  - ydelser fra det offentlige og
  - ydelser ved tab af erhvervsevne fra andre pensionsselskaber.

– De nye regler betyder samtidig, at SEB Pension fremover ikke dækker, hvis summen af din eventuelle løn fra din arbejdsgiver, ydelser fra det offentlige og andre tab af erhvervsevneydelser er højere end din hidtidige løn ekskl. AMB.

…

Tilknytning af ny supplerende dækning ved tab af erhvervsevne

For at sikre, at du ikke mister indkomst i perioder, hvor du måtte komme i offentlig jobafklaring eller ressourceforløb, har SEB Pension udviklet en ny forsikring. Behovet for denne ekstra dækning er en følge af, at det offentlige i disse perioder nedskriver den offentlige ydelse med det, vi udbetaler til dig fra din tab af erhvervsevne dækning. Prisen for den supplerende dækning udgør månedlig 45,99 kr. (inklusiv arbejdsmarkedsbidrag) for en dækning på 218.400,00 kr. om året og fratrækkes din månedlige indbetaling til pension."

Af klagerens dækningsbevis af 9/7 2017 fremgår det blandt andet:

"**Sådan er du dækket ved Tab af erhvervsevne**

pr. 1. juli 2017		Udbetaling	Skattekode
Hvis du mister ½ af din erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykke inden 1. maj 2025 (67 år)			
– udbetaler SEB-gruppe et engangsbeløb. Det er en betingelse, at tabet af erhvervsevne har været varigt i mindst 1 år.	sum	166.667,00 kr.	5
– udbetaler SEB-gruppe efter 3 måneder en månedlig rente på op til det angivne beløb, dog længst til 1. maj 2025. Renten udgør 40,00% af den oplyste gage	årlig	168.000,00 kr.	1
– udbetaler SEB-gruppe en månedlig rente på op til det angivne beløb hvis du er berettiget til ressourceforløbsydelse fra det offentlige, dog længst til 1. maj 2025, se under Særlige bestemmelser **Supplerende dækning ved Tab af erhvervsevne** på side 8.	årlig	218.400,00 kr.	1

…

Sådan er du dækket ved Kritisk sygdom

pr. 1. juli 2017		Udbetaling	Skattekode
Hvis du bliver ramt af en af forsikringen omfattet kritisk sygdom inden 1. maj 2025 (67 år)			
– udbetaler [gruppelivsforsikringsselskab] et engangsbeløb, når sygdommen er diagnosticeret.	sum	303.308,98 kr.	5

…

Det koster din dækning pr. 1. juli 2017

Månedlig præmie (inklusiv arbejdsmarkedsbidrag), der forfalder forud den 1. i måneden.	4.200,00 kr.
…	
– heraf udgør præmien til [sundhedsforsikringsselskab]	124,29 kr.

…

Særlige bestemmelser – for hele aftalen

Overenskomst om pensionsordning
Denne aftale følger overenskomsten mellem [arbejdsgiver] og SEB Pension.

Bidragene til forsikringen indbetales af arbejdsgiver.
Denne ordning er oprettet som sled i et ansættelsesforhold.

Dispositionsret
…
Denne ordning har tidligere været privat."

I forsikringsbetingelserne udskrevet den 9/7 2017 hedder det blandt andet:

"**Forsikringsbetingelser for SEB Pension**
Forsikringsbetingelserne er gældende for alle de forsikringsdækninger, der i henhold til dækningsbeviset er etableret i SEB Pensionsforsikring A/S, CVR-nummer 16 42 00 18.

Forsikringsaftalen er undergivet dansk lovgivning, herunder lov nr. 129 af 15. april 1930 om forsikringsaftaler med senere ændringer.

Afsnit 1 Fælles bestemmelser

§ 1 Forsikringsaftalens parter
Forsikringsaftalen (i det følgende kaldet aftalen), der kan omfatte både pensionsopsparing og risikodækninger, er indgået mellem SEB Pensionsforsikring A/S (i det følgende kaldet SEB Pension) som forsikringsgiver og en arbejdsgiver eller anden juridisk enhed (i det følgende kaldet virksomheden).

Stk. 2
Forsikrede er som forsikringstager den person, der ejer aftalen. Det kan ved en aftale omfattet af stk. 1 være bestemt, at forsikrede inden for de mellem SEB Pension og virksomheden forud aftalte rammer kan aftalte nærmere vilkår for aftalen med SEB Pension.

§ 2 Aftalens grundlag
Aftalen er indgået på grundlag af de oplysninger, herunder tilmelding, begæring, attester og erklæringer, som SEB Pension har skønnet nødvendige.

Stk. 2
Aftalens indhold fremgår af det af SEB Pension udstedte dækningsbevis inkl. nærværende forsikringsbetingelser, de af SEB Pension til Finanstilsynet anmeldte tekniske grundlag og andre anmeldte regler, og af den i § 1 stk. 1 omtalte aftale mellem SEB Pension og virksomheden.
…
§ 4 Forsikringstiden
Forsikringstiden strækker sig fra aftalens ikrafttrædelsesdato til udløbsdatoen. Hvis aftalen bortfalder inden udløbsdatoen, strækker forsikringstiden sig alene til tidspunktet for aftalens bortfald.
…
§ 13 Opsigelse

Aftalen kan opsiges af virksomheden eller SEB Pension efter de regler, der fremgår af kontrakten mellem virksomheden og SEB Pension samt i tilfælde af væsentlig misligholdelse. Aftalen kan ikke opsiges af forsikrede, Det fremgår af kontrakten mellem virksomheden og SEB Pension, hvorvidt og på hvilke vilkår forsikrede efter opsigelse fra virksomheden eller SEB Pension kan oprette pensionsordning på individuelle vilkår.

…

Forsikringsbetingelser for Gruppeliv i [gruppelivsforsikringsselskab]

Forsikringsbetingelserne er gældende for de forsikringsdækninger, der er etableret i Administrationsaktieselskabet [gruppelivsforsikringsselskab], CVR-nummer … (i det følgende kaldet [gruppelivsforsikringsselskab]).

Se også Særlige bestemmelser: [gruppelivsforsikringsselskab] – Gruppelivsdækning i dækningsbeviset side 8 Gælder fra 1. januar 2017 og erstatter tidligere [gruppelivsforsikringsselskabs]-forsikringsbetingelser.

…

§ 3. Betydningen af udtryk anvendt i forsikringsaftalen

…

d) Forsikringstageren

Den virksomhed, forening, organisation eller lignende, [gruppelivsforsikringsselskab] har indgået forsikringsaftalen med.

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

…

§ 15. Opsigelse af forsikringsaftalen

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

Stk. 2. [gruppelivsforsikringsselskab] kan ændre forsikringsbetingelser og tarif med 3 måneders varsel til udgangen af et kalenderår."

Af selskabets brev af 19/2 2018 til klageren fremgår det blandt andet:

"Skyldig saldo 8.399,98 kr.

Til din orientering skal vi oplyse, at vi har skrevet til din arbejdsgiver.

'Vi har endnu ikke modtaget præmien for forsikringen.

Hvis præmien ikke er betalt senest den 15.04.2018, vil forsikringsdækningen bortfalde fra og med den nævnte dato. Såfremt forsikringen måtte have opnået en værdi, der efter forsikringsbetingelserne kan danne grundlag for en fripolice (præmiefri forsikring), vil forsikringsdækningen dog kun blive reduceret i dette omfang.

Arbejdstager bliver orienteret om restancen.

Når forsikringsdækningen først er ophørt, kan den kun sættes i kraft igen, hvis den manglende præmiebetaling skyldes særlige undskyldelige hindringer, der ikke kan bebrejdes dig. Opstår en sådan, skal du omgående kontakte os, hvorefter vi tager stilling til om forsikringen kan sættes i kraft igen. Dette vil i givet fald først ske med virkning fra dagen efter, vi har modtaget præmierestancen.

Har du betalt inden for de sidste dage, kan du se bort fra dette brev. Hvis ikke, bedes du venligst benytte det vedhæftede girokort.' "

Af selskabets brev af 26/2 2018 til kurator fremgår det blandt andet:

"**Opsigelse af pensionsaftale som følge af konkurs**

Da vi er gjort bekendt med, at virksomheden [arbejdsgiver], CVR.nr. …, er taget under, og vi derfor ikke kan forvente yderligere pensionsindbetalinger, opsiger vi pensionsordningen.

