

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 1. april 2020 blev i sag nr. 93877:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har pensionsordning. I klageskrivelse vedlagt klageskema af 21/6 2019 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"1. Indledning

På vegne af min klient, [klageren], klager jeg hermed over Danica Pensions 'selskabet' afgørelse af 2. november 2018, hvorefter der meddeles afslag på en pensionsordning på normale vilkår med henvisning til hans helbredsmaessige forhold. Nærmere bestemt klages der over, at Danica Pension har betinget videreførelsen af min klients pensionsordning af, at der afgives nye helbredsoplysninger.

2. Sagsfremstilling

Min klient har haft pensionsordning i Danica Pension via sin tidligere arbejdsgiver, I forbindelse med at min klient fratrådte sin stilling hos [arbejdsgiver], modtog han et brev af 31. januar 2018 fra selskabet (bilag 1), som indeholdt oplysninger om, at han helst skulle kontakte selskabet inden den 15. maj 2018, hvis han ønskede at videreføre sine forsikringer.

Det fremgår blandt andet af brevet, at:

'Hører vi ikke fra dig inden den 1. juni 2018, ændrer vi din pensionsordning til en ordning uden indbetaling pr. denne dato. Det betyder, at:

- * Din sundhedssikring falder væk
- * Din dækning ved visse kritiske sygdomme falder væk
- * Din dækning ved tab af erhvervsevne falder væk
- * Din dækning ved dødsfald sættes ned
- * Du skal give os oplysninger om dit helbred, hvis du senere vil have dækningerne igen.'

Min klient kontaktede selskabet den 11. april 2018 telefonisk, da han gerne ville videreføre forsikringerne. Medarbejderen skitserede nogle muligheder, herunder at ordningen kunne videreføres med ny arbejdsgiver, for egen regning, eller der kunne gives henstand og trækkes fra depot.

Der blev ikke på noget tidspunkt i samtalen oplyst om, at det var en mulighed at min klient ville stå helt uden dækning, ligesom der heller ikke nævnes noget om, at der vil skulle afgives helbredsoplysninger, hvad det ville betyde, eller hvad det kunne få af konsekvenser.

Samtalen afsluttes med, at medarbejderen i Danica Pension nævner, at de 'helst' skal høre fra min klient midt i maj, så de har tid til at finde ud af, hvad der skal ske. Min klient er efter samtalen af den opfattelse, at ordningen videreføres og at der i 'værste fald' vil blive trukket fra hans depot.

I juni måned 2018 kontakter min klient selskabet på ny med spørgsmål til hans ordning, da den ikke fremtræder som han havde forstået efter samtalen den 11. april 2018 med Danica Pension.

Under samtalen i juni 2018 mellem min klient og Danica Pensions medarbejder oplyser min klient netop, at han havde været i den tro, at hans henvendelse i april 2018 var tilstrækkelig til, at ordningen ville være videreført. Videre oplyser Danica Pensions medarbejder under samtalen for første gang for min klient den betydning som afgivelse af nye helbredsoplysninger har og kan få.

Medarbejderen oplyser dog, at min klient ikke 'prismæssigt' eller 'dækningsmæssigt' er ringere stillet fordi han ikke kontaktede selskabet igen inden den 15. maj 2018. Samtidig kalder medarbejderen helbredsoplysningerne for 'strengere', og at de kan gå 'tilbage i tid', hvilket er første gang min klient får disse helt afgørende oplysninger. Dette fremgår således hverken af brevet af 31. januar 2018 eller telefonsamtalen den 11. april 2019. Videre oplyser medarbejderen (30 min inde i samtalen), at det 'fremover' gælder, at ved opgraderinger udover en vis bagatelgrænse, så skal der afgives helbredsoplysninger. Endelig oplyser medarbejderen, at han laver et tilbud (35 min inde i samtalen), og at det reelt er Danica Pension der forestår disse, og at tilbuddet kan underskrives af min klient.

Min klient modtog efterfølgende et tilbud fra selskabet, men i brev af 2. november 2018 vendte selskabet tilbage med oplysning om, at de ikke kunne indtegne ham. Årsagen hertil var ifølge brevet, at min klient havde haft ... og var blevet diagnosticeret med Begge forhold fandt sted i forsikringstiden under den tidligere ordning og blev dengang anmeldt til selskabet som bevilligede [behandling] vedrørende netop disse to forhold (bilag 2).

Ved brev af 15. maj 2019 (bilag 3) fastholdt Danica Pension deres afgørelse, hvorfor nærværende klage har været nødvendig.

3. Anbringender

Det gøres gældende at selskabet ikke har været berettiget til at betinge videreførelsen af min klients pensionsordning af, at min klient afgiver nye helbredsoplysninger.

Min klient fik ved brev af 31. januar 2018 besked om, at såfremt han ønskede en videreførelse skulle selskabet kontaktes inden medie maj 2018. Min klient kontaktede selskabet allerede i april 2018, hvilket ikke kan forstås på anden måde, end at min klient ønskede at videreføre sine dækninger.

Dette understøttes af telefonsamtalen med Danica Pensions medarbejder, hvor de forskellige muligheder for videreførelse drøftes. Min klient har med rette indladt sig på, at hans ordning blev videreført, og at den yderligere kontakt til selskabet, som blev drøftet, alene ville have en praktisk karakter i forhold til om betalingen kom fra min klient, en ny arbejdsgiver eller blev taget fra depotet.

Selskabet har ikke under telefonsamtalen i april 2018 opfyldt sin rådgivningsforpligtelse til at gøre det klart for min klient, at han kunne komme til at stå uden dækning, endsige hvilken betydning afgivelse af helbredsoplysninger ville have.

Det er en skærpende omstændighed, at selskabet har været bekendt med de helbredsmæssige forhold, der senere anvendes som begrundelse for at afvise videreførelse af pensionsordningen.

Selskabet burde i en sådan situation, som følge af principperne om en loyal samarbejdspligt i kontraktforhold, enten kontakte min klient eller lade ordningen videreføre med træk fra depot.

At der har været tale om en mangelfuld rådgivning understøttes desuden af, at min klient helt tydeligt først i samtalen med selskabets medarbejder i juni 2018 får forklaret, hvad 'helbredsoplysninger' betyder, at det kan gå tilbage i tid og hvad konsekvensen kan blive – dog kun fremadrettet.

Det gøres i den forbindelse gældende, at selskabet ved indtegning og udarbejdelse af tilbud, jf. telefonsamtale af juni 2018, har frasagt sig afgivelse af nye helbredsoplysninger. Medarbejderen oplyser direkte, at min klients manglende tilbagevenden på ny til Danica Pension inden medio maj 2018 ikke havde betydning for pris eller dækning, ligesom det oplyses, at det kun er fremover ved opgraderinger, at helbredsoplysninger kan få betydning.

Selskabets medarbejder har herved på vegne af Danica Pension givet en tilsagn om, at helbredsoplysninger ikke i forhold til aktuelle videreførelse tillægges betydning, og Danica Pension er efter almindelige fuldmagtsregler bundet heraf.

På denne baggrund skal selskabet tilbyde min klient at videreføre forsikringerne uden afgivelse af helbredsoplysninger."

Selskabet har i brev af 3/7 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Parterne er uenige om: hvorvidt der inden den 1/6 2018 er indgået en aftale om videreførelse af dækningen fra klages arbejdsgiverordning.

Påstand: Der er mellem parterne ikke indgået en aftale om videreførelse af klagers forsikringsordning.

Anbringender:

Vedr. skrivelse af 31/1 2018[8]. Klager modtager den 31/1 2018 en skrivelse fra Danica Pension, hvoraf det tydeligt fremgår, at der er mulighed for, at indgå en ny aftale om videreførelse af dækning fra hans tidligere arbejdsgiver, og at fristen er den 1/6 2018.

Konsekvenserne ved ikke at indgå en ny aftale er tydeligt opremset i overskuelig punktform under afsnittet 'vigtigt'. Derfor må det konkluderes, at Danica Pension tydeligt har gjort opmærksom på, hvad konsekvenserne er ved manglende indgåelse af en ny aftale. Herunder fremgår det også, at der igen skal gives nye helbredsoplysninger. Klager kan derfor ikke have været i tvivl om, at der ville være konsekvenser, såfremt han ikke sørger for at få en ny aftale på plads inden den 1/6 2018.

Klager har haft mulighed for, at spørge ind til og få en uddybning af de fem punkter under afsnittet 'vigtigt' i brevet af den 31/1 2018. Klager kunne have bedt om, en uddybning af kravene til fx helbredsoplysninger. Det kan ikke forventes at Danica Pension i brevet udtømmende skal redegøre for dette. Til sammenligning kan Danica Pension heller ikke bebrejdes, at der ikke udtømmende er redegjort for fx punkt to: 'bortfald af visse kritiske sygdomme'. Fx rådgivning om hvad det ville betyde, hvis klager havde fået en sygdom der var/ikke var optaget på listen over kritiske sygdomme, herunder betydningen af hvornår sygdommen var opstået/ diagnosticeret osv. Dette blot for at give et eksempel på, at der under hvert af de fem punkter i afsnittet 'vigtigt' kan opstå mange spørgsmål, som der ikke er mulighed for at rådgive udtømmende om, i et 'fratrædelsesbrev' som det klager modtog den 31 /1 2018. Klager bærer selv ansvaret for, at spørge uddybende ind til de fem punkter eller søge oplysninger på Danica Pensions hjemmesiden, inden han beslutter sig for hvorvidt, han ønsker, at indgå en aftale eller ej om videreførelse af ordningen tegnet af den tidligere arbejdsgiver.

Videreføres arbejdsgiverordningen ikke, bærer klager risikoen for at han bliver underlagt, andre betingelser og krav, for en ny indtegnning hos Danica Pension. Havde klager fx fået et job i en stilling lignende hans tidligere, via en arbejdsgiverordning, er kravet til de helbredsmaessige oplysninger ikke de samme, som til en ordning som selvstændig uden en arbejdsgiverordning.

Vedr. samtalen mellem klager og en rådgiver fra Danica Pension den 11/4 2018.

Af samtalen fremgår det, at klager bliver orienteret om, at han skal vende tilbage senest den 1/6 2018 og gerne inden den 15/5 2018, så den nye aftale kan komme på plads. Klager afslutter samtalen med at sige: 'så for at opsummere så skal jeg tage fat i jer inden de tre mdr. udløber.' og det bekræfter rådgiveren ham i, og tilføjer at tilbagevenden midt maj vil være bedst, for at nå at få aftalen på plads.

Hvis der under samtalen allerede var indgået en ny aftale, ville det jo ikke være nødvendigt, at klager skulle vende tilbage vedr. indgåelse af en ny aftale.

Vedr. samtalen i juni 2018 fremgår det, at klager godt er klar over, at han nok skulle have vendt tilbage inden den 1/6 2018, men ikke har gjort det, og ikke lader til at have sat sig ind i konsekvenserne heraf, herunder betydningen af afgivelse af nye helbredsmaessige oplysninger ved en ny indtegnning. Derved har han taget risikoen for hvad dette vil medføre af konsekvenser. Denne samtale er ikke afgørende for sagen, da det afgørende er, hvorvidt der er indgået en ny bindende aftale mellem parterne inden den 1/6 2018 eller ej.

Konklusion: Der er den 11/4 2018, eller senere inden den 1/6 2018, ikke mellem parterne er blevet indgået en bindende aftale om videreførelse af arbejdsgiverordningen for klager."

Klagerens advokat har i brev af 11/7 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Det afgørende er ikke, hvorvidt konsekvenser er oplistet i en overskuelig punktform, men hvorvidt de efter deres indhold på tilstrækkelig vis oplyser om de 'reelle' konsekvenser.

Det fremgår ikke af brevet, og er heller ikke en logisk følge for en almindelig forbruger, at afgivelsen af helbredsoplysninger betyder, at tidligere helbredsmaessige forhold – uagtet de opstod under den gamle ordning og selskabet har været bekendt hermed – kan føre til, at min klient står helt uden mulighed for at videreføre sine forsikringer.

Selskabets angivelse af, at min klient kunne have spurgt ind til punktet vedrørende helbredsoplysninger, må i det hele tilbagevises. Dette fremgår ingen steder, men der oplyses herom under den rådgivende samtale, som min klient har med en medarbejder efter fristen, som ifølge selskabet ikke er overholdt.

Allerede fordi medarbejderen gør min klient opmærksom på disse forhold under den anden samtale, så understreger det, at der er tale om væsentlige forhold, der ikke ses rådgivet korrekt om, hverken i brevet af 31. januar 2018 eller den anden samtale i juni 2018.

Det er korrekt, at min klient under den første telefonsamtale af 11. april 2018 fik besked om, at han skulle vende tilbage. Det var dog hans klare forståelse, at det var i forhold til valg af én af de skitserede muligheder og at han 'i værste fald' blot ville falde tilbage på den ordning, hvor han ville trække fra depotet.

Selskabets medarbejder oplyser ham ikke om, at han i så fald vil stå uden dækning, ligesom det ikke forklares, hvad konsekvenserne herved er. "

Selskabet har i brev af 17/8 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers advokat fremhæver i sit andet indlæg at brevet af den 31/1 201[8] ikke er klart formuleret. Klager må regne med, at når han opsiger sin stilling, og både han og hans arbejdsgiver stopper med at betale til dækningen at forsikringen så bortfalder.

Danica Pension holder vederlagsfrit klager dækket i de tre mdr., hvor klager har mulighed for at beslutte sig for, om han ønsker at fortsætte sin forsikring eller ej. Så uanset om klager havde fået brevet af 31/1 201[8] eller ej, må han vide, at en forsikring ikke fortsætter uden at der betales til den.

Klager er blevet oplyst om, at fortsætter han den ikke bortfalder den. Han skal derefter indtegnes igen enten hos et andet selskab eller hos Danica, hvis han ønsker, at have en forsikring. I det tilfælde behandles han som alle andre kunder der er nye, og skal tegnes ind. Generelt ved indtegninger bedes der om helbredsoplysninger. Omfanget af disse afhænger af, hvilket erhverv kunden udøver. Både prisen og kravene til helbredsoplysningerne er højere, når en kunde er selvstændig erhvervsdrivende.

Har klager været usikker på, om han ville fortsætte sin ordning inden den bortfald efter de tre måneder, kunne klager blot havde fortsat den, da den jo altid kan opsiges igen, så havde han ikke

stået uden forsikring. At klager ikke vender tilbage rettidigt og træffer et valg om videreførelse, er klagers egen risiko. "

Til dette har klagerens advokat fremsendt brev af 6/9 2019, hvori det bl.a. er anført:

"Det er helt korrekt, som selskabet anfører, at min klient måtte regne med, at hans forsikring ville bortfalde, når han fratræder sin stilling, hvis der ikke længere betales

Af samme grund kontaktede min klient selskabet, da han ikke ønskede, at forsikringen skulle bortfalde. Der er ganske enkelt ikke andre årsager eller motiver for hans kontakt, end ønsket om at bevare forsikringen. Selskabet ses da heller ikke at have kommet med et bud på, hvad det i givet fald skulle være.

Kontakten gik netop på betalingsspørgsmålet, hvor selskabet skitserer de betalingsmuligheder der er, fx egen betaling, via en ny arbejdsgiver eller ved at tage fra depotet. Selskabets rådgiver forekommer herved ikke i tvivl om, at min klient ønsker at videreføre, for de nævnte oplysninger ville da ikke være relevante.

I en sag som den foreliggende fører selskabets synspunkter til nogle helt uproportionale konsekvenser for min klient, og der forekommer ikke nogle saglige hensyn der begrunder selskabets synspunkt; det bærer tværtimod præg af, at selskabet forsøger at 'slippe af' med en kunde.

Min klient kontaktede utvivlsomt selskabet inden fristen i det første brev. Telefonisk har min klient inden samme frist drøftet mulighederne for betaling af en videreførelse, hvor selskabet undlod at oplyse om konsekvenserne, hvis der ikke blev indgået en aftale. Det kan der næppe være anden forklaring på, end at man ikke fandt det nødvendigt, når der nu var ønske om videreførelse.

Hvis man fra selskabets side ikke fandt dette givet, så burde man have rådgivet, da særligt med viden om min klients sygdomshistorik. Også på dette punkt vil principperne om god skik og parternes loyalitetsforpligtelse i kontrakt føre til, at min klient har ret til indtegning uden afgivelse af helbredsoplysninger. "

Hertil har selskabet i brev af 18/9 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers advokat fremhæver i sit tredje indlæg brev af den 6/9 2019, at klagers ønske har været at fortsætte sin forsikring, hvilket er grunden til at han kontaktede Danica Pension. At klager kontakter Danica Pension og spørger ind til mulighederne for videreførelse, er ikke ensbetydende med, at klager har ønsket at videreføre sin dækning. Det er ikke usædvanligt, at en kunde spørger ind til dækningen, inden kunden træffer sit valg om videreførelse eller ej. Var klager bange for at springe fristen, kunne han blot ved den første kontakt have meddelt, at han ville fortsætte dækningen. Det må gentages at klager selv nævner i den anden samtale med Danica Pension, at han skal vende tilbage inden den 1/6 2018, hvor de tre mdr. udløber. Så klager er helt klar over, at der ikke er indgået en aftale endnu, og at det er op til ham at beslutte sig for om den skal videreføres eller ej.

Der er ikke tale om, som klagers advokat anfører, at Danica Pension ønsker at 'slippe af med' klager. Danica Pension har ingen grund til ikke at ønske, at bevare klager som kunde. Danica Pension har slet ikke inden udløbet af de tre mdr. set på hvad klager ville skulle afgive af helbredsoplys-

ninger, eller hvad en ordning ville koste. Danica Pension er jo ikke vidende om, at klager vil starte som selvstændig, og ikke finde et andet job som lønmodtager. Vurderingen af oplysningerne påbegyndes først efter, at klager ikke længere er forsikret, og anmoder om at blive tegnet ind igen. Der bliver klager behandlet som en hver anden kunde, der kommer 'udefra' som ønsker en dækningsordning som selvstændig erhvervsdrivende. Danica Pension har ikke handlet i strid med god skik. Klager har taget en risiko ved at lade sin dækning udløbe uden at have en ny ordning på plads.

At klager ikke vender tilbage rettidigt og træffer et valg om videreførelse, er klagers egen risiko.

Det er Danica Pensions opfattelse, at sagen nu må være klar til, at der kan træffes en afgørelse af Nævnet. I den forbindelse skal det oplyses, at de omtalte lydfiler, har klagers advokat fået en kopi af, og Danica Pension har ingen indvendinger mod, at disse udleveres til Nævnet. "

Heroverfor har klagerens advokat i brev af 15/10 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet anfører i indlægget, at det forhold, at min klient kontaktede selskabet første gang og spurgte ind til mulighederne for videreførelse, ikke skulle være udtryk for, at han har ønsket at videreføre sin dækning.

Dette bestrides og beror alene på selskabets fortolkning. Når selskabet i et brev skriver, at en kunde skal kontakte selskabet inden en bestemt dato, hvis ordningen ønskes videreført, så er det vanskeligt at følge selskabets argumentation om, at en sådan kontakt alligevel ikke skulle være et udtryk for et ønske om videreførelse.

Det er korrekt, at der blev drøftet forskellige muligheder for at betale for en videreførelse, men helt afgørende er det, at min klient ikke på nogen måde blev gjort opmærksom på, at han ville stå uden dækning og med væsentlig ringere muligheder for at tegne forsikring, hvis han ikke igen vendte tilbage inden en ny frist.

Selskabet anfører desuden, at man ikke forsøger at slippe for min klient. Det er meget muligt, at selskabet ikke forsøger at slippe for min klient som kunde, men der kan næppe være tvivl om, at selskabet med den anførte argumentation forsøger at slippe for den risiko, som man ser ved min klient, som følge af hans helbredsmæssige historik.

Dette sker i øvrig med henvisning til en af selskabet opsat tilfældig dato, og uden hensyn til dels, at han kontaktede selskabet inden for den først angivne frist, og dels at man som selskab havde viden om helbredsmæssige forhold, som klart gjorde det fordelagtigt for min klient at videreføre – uden at gøre opmærksom herpå.

Det følger af god skik-bekendtgørelsens § 8, stk. 2, at selskabet skal yde rådgivning af egen drift, hvor omstændighederne tilsiger, at der er behov herfor. Hvis første henvendelse til selskabet inden den første frist ikke var tilstrækkelig for at opnå mulighed for at videreføre uden afgivelse af nye helbredsoplysninger, så burde selskabet i medfør af bestemmelsen have rådgivet min klient om, at det ville være en fordel for ham at videreføre og gøre opmærksom på, hvilke negative konsekvenser det kunne have, hvis han ikke vendte tilbage inden den anden frist. Da selskabet ikke har gjort dette tilstrækkeligt, skal min klient stilles, som var den korrekte rådgivning givet. "

Selskabet har på anmodning fra nævnets sekretariat fremsendt lydfilerne den 17/12 2019, og klagerens advokat har den 21/1 2020 meddelt nævnet, at klageren ikke har yderligere bemærkninger til sagen. Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, og nævnets sekretariat har aflyttet lydfilerne af selskabets samtaler med klageren den 11/4 2018 og 15/6 2018.

"Vi har fået besked om, at du fratræder dit job den 28. februar 2018. Du skal derfor beslutte, hvad der skal ske med din pensionsordning og give os besked så hurtigt som muligt.

Du beholder dine forsikringsdækninger frem til den 1. juni 2018. Du betaler samme pris i denne periode, og vi trækker prisen fra din opsparing. Vil du ikke beholde dækningerne, så giv os besked på danicapension.dk/skriv - så stopper dækningerne den første i måneden efter.

Du kan også fortsætte med at spare op og beholde dine dækninger herefter til fordelagtige priser og vilkår. På danicapension.dk/jobstop kan du se, hvilke andre muligheder du har.

Bevar din økonomiske tryghed

Vi anbefaler, at du fortsætter din pensionsordning hos os, hvis du ikke bliver dækket lige så godt af en ordning via en ny arbejdsgiver. Det er især vigtigt, hvis du er syg og endnu ikke har anmeldt din sygdom.

Du kan dog ikke fortsætte din Danica Sundhedspakke.

Vigtigt - kontakt os hurtigt.

Hvis du vil fortsætte med at indbetale, skal du kontakte os, helst inden den 15. maj 2018, så vi kan rådgive dig om dine muligheder og få en ny aftale på plads, inden dækningerne falder væk. Hører vi ikke fra dig inden den 1. juni 2018, ændrer vi din pensionsordning til en ordning uden indbetaling pr. denne dato. Det betyder at:

- * Din sundhedssikring falder væk
- * Din dækning ved visse kritiske sygdomme falder væk
- * Din dækning ved tab af erhvervsevne falder væk
- * Din dækning ved dødsfald sættes ned
- * Du skal give os nye oplysninger om dit helbred, hvis du senere vil have dækningerne igen.

Har du spørgsmål, er du velkommen til at ringe til os på "

Nævnet udtaler:

Klageren fratrådte sin stilling pr. 28/2 2018, og han modtog et brev af 31/1 2018 fra selskabet om sine muligheder for at videreføre forsikringsdækningerne. Den 11/4 2018 havde han en samtale med selskabet herom. Den 15/6 2018 ringede han igen til selskabet, fordi han var blevet selvstændig og ville høre om sine muligheder for en pensionsordning, og fordi han havde

Ankenævnet for Forsikring

9.

93877

fået en mail fra selskabet om, at hans tidligere pensionsordning var ændret til en ordning uden indbetaling, og at hans forsikringsdækninger var ophørt. Han modtog herefter et tilbud fra selskabet på en pensionsordning som selvstændig. Ved brev af 2/11 2018 meddelte selskabet, at klageren ikke kunne indtegnes med baggrund i de afgivne helbredsoplysninger.

Klagerens krav er, at selskabet skal anerkende, at det ikke har været berettiget til at betinge videreførelsen af hans pensionsordning af, at han afgiver nye helbredsoplysninger.

Han har anført, at han kontaktede selskabet den 11/4 2018, fordi han gerne ville videreføre forsikringerne, og at han efter samtalen havde den opfattelse, at ordningen ville blive videreført, og at der alene var et udestående om betalingen, hvor der "i værste fald" ville blive trukket fra hans depot. Han har endvidere anført, at selskabet – der har kendt til hans sygdomshistorik via anmeldelser til sundhedssikringen – af egen drift, jf. god skik bekendtgørelsens § 8, stk. 2, burde have rådgivet ham om, hvilke negative konsekvenser det ville få for ham, hvis han ikke vendte tilbage inden den 15/5 2018. Han har også anført, at selskabet ved udarbejdelse af tilbuddet under telefonsamtalen den 15/6 2018 har frasagt sig afgivelse af nye helbredsoplysninger.

Selskabet har fastholdt, at det har været berettiget til at forlange nye helbredsoplysninger. Selskabet har anført, at der ikke er blevet indgået en aftale mellem klageren og selskabet om videreførelse af forsikringsordningen inden den 1/6 2018, og at det er klagerens egen risiko, at han ikke vendte tilbage rettidigt og traf et valg om videreførelse. Selskabet har endvidere anført, at klageren er blevet behandlet som enhver anden kunde, der er kommet "ude fra" og har ønsket en dækningsordning som selvstændig erhvervsdrivende.

Af selskabets brev af 31/1 2018 fremgår blandt andet, at klageren "skal beslutte, hvad der skal ske med din pensionsordning og give os besked, så hurtigt som muligt. Du beholder dine forsikringsdækninger frem til den 1. juni 2018. Du betaler samme pris i den periode, og vi trækker betalingen fra din opsparing. Vil du ikke beholde dækningerne, så giv os besked ... Du kan også

fortsætte med at spare op og beholde dine dækninger herefter til fordelagtige priser og vilkår. På danicapension.dk/jobstop kan du se, hvilke andre muligheder du har ... Vi anbefaler, at du fortsætter din pensionsordning hos os, hvis du ikke bliver dækket lige så godt af en ordning via en ny arbejdsgiver ... **Vigtigt – kontakt os hurtigt** Hvis du vil fortsætte med at indbetale, skal du kontakte os, helst inden den 15. maj 2018, så vi kan rådgive dig om dine muligheder og få en ny aftale på plads, inden dækningerne falder væk. Hører vi ikke fra dig inden den 1. juni 2018, ændrer vi din pensionsordning til en ordning uden indbetaling pr. denne dato. Det betyder, at • Din sundhedssikring falder væk • Din dækning ved visse kritiske sygdomme falder væk • Din dækning ved tab af erhvervsevne falder væk • Din dækning ved dødsfald sættes ned • Du skal give os nye oplysninger om dit helbred, hvis du vil have dækningerne tilbage".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet i brev af 31/1 2018, som klageren har modtaget, med tilstrækkelig tydelighed har informeret klageren om muligheden for at videreføre forsikringsordningerne ved jobophør, og at konsekvensen ved ikke at træffe et valg inden for tidsfristen var, at forsikringerne bortfaldt, og at det herefter krævede nye helbredsoplysninger for at tegne nye forsikringer.

Nævnet finder, at der ikke ved telefonsamtalen den 11/4 2018 er indgået en aftale mellem klageren og selskabet om videreførelse af forsikringsdækningerne, eller at selskabet har stillet klageren i udsigt, at betalingen til forsikringerne ville blive trukket af pensionsopsparingen efter den 1/6 2018, hvis klageren ikke vendte tilbage.

Nævnet finder, at selskabet ikke af egen drift den 11/4 2018 har haft anledning til at rådgive klageren om konsekvenserne ved ikke at træffe et valg rettidigt. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren under samtalen ikke har nævnt, at han påtænkte at blive selvstændig.

Nævnet finder endvidere, at selskabet ved telefonsamtalen den 15/6 2018 ikke har frasagt sig kravet om afgivelse af nye helbredsoplysninger. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren under denne telefonsamtale har fået at vide, at han ikke længere havde mulighed for at

Ankenævnet for Forsikring

11.

93877

videreføre forsikringsdækningerne fra sin tidligere arbejdsgiver, at han skulle afgive nye helbredsoplysninger i forbindelse med det nye forsikringstilbud, og at der var mulighed for, at han måske skulle aflevere nogle lidt strengere helbredsoplysninger, hvor man måske gik lidt længere tilbage.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har afvist at videreføre klagerens dækninger fra sin tidligere arbejdsgiver med henvisning til, at klageren ikke har truffet et valg inden den 1/6 2018, og at selskabet har krævet nye helbredsoplysninger i forbindelse med klagerens anmodning om en pensionsordning som selvstændig.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen

Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels