Ankenævnet *for* Forsikring

Den 17. december 2018 blev i sag nr. 92905:

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 :

_____

Sagen er tidligere blevet behandlet under sagsnummer 91781. Sagen er blevet genoptaget på selskabets foranledning. Nærværende kendelse træder derfor i stedet for nævnets afgørelse i sag 91781.

Klageren var omfattet af en gruppelivsforsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 3/1 2018 har han bl.a. oplyst:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende redegørelse kan evt vedhæftes som bilag*
> Jeg får i 2013 konstateret en muskelsvindssygdom og i 2014 indopereret en ICD, er aldrig blevet oplyst om at jeg havde mulighed for at søge ved kritisk sygdom, jeg fratræder min stilling i 8 måned 2016 og efter en tur hos [rehabliteringscenter] bliver jeg gjort opmærksom på at der kan være noget at komme efter. Skriver dagen efter en mail til SEB for at høre om jeg har nogle forsikringer hos dem, men får et nej, efter hvad jeg kan regne ud havde jeg på daværende tidspunkt stadig mulighed for at ansøge! er igen i oktober hos [rehabiliteringscenter], hvor de igen spørger til det. Går hjem og søger om udbetaling, men jeg kommer for sent siger de. Har siden bedt om en redegørelse for manglende bedsked ved kritisk sygdom, men ingen svar.
>
> **Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
> Jeg mener at have 2 x kritisk sygdom tilgode ved dem."

Hertil har selskabet i brev af 25/1 2018 til nævnet bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling:**
Nærværende sag vedrører spørgsmålet om, hvorvidt klageren har været berettiget til udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv under sin pensionsordning med aftalenr. …
1 Forsikringsbetingelserne
…
Klageren fratrådte sit arbejde den 31. august 2016. I den forbindelse sendte selskabet den 29. august 2016 (**Bilag B**) et brev til klageren, hvor selskabet oplyste om mulighederne for privat videreførelse af pensionsordningen. Hvis klageren ikke ønskede at videreføre pensionsordningen privat, ville ordningen blive omskrevet til en fripolice uden forsikringsdækninger. Selskabet oplyste desuden, at klageren under alle omstændighed ville være omfattet af forsikringsdækningerne til den 1. december 2016.

Da klageren ikke ønskede at videreføre pensionsordningen privat, blev klagerens pensionsordning med virkning fra 1. december 2016 omskrevet til en fripolice uden forsikringsdækninger. Dækningsbevis af 1. december 2016 vedlægges som **Bilag C**.

2 Sagsforløbet
Den 24. februar 2017 sendte klageren en mail til selskabet, hvor klageren skrev følgende:
'Hej,
Mit navn er … og har noget pension hos jer. Har jeg også nogle forsikringer?
[Klageren]'

Den 27. februar 2017 besvarede selskabet klagerens mail. Selskabet oplyste følgende:
'Hej [klageren],
Tak for din mail.
Du har ikke nogen forsikringer hos os.
Du har 3 opsparingsaftaler med følgende aftalenumre: …, … og …
Har du spørgsmål er du velkommen til at kontakte os.'

Begge mails fremlægges som **Bilag D**.

Den 20. november 2017 (**Bilag E**) oplyste klageren på mail, at han 16. november 2017 havde fået afslag på dækning ved visse kritiske sygdomme i Forenede gruppeliv. Begrundelsen for afgørelsen var, at klageren i henhold til sine forsikringsbetingelser ikke havde anmeldt skaden inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden. Forenede Gruppeliv modtog anmeldelsen den 14. november 2017 (**Bilag F**) og henviste til § 6 i klagerens forsikringsbetingelser.

Klageren ønskede i den forbindelse, at selskabet skulle se bort fra vilkåret om, at anmeldelse skulle være sket inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden. Som begrundelse herfor oplyste klageren, at han ikke var tilfreds med det svar, han havde fået på sin mail af 24. februar 2017 (Bilag D), og at Forenede Gruppeliv reklamerer med, at personer med forsikringer hos dem og som bliver ramt af en kritisk sygdom får besked fra Sundhedsdatastyrelsen, om at de muligvis kan være omfattet af en forsikring. Denne besked havde klageren angiveligt ikke modtaget.

Selskabet undersøgte herefter hos Forenede Gruppeliv, om Forenede Gruppeliv havde indberettet til Sundhedsdatastyrelsen, at klageren var omfattet en forsikring ved visse kritiske sygdomme hos dem.

Den 28. november 2017 (Bilag G) oplyste Forenede Gruppeliv bl.a. følgende til selskabet:
'Vores IT-afdeling har undersøgt sagen.
FG har indberettet oplysninger til Landspatientregistret vedrørende [klageren] første gang 20/7-2012 og hver måned indtil 15/12-2016.'

Den 29. november 2017 besvarede selskabets skadechef pr. mail klagerens henvendelse af 20. november 2017 (Bilag H). Selskabets skadechef oplyste bl.a., at klagerens ønske om udbetaling fra kritisk sygdom ikke kunne imødekommes.

Selskabets klageansvarlige fastholdt selskabets afgørelse med mail af 5. december 2017 (Bilag I). Af afgørelsen fremgår bl.a. følgende:
'... Du klager over den vejledning, du fik i forbindelse med din henvendelse til selskabet på mail den 24. februar 2017.

Desuden ønsker du at få oplyst, hvorfor du ikke har fået besked fra Sundhedsdatastyrelsen om, at du muligvis kunne være omfattet af en forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme, og at du skulle rette henvendelse til dit forsikringsselskab.

Din pensionsordning med aftalenr. … blev oprettet den 1. maj 2008. Du har bl.a. modtaget dækningsbevis af 25. april 2011 med forsikringsbetingelser, hvor du har kunnet læse om din dækning ved visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Du har ligeledes løbende modtaget årsbreve, hvor du også har kunnet læse om dine forsikringsdækninger. Du har således været fuldt informeret om dine dækninger og de dertilhørende vilkår.

Den 24. februar 2017 sendte du en mail til SEB Pension, hvor du stillede følgende spørgsmål 'Har jeg også nogle forsikringer?'.

Den 27. februar 2017 besvarede … din henvendelse og oplyste, at det havde du ikke. Dette svar var korrekt, da dine forsikringsdækninger var ophørt pr. 1. december 2016. Du var således på forespørgselstidspunktet ikke omfattet af forsikringsdækninger. Der var intet i din mail, som skulle give anledning til, at … skulle have oplyst dig om, hvilke tidligere forsikringsdækninger, du havde haft hos selskabet.

… har med mail af 29. november 2017 forholdt sig til spørgsmålet om, hvorfor du ikke har fået besked fra Sundhedsdatastyrelsen om, at du skulle kontakte dit forsikringsselskab. Du blev i den forbindelse oplyst, at Forenede Gruppeliv har indberettet dig til sundhedsdatastyrelsen første gang den 20. juli 2012 og frem til den 15. december 2016.

Jeg kan desværre ikke svare på, hvorfor du ikke har fået besked fra Sundhedsdatastyrelsen om, at du skulle rette henvendelse til dit forsikringsselskab i forbindelse med din sygdom. Men som … også nævner, kræver det en besked fra hospitalet til Sundhedsdataregistret om, at du er ramt af en mulig dækningsberettiget skade. Hvis Sundhedsdataregisteret ikke har fået denne besked, har de ikke haft mulighed for at kontakte dig.

SEB Pension [rettelse: Forende Gruppeliv o.a.) har leveret de relevante informationer til Sundhedsdatastyrelsen.

Afslutningsbevis bemærkes det, at det i sidste ende er dit eget ansvar at anmelde en skade til Forenede Gruppeliv i henhold til forsikringsbetingelserne.'

Klagerens pensionsordning blev omskrevet til fripolice den 1. december 2016.

Klageren har således ikke anmeldt skaden til Forenede Gruppeliv inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden, dvs. inden 1. juni 2017.

Retten til udbetaling er dermed bortfaldet i henhold til klagerens forsikringsbetingelser (Bilag A) 'Dækning ved visse kritiske sygdomme i tilslutning til gruppelivsaftale og Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring i Forenede Gruppeliv' § 6.

Det er selskabet vurdering, at selskabet ikke har handlet ansvarspådragende i forbindelse besvarelsen af klagerens mail af 24. februar 2017. Klagerens mail er besvaret korrekt, idet klageren på forespørgselstidspunktet ikke var omfattet af forsikringsdækninger. Der var endvidere intet i klagerens mail, som skulle have givet anledning til, at selskabet burde have undersøgt, om klageren tidligere havde været omfattet af forsikringsdækninger. Der er således ikke noget at bebrejde selskabet.

Forenede Gruppeliv har endvidere oplyst, at de løbende har indberettet klageren til Sundhedsdatastyrelsen, hvorfor der heller ikke er noget at bebrejde Forenede Gruppeliv.

Hertil kommer, at klageren har været fuldt informeret om sin dækning i Forenede Gruppeliv, herunder vilkårene for dækningen. Klageren har modtaget dækningsbevis og årsbreve løbende, hvor klageren har kunnet læse om sine dækninger herunder vilkårene.

På baggrund af ovenstående fastholder selskabet den trufne afgørelse om, at klageren ikke er berettiget til udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, idet klageren ikke har anmeldt skaden inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden, og idet selskabet ikke har handlet ansvarspådragende."

I mail af 5/3 2018 til nævnet har klageren yderligere oplyst:

"Jeg mener jeg har henvendt mig rettidigt, men har fået dårlig vejledning. Får af vide jeg har en opsparing med aftale nr. … og det er tilfældigvis også der jeg har dækningen af kritisk sygdom. Ved udtrædelse har man ifølge FG 6 måneder til at til at søge og jeg er holdt den 30. august 2016 og henvender mig den 24 februar 2017, altså inden for 6 måneder. Så med bedre vejledning ved min henvendelse var der en anden udgang på sagen.

Har vedhæftet et brev fra SEB hvor der står jeg stadig er omfattet af dækning ved kritisk sygdom.

Har aldrig fået besked fra sundhedsdatastyrrelsen om manglende brev ved kritisk sygdom og det er seb der skulle sørge for det!"

Heroverfor har selskabet i brev af 21/3 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "**Supplerende sagsfremstilling:**
> Klageren har fremlagt brev fra november 2016, hvoraf fremgår, at klagerens pensionsordning indeholder en dækning ved visse kritiske sygdomme. Dette var en korrekt meddelelse, idet klagerens pensionsordning først blev omskrevet til en fripolice uden forsikringsdækninger den 1. december 2016.
>
> Klagerens bemærkninger giver i øvrigt ikke anledning til at ændre selskabets vurdering om, at klageren ikke er berettiget til udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, idet klageren ikke har anmeldt skaden inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden, og idet selskabet ikke har handlet ansvarspådragende."

I mail af 17/4 2018 til nævnet har klageren bl.a. bemærket:

> "Som de selv skriver havde jeg et halvt år til at søge i efter ophør, det mener jeg også jeg har gjort ved at forespørge dem om jeg har forsikring. Jeg har aldrig modtaget brev om mulighed for udbetaling ved kritisk sygdom, SEB skulle have sendt mig efter hvad Forsikring & Pension har oplyst mig.
>
> Mener det er ansvarspådragende ikke at have bedre kundeservice og klage vejledning, da SEB klage ansvarlige afviste sagen bad jeg om at deres klageråd kiggede på sagen, men ingenting hørte jeg."

Hertil har selskabet i mail af 24/4 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "Klagerens mail af 17. april 2018 giver anledning til to kommentarer.
>
> Det bestrides, at Forsikring & Pension skulle have oplyst klageren, at SEB Pension e.o. burde have oplyst klageren om mulighed for at få udbetaling ved kritisk sygdom.
>
> Det bestrides, at klageren har bedt nogen i SEB Pension foranledige, at selskabets interne Klageråd vurderede sagen. Svaret på en sådan anmodning ville i øvrigt have været 'nej', da denne mulighed normalt ikke tilbydes, når en sag forinden er afgjort af selskabets klageansvarlige. Den klageansvarlige har da heller ikke i sin afgørelse, Bilag I, nævnt det som en mulighed at Klagerådet kunne se på sagen."

I mail af 22/5 2018 til nævnet har klageren fastholdt, at selskabet har ydet utilstrækkelig rådgivning ved sin henvendelse den 24/2 2017.

I forsikringsbetingelserne hedder det bl.a.:

> "**§ 6.** Er forsikrede udtrådt af gruppelivsaftalen, eller er gruppelivsaftalen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, skal skriftlig anmodning om udbetaling være fremsat over for FG inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringssummen for kritisk sygdom, der ikke er anmeldt."

Ankenævnet *for* Forsikring

6. 92905

Nævnet udtaler:

Sagen er tidligere blevet behandlet under sagsnummer 91781. Sagen er blevet genoptaget på selskabets foranledning. Nærværende kendelse træder derfor i stedet for nævnets afgørelse i sag 91781.

Klageren fik i 2013 konstateret muskelsdystrofi. Hans forsikringsdækning for kritisk sygdom ophørte den 1/12 2016. Den 24/2 2017 sendte klageren en mail til selskabet, hvor han skrev: "Mit navn er … og har noget pension hos jer. Har jeg også nogle forsikringer?". En medarbejder i selskabet svarede: "Hej …, Tak for din mail. Du har ikke nogen forsikringer hos os. Du har 3 opsparingsaftaler med følgende aftalenumre: …, … og … Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 6, at en anmodning om udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom skal være fremsat inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringssummen for kritisk sygdom, der ikke er anmeldt. En sådan anmeldelsesfrist kan gyldigt aftales, når fristen udgør mindst 6 måneder, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6.

Idet anmeldelsesfristen for klagerens krav udløb den 1/6 2017, og idet klageren først ansøgte om udbetaling af forsikringssummen den 14/11 2017, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen til klageren med henvisning til forsikringsbetingelsernes § 6.

Spørgsmålet er herefter, om selskabet ved sin besvarelse af klagerens mail af 24/2 2017 har handlet ansvarspådragende. Klageren har anført, at medarbejderen i forbindelse med klagerens henvendelse den 24/2 2017 burde have rådgivet ham om hans muligheder for at ansøge om udbetaling af forsikringssummen for kritisk sygdom, idet ansøgningsfristen på de 6 måneder ikke var udløbet på dette tidspunkt.

7. 92905

Nævnet bemærker, at afgørende for, om en forsikringstager kan få dækning over sin forsikring, som udgangspunkt er, om der har været en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed i forsikringstiden. For kritisk sygdom betyder det som oftest, at den kritiske sygdom skal være diagnosticeret i forsikringstiden.

Nævnets flertal finder, at selskabet derfor i en situation som den foreliggende – hvor klageren spørger om han har "nogle forsikringer" – ikke kan begrænse sit svar til at angå forsikringer, som er i kraft, idet selskabet som den professionelle part bør vide, dels at et sådant spørgsmål meget ofte vil relatere sig til, om klageren har mulighed for at få dækket en allerede indtrådt skade, dels at retten til dækning ikke alene kan afgøres ud fra anmeldelsestidspunktet, men derimod tillige må afgøres ud fra tidspunktet for enten skadesårsagen eller skadevirkningen.

På den baggrund – og henset til dels at klageren fremsatte sit spørgsmål den 24/2 2017, dels at klagerens forsikring for kritisk sygdom var ophørt pr. 1/12 2016 – finder flertallet, at selskabet i sit svar i den konkrete situation burde have oplyst om den fortsatte dækning for kritisk sygdom i afløbsperioden på 6 måneder. Flertallet finder, at selskabets undladelse af dette må medføre, at selskabet ikke kan påberåbe sig tidsfristen på 6 måneder i forsikringsbetingelsernes § 6, idet den manglende oplysning om dækningen i yderligere 6 måneder fra ophør må anses som årsag til, at klageren ikke fik anmeldt sin kritiske sygdom rettidigt.

Nævnets flertal herefter, at selskabets dispositioner må medføre, at selskabet er afskåret fra at påberåbe sig forsikringsbetingelsernes § 6 for så vidt angår de mulige kritiske sygdomme, som denne klage angår (muskelsvindssygdom konstateret i 2013 og indopereret ICD i 2014). Flertallet finder ligeledes, at selskabet er afskåret fra at påberåbe sig, at der i perioden mellem den 24/2 2017 og indgivelsen af denne klage er indtrådt forældelse for de omtalte mulige kritiske sygdomme.

Mindretallet finder, at det havde været ønskeligt, hvis selskabets besvarelse enten havde oplyst om tidspunktet for forsikringens ophør og om fristen på 6 måneder til at anmelde kravet, eller hvis selskabet havde spurgt nærmere ind til, hvorfor klageren ønskede denne information, idet forespørgslen kunne skyldes, at han allerede havde en dækningsberettigende sygdom.

Mindretallet finder imidlertid, at selskabets adfærd ikke er af en sådan karakter, at selskabet herved har pådraget sig et erstatningsansvar.

Mindretallet har blandt andet lagt vægt på, at klageren alene spurgte "har noget pension hos jer. Har jeg også nogle forsikringer?", og at selskabet objektivt set ikke svarede forkert på spørgsmålet ved at svare "nej", idet klagerens forsikringsdækninger de facto var ophørt på tidspunktet for klagerens henvendelse den 24/2 2017.

Mindretallet har også lagt vægt på, at selskabet – når det modtager forespørgsler via mails – må kunne besvare disse forholdsvist kortfattet uden at skulle inddrage alle hypotetiske muligheder i sine svar. Mindretallet bemærker, at det havde været nærliggende for klageren allerede i mailen af 24/2 2018 at oplyse om sin kritiske sygdom, hvis hans mail-henvendelse reelt angik dette spørgsmål.

Afgørelsen træffes efter stemmeflertallet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Selskabet, SEB Pension, skal anerkende, at selskabet er afskåret fra at påberåbe sig forsikringsbetingelsernes § 6 for så vidt angår de mulige kritiske sygdomme, som denne klage angår (muskelsvindssygdom konstateret i 2013 og indopereret ICD i 2014). Selskabet skal ligeledes aner-

kende, at det er afskåret fra at påberåbe sig, at der i perioden mellem den 24/2 2017 og indgivelsen af denne klage er indtrådt forældelse for de omtalte mulige kritiske sygdomme.

Kendelsen erstatter nævnets afgørelse i sag 91781.

Marianne Højgaard Pedersen
formand