Opsigelsen har virkning fra udgangen af indeværende måned."

I mail af 8/6 2018 fra selskabet til klagerens advokat er det blandt andet oplyst:

"Der er sendt tilbud på videreførsel ud fra de dækninger som er mulige at videreføre som privat kunde i SEB Pension.

Normalvis sendes der et fratrædelsesbrev til kunden, i dette oplyses om muligheder efter endt fratrædelse/konkurs eller andet, dette brev er aldrig blevet sendt til [klageren] hvilket er en fejl i forbindelse med konkursen.

Jeg kan dog oplyse at nylig fremsendte tilbud indeholder alle de dækninger, som [klageren] har mulighed for at videreføre i SEB.

- Kritisk sygdom tilbydes videreført hos ekstern samarbejdspartner [gruppelivsforsikringsselskab] – tilbud på vej indenfor 7-10 dag omhandlende Kritisk Sygdom på 303.308,98 kr. som tidligere.

- Sundhedsforsikringen var omfattet under tidligere arbejdsgiver, og evt. videreførsel skal derfor ske direkte hos [sundhedsforsikringsselskab] som privat kunde.

- Tilbuddet indeholder herefter en invalidesum på 166.666,99 kr. en dækning v. død på 600.012,00 kr. samt en tab af erhvervsevne på 168.000 kr. Det er de dækninger som tidligere var tilknyttet aftalen hertil naturligvis opsparing til ratepension.

Som tidligere oplyst pr. telefon kan vores ressourceforløbsydelse, som har udgjort 218.400,00 kr. **ikke** videreføres, da denne dækning kun er mulig at opretholde via firmaaftale."

Af selskabets brev af 22/6 2018 til klageren fremgår det blandt andet:

"**Din pensionsordning ophører**

> Vi forventer ikke at modtage flere pensionsindbetalinger fra din arbejdsgiver, …. Firmaet har efter vores oplysninger standset betalingerne. Der er således ikke udsigt til at eventuelle restancer betales, eller at der i øvrigt vil ske yderligere indbetalinger. Derfor har vi pr. 1. marts 2018 opsagt firmaets pensionsaftale som misligholdt.
>
> Denne opsigelse indebærer, at din pensionsordning pr. 1. marts 2018 omskrives til en ordning uden præmiebetaling (fripolice). Dog vil værdien af din pensionsordning blive udbetalt til dig, fratrukket omkostninger og statsafgift, hvis værdien ikke overstiger 8.000 kr. I tilfælde af at der ikke er opsparet værdi, vil pensionsordningen blive slettet. Du kan også vælge at overføre depotværdien til en anden pensionsordning, hvis du har en sådan.
>
> **Du kan videreføre din pensionsordning**
> Du har mulighed for, uden afgivelse af helbredsoplysninger, at videreføre opsparingen og de bortfaldne forsikringsdækninger på de vilkår og til den præmie, der gælder for individuel nytegning i SEB Pension. Du har dog kun i visse situationer mulighed for at videreføre dækningen med kritisk sygdom. Du kan kontakte os for nærmere information."

Af selskabets mail af 27/6 2018 til klagerens advokat fremgår det blandt andet:

> "Sender hermed svar på jeres brev af 14. juni, vil du sende videre til ….
>
> Vi har ikke nået at sende brev til de ansatte under [arbejdsgiver], dette har givet nogle misforståelser, nu er brevet lavet og er vedhæftet i denne mail sammen med en oversigt over betalingerne på [klageren]."

Af pensionsaftalen af 7/5 2015 indgået mellem klagerens arbejdsgiver og selskabet fremgår det blandt andet:

> "**OBLIGATORISK BEHANDLINGSFORSIKRING**
> Der henvises til den separate aftale, som **[arbejdsgiver]** har indgået med [sundhedsforsikringsselskab].
> …
> **PENSIONSBIDRAG**
> Pensionsbidraget forfalder til betaling hver den 1. i måneden og indbetales af **[arbejdsgiver]**.
> Ved en medarbejders indtræden i pensionsaftalen og minimum en gang hvert år den 1. marts meddeler **[arbejdsgiver]** den enkelte medarbejders pensionsgivende løn.
> Den pensionsgivende løn defineres som: Fast løn, provision og bonus
> …
> Præmien for Behandlingsforsikring hos [sundhedsforsikringsselskab] er integreret i det obligatoriske pensionsbidrag, der er aftalt i virksomhedens pensionsaftale i SEB Pension. SEB pension sender præmien videre til [sundhedsforsikringsselskab].
> Al administration herunder til- og afmelding af medarbejdere foretages af virksomheden direkte hos [sundhedsforsikringsselskab]."

Ankenævnet *for* Forsikring

13. 92903

Nævnet udtaler:

Klageren var via sin ansættelse omfattet af en firmapensionsordning, hvortil der blandt andet var tilknyttet forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne og visse kritiske sygdomme, ligesom han var omfattet af en behandlingsforsikring. Hans arbejdsgiver gik konkurs i november 2017, hvilket medførte, at selskabet opsagde firmapensionsordningen til udgangen af februar 2018, da selskabet ikke havde modtaget præmiebetalinger og ikke forventede at modtage yderligere præmiebetalinger. Klageren blev den 4/4 2018 ramt af en hjerneblødning. Han indbetalte den 9/4 2018 8.399,98 kr. til selskabet til dækning for den skyldige saldo, som ikke var betalt af selskabet forud for konkursen, og som klageren var gjort opmærksom på ved selskabets brev af 19/2 2018. Han har anført, at han har betalt præmien for at opretholde dækningerne.

Klageren er utilfreds med selskabets tilbud på privat videreførelse af pensionsordningen, herunder at forsikringsdækningen ikke omfatter en supplerende årlig dækning på 218.400 kr. ved tab af erhvervsevne, hvis han er berettiget til ressourceforløbsydelse. Han er også utilfreds med, at hans sundhedsforsikring er ophørt pr. 28/2 2018, og at selskabet ikke har orienteret ham herom. Han har anført, at han ikke forud for den 4/4 2018 har modtaget orientering om ændringer i sine pensions- og forsikringsforhold, og at han ikke er interesseret i, at hans dækninger forringes.

Selskabet har anført, at selskabet først medio februar 2018 blev gjort opmærksom på konkursen, og at firmapensionsaftalen blev opsagt umiddelbart herefter uden varsel i henhold til reglerne om anticiperet misligholdelse. Selskabet har oplyst, at medarbejdere i konkursramte virksomheder i henhold til selskabets forretningsgange tilbydes – uden afgivelse af helbredsoplysninger – at videreføre dækningerne på de vilkår, der tilbydes privatpersoner, men at et sådan tilbud ved en fejl ikke blev sendt til klageren. Selskabet har oplyst, at klageren efterfølgende er blevet tilbudt videreførelse af sine dækninger fra den 1/3 2018, så han er blevet stillet, som om han havde modtaget brevet med tilbuddet om videreførelse. Selskabet har hertil oplyst, at den supplerende dækning ved tab af erhvervsevne ved berettigelse til et ressourceforløb ikke tilbydes privatpersoner, men kun som led i en firmaaftale, hvorfor denne dækning ikke kan tilbydes

klageren. Selskabet har også oplyst, at selskabet ikke tegner sundhedsforsikringer, hvorfor denne dækning ikke er tilbudt. Selskabet hertil anført, at klagerens sundhedsforsikring var indgået efter aftale mellem arbejdsgiveren og et andet forsikringsselskab, og at selskabet alene var betalingsformidler af præmie til denne dækning, og at selskabet ikke har kendskab til de nærmere vilkår for denne aftale.

Af pensionsaftalen af 9/7 2017, der var gældende forud for konkursen, fremgår det blandt andet, at pensionsaftalen følger overenskomsten mellem arbejdsgiveren og selskabet. Af forsikringsbetingelserne fremgår det blandt, at forsikringsaftalen er indgået mellem selskabet og virksomheden.

Videreførelse af supplerende dækning ved tab af erhvervsevne

Det fremgår af klagerens pensionsoversigt af 9/7 2017, at den supplerende dækning ved tab af erhvervsevne medførte en ret til udbetaling af en månedlig rente på op til 218.400 kr. årligt, hvis klageren var berettiget til ressourceforløbsydelse.

Under henvisning til selskabets oplysning om, at dækningen alene tilbydes som led i en firmapensionsaftale og ikke som en individuel dækning, kan nævnet ikke pålægge selskabet at tilbyde klageren at videreføre den supplerende dækning ved tab af erhvervsevne. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at virksomhedens konkurs og manglende præmiebetaling til selskabet medførte, at dækningerne som udgangspunkt ville ophøre. Nævnet finder, at selskabet i en sådan situation ikke har været forpligtet til at videreføre klagerens dækninger individuelt på vilkår svarende til en firmapensionsaftale. Det forhold, at klageren den 9/4 2018 efter virksomhedens konkurs indbetalte det skyldige beløb vedrørende klagerens firmapensionsordning, som selskabet i et brev til virksomheden havde rykket virksomheden for, medfører efter nævnets opfattelse ikke, at han gyldigt har reaktiveret firmapensionsaftalen.

15. 92903

Nævnet finder ligeledes ikke grundlag for at pålægge selskabet med tilbagevirkende kraft tilbyde klageren, at han kan øge sin almindelige dækning ved tab erhvervsevne med 218.400 kr. årligt.

Nævnet finder, at selskabet burde havde fulgt sin egen forretningsgang og umiddelbart efter, at det blev bekendt med virksomhedens konkurs, skulle have oplyst klageren om mulighederne for videreførelse af pensionsordningen på individuelt grundlag. Nævnet finder det imidlertid ikke bevist, at klageren ville have øget den almindelige tab af erhvervsevnedækning med de angivne 218.400 kr. mod yderligere egenbetaling og afgivelse af helbredsoplysninger. Nævnet har blandt andet lagt vægt på oplysningerne om, at klageren havde været bekendt med virksomhedens konkurs siden november 2017, og at han ikke forud for indbetalingen den 9/4 2018 ses at have forsøgt at kontakte selskabet med henblik på en afklaring af, hvad der ville ske med hans pensionsordning efter virksomhedens konkurs. Derudover har nævnet lagt vægt på, at den supplerende dækning ved tab af erhvervsevne alene ville være aktuel i en situation, hvor klageren var berettiget til ressourceforløbsydelse, og at klageren ikke tidligere ses at have ønsket at øge beløbet ved den almindelige tab af erhvervsevne dækning.

<u>Videreførelse af behandlingsforsikringen</u>

Det fremgår pensionsaftalen af 7/5 2015 indgået mellem selskabet og virksomheden, at præmien for behandlingsforsikringen er en del af det obligatoriske pensionsbidrag, og at selskabet videresender præmien til sundhedsforsikringsselskabet. Det er videre anført, at "Al administration herunder til- og afmelding af medarbejdere foretages af virksomheden direkte hos …". Videre fremgår det, for så vidt angår den obligatoriske behandlingsforsikring, at der blev henvist til den separate aftale indgået mellem virksomheden og sundhedsforsikringsselskabet.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at tegne ny behandlingsforsikring for klageren eller stille ham som, hvis han fortsat havde en sundhedsforsikring.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at pensionsaftalen mellem selskabet og virksomheden er en del af aftalegrundet, der var gældende for klagerens pensionsordning, jf. forsikringsbetingelserne § 1 og § 2 samt dækningsoversigtens "Særlige bestemmelser – for hele aftalen". Nævnet har også lagt vægt på, at det af pensionsaftalen mellem virksomheden og selskabet var aftalt, at al administration vedrørende behandlingsforsikringen foregik hos sundhedsforsikringsselskabet, og at der var indgået en særskilt aftale vedrørende denne forsikring mellem virksomheden og sundhedsforsikringsselskabet. Nævnet finder herefter, at selskabet ikke har haft grundlag for at foretage orientering om klagerens muligheder i relation til behandlingsforsikringen.

Kritisk sygdom

Nævnet har noteret, at selskabet har bedt gruppelivsforsikringen om at genoprette klagerens dækning, og at selskabet har sikret, at klageren vil kunne få skadebehandlet sin akutte sygdom der indtrådte den 4/4 2018. Nævnet lægger herefter til grund, at der ikke er en konkret økonomisk tvist vedrørende dækningen for kritisk sygdom, hvorfor nævnet ikke finder anledning til at træffe afgørelse herom.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings