

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 8. september 2021 blev i sag nr. 95317:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har pensionsordning med forsikring ved tab af erhvervsevne. I klage vedlagt klageskema af 26/5 2020 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"1. Indledning

På vegne af min klient, [klageren], klager jeg hermed over Danica Pensions ('selskabets') afslag af 15. november 2019 på at udbetale dækning ved tab af erhvervsevne.

Danica Pension har i afslaget henvist til, at min klient har haft dækning i et andet selskab, hvilket ifølge selskabet skulle være til hinder for, at min klient blev indtegnet i selskabet.

2. Sagsfremstilling

Min klient har haft forsikringer hos Danica Pension i adskillige år. Omkring 2014 fik min klient efter en række møder med Danica Pensions assurandør (...) et samlet tilbud på porteføljeforsikringer, herunder en forsikring ved tab af erhvervsevne desuagtet han allerede havde en sådan hos [andet pensionselskab] løbende til 60. år.

Argumentet, som min klient blev mødt med fra selskabets assurandør, der fik fremlagt alle min klients forsikringer, var, at min klient ved at købe en tilsvarende forsikring hos Danica Pension ville få en dækning til det 67. år, altså 7 år mere end dækningen ved [andet pensionselskab] I tilbud på forsikring af 1. juni 2015 (**bilag 1**), var det blandt andet anført:

'Jeg oplyser, at dækningen ved tab af erhvervsevne og eventuelle lignende dækninger ikke udgør mere end i alt 80 procent af min personlige indkomst.'

I efteråret 2015 anmeldte min klient et tab af erhvervsevne til selskabet, som efter indhentelse af relevante akter i brev af 26. februar 2016 til min klients virksomhed oplyste, at han var berettiget til dækning ved tab af erhvervsevne, foreløbigt frem til 1. april 2016, jf. **bilag 2**.

Ankenævnet for Forsikring

2.

95317

Ved brev af samme dato – dvs. den 26. februar 2016 (**bilag 3**) – til min klient, gjorde selskabet gældende, at han ved indtegnning var overforsikret og at han derfor ikke skulle have krav på dækning. I brevet er det blandt andet anført:

'I erklæringen fra 11. juni 2014 skriver du under på følgende:

'Jeg oplyser, at den begærede dækning ved tab af erhvervsevne og eventuelt øvrige lignende dækninger (tab af erhvervsevnen, erhvervsudygtighedsforsikring, invaliderente, invalidepension, tjenestemandspension m.m., dog ikke offentlige pensioner) ikke sammenlagt udgør mere end 80% af min indtægt ved personligt arbejde.'

...

Du har på oprettelsestidspunktet i Danica være overforsikret, og har derfor ikke ret til tab af erhvervsevne dækningen hos os.

Din dækning ved tab af erhvervsevne i Danica Pension er derfor blevet slettet den 1. september 2015.

Jeg lovede dig at undersøge, om det var muligt, om du kunne beholde dækningen ved tab af erhvervsevne i Danica, da din dækning ved tab af erhvervsevne i [andet pensionselskab] ophører, når du bliver 60 år. Din sag har været forelagt vores juridiske afdeling, og det er desværre ikke muligt at beholde dækningen ved tab af erhvervsevne i Danica'

I brev af 11. maj 2016 (**bilag 4**) til min klient har selskabet blandt andet oplyst:

'Jeg er glad for at kunne fortælle dig, at vi har forlænget din udbetaling ved tab af erhvervsevne og din fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse) foreløbig frem til den 1. oktober 2016.

Vi har vurderet din erhvervsevne ud fra dit erhverv som Hvis du fortsætter med at være sygemeldt, vil vi på et tidspunkt vurdere din generelle erhvervsevne. Det vil sige, at vi vurderer din erhvervsevne i ethvert erhverv og ikke kun i forhold til dit erhverv som'

Den 3. oktober 2016 (**bilag 5**) skrev min klient følgende til Danica Pension:

'Jeg skal hermed oplyse at jeg nu er blevet raskmeldt, tak fro god assistance og forsikring under mit sygdomsforløb'

Den 21. november 2016 (**bilag 6**) skrev min klient følgende til selskabet:

'Jeg skal desværre oplyse at i fredags d 18 november [1]6 er blevet sygemeldt igen med samme diagnose som jeg for få måneder blev raskmeldt fra.

Jeg starter i morgen i [behandling] via min sundhedsforsikring hos jer sideløbende med at jeg stadig går til [behandler].

Skal venligst forespørge om jeg skal foretage mig videre i forbindelse med sygemelding igen hos jer og min forsikring.'

Ved brev af 5. december 2016 (**bilag 7**) skrev selskabet følgende til min klient:

'Da du er sygemeldt igen fra den 18. november 2016 har vi genoptaget fritagelsen for indbetaling og udbetalingen ved tab af erhvervsevne uden ny karenstperiode fra den 18. november 2016 og foreløbig til den 1. april 2017.'

I selskabets brev af 10. maj 2017 (**bilag 8**) til min klient fremgår det blandt andet:

'Tak for en behagelig samtale.

*Jeg har fået journaloplysningerne fra [sygehus].
Jeg er glad for at kunne fortælle dig, at vi har forlænget din udbetaling ved tab af erhvervsevne og din fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse).
Bevillingen fortsætter som udgangspunkt så længe du er sygemeldt og har ret til sygedagpenge.'*

I brev af 16. juli 2019 (**bilag 9**) skrev selskabet til min klient:

'Tak for din henvendelse vedrørende udløb af din dækning ved tab af erhvervsevne. Din dækning ved tab af erhvervsevne på forsikringsnummer ... 0841 er blevet slettet i 2016, på grund af overforsikring. Til din orientering sender jeg kopi af det brev vi sendte til dig den 26. februar 2016.'

Min klient klagede herefter over afslaget, som blev fastholdt ved brev af 15. november 2019, jf. **bilag 10**.

Senest har undertegnede klaget den 23. april 2020, som der er ikke er modtaget svar på, hvorfor nærværende ankenævnsklage har været nødvendig. Klagen fremlægges for god ordens skyld som **bilag 11**.

3. Anbringender

Det gøres gældende, at selskabet er forpligtet til at yde dækning ved tab af erhvervsevne, idet selskabet har tilbudt en dækning, som min klient har accepteret og betalt præmie for. Dette følger af almindelige aftaleretlige regler og principper.

Videre gøres det gældende, at selskabet senest ved dækningstilsagn af 10. maj 2017 har givet min klient et klart og uforbeholdent dækningstilsagn, som alene er betinget af min klients ret til sygedagpenge. Selskabet er bundet heraf, og da min klient fortsat modtager sygedagpenge samtidig forpligtet til at yde dækning.

Selskabet kan ikke afvise dækning med henvisning til, at han havde en eksisterende forsikring ved tab af erhvervsevne i [andet pensionsselskab] ved underskrift af nye dækninger ved Danica Pension.

For det første har selskabet ikke henvist til hvilket juridisk grundlag eller hjemmel der anvendes for afslaget på at udbetale dækning og ophæve denne med tilbagevirkende kraft.

Til støtte herfor henvises til, at selskabet via assurandøren var bekendt med dækningen i [andet pensionsselskab], og at det uanset hvad ikke er relevant, efter min klients dækning i [andet pensionsselskab] er ophørt efter han fyldte 60 år.

For det andet har selskabet i betingelserne anført, at der er tale om en skadeforsikring. Det følger af forsikringsaftalelovens regler om dobbeltforsikring, §§ 41-43, at selskaberne hæfter solidarisk, og at der ikke kan gøres et forbehold for at dette ikke skulle være tilfældet gældende.

Dette er uddybet i Karnov-noterne til bestemmelserne (143) hvoraf det fremgår, at selv om selskaberne har taget et sådan forbehold – således at de kun vil dække, hvis der ikke er tegnet anden forsikring – kan forbeholdet hverken gøres gældende overfor den sikrede eller det andet selskab.

Forbeholdet – hvis det overhoved kan betragtes som et forbehold – er dermed ikke lovligt.

Endelig gøres det gældende, at selskabet ikke har godtgjort, at det med viden om dækningen i [andet pensionsselskab] ikke ville have overtaget forsikringen eventuelt blot med forbehold for dækning frem til det 60. fyldte år, hvor dækningen ville ophøre. Dette var netop, hvad assurandøren solgte forsikringen på.

Det bemærkes, at problemstillingen med flere dækninger er ganske almindelig og typisk håndteres ved, at lade sådanne ydelser indgå i det indtægtsgrundlag der anvendes ved vurderingen af indtægtsnedgangen. At lader andre dækninger være en hindring for indtegning er både usædvanligt, uden nærmere begrundelse/hjemmel og helt i strid med den rådgivning selskabet gav i sin tid.

Selv hvis nævnet måtte komme frem til, at selskabet har været berettiget til at ophæve forsikringen med tilbagevirkende kraft på et aftaleretligt grundlag, så gøres det gældende, at selskabet har pådraget sig et rådgiveransvar på erstatningsretligt grundlag og skal dække min klients tab.

Hvis min klient var oplyst om, at den forsikring han købte ikke ville dække ham efter det 60. fyldte år, så havde han naturligvis søgt dækning andet steds og i dag haft dækning indtil sit 67. år. Det tab, som min klient herved lider er selskabet forpligtet til at dække.

Endelig gøres det gældende, at min klient i alle tilfælde vil være berettiget til den dækning ved tab af erhvervsevne, som han havde før ændringen med det omtalte forbehold.

Der tages forbehold for renter efter forsikringsaftalelovens 24 § og advokatomkostninger efter forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3."

Selskabet har i brev af 10/7 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagsforløb:

Klager har en forsikring i Danica Pension oprettet i 1987 med forsikringsnummer ... 8780, hvor han frem til 60 år er dækket i tilfælde af tab af erhvervsevne. Denne forsikring har han fået udbetaling fra i forbindelse med sin første sygdomsmeddelelse i 2015, og frem til den udløb ved 60 år i 2019.

Den 11/6 2014 oprettede klager en ny forsikring i Danica Pension under forsikringsnummer ... 0841. Dette gjorde han i forbindelse med, at han ville opsige sin ordning hos [andet pensionsselskab] som han havde haft siden december 1994. I forsikringsbegæring oplyste klager, at han havde en indtægt på 200.000 kr., og fik oprettet en dækning på 160.000 kr. frem til 65 år. (Bilag A) Efterfølgende fortrød klager, og ville alligevel ikke opsige sin ordning i [andet pensionsselskab], da det ville medføre et tab på hans rentegaranti. Danica Pension var ikke bekendt med, de nærmere forhold som klager havde hos [andet pensionsselskab].

I forbindelse med at klager blev syg i 2015, har Danica Pension efterfølgende modtaget lønsedler fra 2014, hvoraf det fremgik at klager tjente 360.000 kr. og ikke som oplyst 200.000 kr. Da der er en 80% maksdækning skal der beregnes 80% af 360.000, hvilket giver 288.000 kr. Danica Pension

blev i den forbindelse opmærksom på, at klager allerede havde en dækning ved [andet pensions-selskab], og indhentede den 16/11 2015 oplysninger derfra (bilag B)

Ved indtegningen havde klager en ophørende invaliderente – udbetaling af hel ydelse ved tab af mindst 2/3 dele af erhvervsevnen i Danica på kr. 47.911 og en dækning i [andet pensions-selskab] på kr. 371.507,95, hvilket giver en samlet dækning på 419.418,95 kr. Klager tjente fortsat 360.000 kr. om året. Klager var derfor overforsikret allerede fra tegningstidspunktet, og derfor ikke berettiget til en yderligere dækning hos Danica Pension.

Danica Pension gav på den baggrund klager besked om i februar 2016, at den seneste indtegnings med forsikringsnummer ... 0841 hos Danica i 2014 måtte slettes. Den præmie, der blev anvendt til at betale for den tab af erhvervsdækning oprettet i 2014, der blev slettet i 2016, blev refunderet klager og indsat på hans alderspensionsopsparing i stedet.

Anbringender:

Det afgørende er at forsikrede i begæring har skrevet under på, at hans samlede tab af erhvervsdækninger ikke udgjorde mere end 80 % af hans løn, hvilket ikke var korrekt. Det er klagers forpligtelse at svare korrekt, og ansvaret derfor kan ikke væltes over på Danica Pension. På baggrund af denne urigtige oplysning, var Danica Pension nødsaget til at slette dækningen oprettet i 2014. Forløbet klager hævder, der har været op til aftalen om tegningen, bestrides. Det der fremgår af sagen, er at klager henvender sig, fordi han vil opsige sin dækning i [andet pensions-selskab], Danica Pension har ingen nærmere detaljer om dækningen i [andet pensions-selskab]. Det er heller ikke unormalt at have dækninger i flere selskaber. Det afgørende er, at klager ikke kommer over en 80 %- dækning, hvilket han er oplyst om, og skriver under på. I 2014 ville klager kunne have fået en dækning til 65 år hos Danica Pension, hvis han havde opsagt sin dækning i [andet pensions-selskab], men det vælger klager ikke at gøre alligevel, da han så ville miste penge på sin rentegaranti i [andet pensions-selskab]. Hvad klager vælger at gøre hos [andet pensions-selskab], eller hos andre selskaber hvor han evt. har dækninger, nedsætte sin dækning eller ophæve den osv. er op til klager selv, Danica Pension forlanger blot, at klager bekræfter på skrift, at han ikke er dækket for mere end de 80 %.

80%-reglen er en almen kendt og anvendt branchekutyme, altså at man ikke må være dækket ved tab af erhvervsevne for mere end 80 % af sin indkomst. Dette ud fra etiske betragtninger om, at man ikke må tjene på at være syg/at det ikke skal kunne betale sig at være syg. Af den grund kan der ikke dispenseres. Ud fra princippet om sidst ind først ud, måtte den nyeste dækning fra 2014 slettes.

Klager har forholdt sig passivt, og har derved fortabt sin ret. Klager vidste i februar 2016, da han fik tydelig besked om, at hans nyeste dækning fra 2014 blev slettet, at hans dækning på den eksisterende ordning ville udløbe, når han fyldte 60 år i 2019. Klager burde derfor på det tidspunkt have foretaget sig noget, og ikke vente mere end tre år med at indbringe sagen for Ankenævnet. Klager har derfor i flere år ikke haft en berettiget forventning om, at han kunne være dækket frem til 65 år.

Konklusion: Klager har ikke krav på dækning frem til han fylder 65 år. Da han siden 2016 har været vidende om, at den dækning blev slettet pga. han ikke havde været berettiget til at oprette den, da det ville medføre en overdækning. Klager har ikke lidt noget tab, da de beløb han havde nået at indbetale til dækningen oprettet i 2014 er blevet sat ind på hans alderspensionsopsparing. Ligele-

des har han ikke lidt noget tab ved den manglende dækning fra 60 år til 65 år, da dækningen aldrig kunne have været oprettet pga. den store dækning han havde i [andet pensionsselskab], som til en hver tid ville betyde at 80 % dækningen ville være overskredet. Klager har forsøgt at opnå både en høj dækning i [andet pensionsselskab], forsøgt at bevare sin rentegaranti, og forsøgt få en tab af erhvervsevnedækning til 65 år i Danica Pension. Hvilket ikke er foreneligt."

Klagerens advokat har i brev af 18/9 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Det er fortsat uklart hvilken hjemmel selskabet støtter sin påstand om, at forsikringen kan ophæves med tilbagevirkende kraft på. Selskabet henviser til et 'sidst ind først ud'-princip, som i det hele savner juridisk begrundelse og hjemmel. Der ses således hverken henvist til regler, praksis eller litteratur.

Hvis hjemlen søges i forsikringsaftalelovens regler om urigtige oplysninger, så bestrides det, at min klient har afgivet urigtige oplysninger. Hvis der er tale om urigtige oplysninger, så har min klient været i god tro, da hele mødet med assurandøren gik på at forbedre hans dækning. Endelig har selskabet ikke løftet bevisbyrden for, at de ikke ville have indtegnet ham med viden om en anden forsikring. Selskabet har åbenbart haft oplysninger om dækningen i [andet pensionsselskab], og havde det været en forudsætning for indtegnning at denne blev opsagt, så kunne selskabet let have anført dette.

Hele forudsætningen for at tegne forsikringen -0841 var, at den ville yde dækning for en længere periode, dvs. til det 65. år, modsat den eksisterende dækning, der alene løb til det 60. år.

Det er korrekt, at min klient havde en forsikring i [andet pensionsselskab], netop med dækning indtil det 60. år, men det bestrides, at selskabet ikke skulle kende til de nærmere forhold, som min klient havde hos [andet pensionsselskab]. Selskabet har selv i møderapporten, fremlagt som bilag A, anført en række oplysninger om min klients forhold i [andet pensionsselskab], ligesom selskabet ser sig i stand til at oplyse om min klients fordele og renteprodukter i [andet pensionsselskab], hvilket passer dårligt med, at det samtidig påstås, at man ikke kendte til disse forhold.

Min klient har ikke haft forventning om, at han skulle overkompenseres, som selskabet forsøger at fremstille det – hvilket han heller ikke blevet.

Min klient oplyser, at han ikke har modtaget brevet fra februar 2016, før han modtog kopi heraf ved selskabets genfremsendelse ved afslag af 16. juli 2019. Min klient har heller ikke haft anledning til at tro, at hans ordning -0841 skulle være opsagt. Selskabet har således ved brev af 5. december 2016 med angivelse af -0841 i brevhovedet oplyst, at min klient på ny var berettiget til dækning fra 18. november 2016 og foreløbigt til 1. april 2017 (bilag 7).

Sammenfattende fastholdes det, at min klient er berettiget til dækning. Selskabet har ikke været berettiget til at afvise dækning."

Selskabet har i brev af 5/10 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers seneste indlæg giver anledning til at præcisere, at klager selv har skrevet under på, at dækningen ikke udgjorde mere end 80 % af hans løn jf. bilag C side 4 af 5. Dette er en urigtig op-

lysning, der bevirker at ordningen ikke kunne opretholdes. Klager var informeret om, at hvis ordningen skulle kunne oprettes måtte han holde sig på en dækning på de 80 %, og det regnede Danica Pension derfor med, at han havde fået på plads, siden han skrev under på erklæringen i bilag C.

Klager bærer selv risikoen for at afgive rigtige oplysninger, og kan ikke her så mange år efter hævde, at den løsning der blev fundet i starten af 2016 på overdækningen, nu ikke er tilfredsstillende, og skal medføre at han er dækket frem til 65 år."

Til dette har klagerens advokat fremsendt brev af 27/10 2020, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg har modtaget selskabets indlæg af 5. oktober 2020 og fremkommer i det følgende med mine bemærkninger hertil, idet min klient indledningsvist har bedt mig oplyse, at han er raskmeldt.

Selskabet angiver fortsat ikke en hjemmel til afgørelsen, udover at der skulle være afgivet urigtige oplysninger, hvilket fortsat bestrides.

Hvis selskabet mener, at der er tale om urigtige oplysninger, skal forholdet imidlertid bedømmes efter forsikringsaftalelovens §§ 4-10.

Heraf fremgår det blandt andet, at der ikke kan lægges vægt på urigtige oplysninger, såfremt forsikringstageren var i god tro, jf. § 5. Min klient havde forstået rådgivningen fra assurandøren således, at han ville være dækket af ordningen *fra* hans 60. år, hvor den anden forsikring ophørte. Min klient var som tidligere nævnt og selskabet bekendt dækket hos [andet pensionsselskab] indtil han fyldte 60 år.

Bestemmelsen har sammenhæng med lovens § [9], hvorefter selskabet ikke kan gøre gældende, at urigtig oplysning er givet, såfremt det ved forsikringens tegning var eller burde være vidende om det rette forhold.

Derudover er der efter loven krav om, at selskabet dokumenterer, at min klient ikke ville være indtegnet, såfremt selskabet var bekendt med de rette forhold, jf. § 6. Udover at selskabet *var* bekendt med andre dækninger, så har selskabet ikke godtgjort, at min klient ville være afvist fra indtegningsregler. Dette forudsætter almindeligvis indtegningsregler fremlagt.

Selv hvis selskabet måtte stå fast på denne konklusion, så er det mest nærliggende, at man blot havde tilføjet en udskudt forsikringstid for så vidt angår tab af erhvervsevnedækningen – helt i overensstemmelse med parternes aftale og forudsætninger for at tegne dækningen.

Desuden gøres det gældende, at forholdet – hvis der vurderes at være tale om urigtige oplysninger – skal vurderes efter den særlige lempelsesregel i § 6, stk. 3, hvorefter der kan ses bort fra urigtige oplysninger, såfremt de urigtige oplysninger ikke har haft indflydelse på forsikringsbegivenheden og den udviste uagtsomhed er af en mindre karakter, og hvis der er gået flere år mellem afgivelse af oplysninger og skadens indtræden.

Endvidere gøres det gældende, at forholdet også efter lovens § 9, sidste led, fører til, at min klient har krav på dækning. Efter bestemmelsens sidste led, kan selskabet ikke lægge vægt på en urigtig oplysning, hvis den har ophørt med at have betydning. I nærværende sag har oplysningen netop ophørt med at have betydning, da dækningen på [andet pensionsselskab]-ordningen standsede

ved det 60. år, og der derved ikke var tale om dobbeltforsikring, hvorfor min klient også af den grund har krav på dækning.

Endelig bemærkes, at selskabets såkaldte forbehold i forbindelse med indtegnning må anses for usædvanligt og ikke kan fortolkes på den måde, selskabet gør gældende. Min klients indtægter og dækninger kan løbende ændre sig, og det giver derfor ikke mening, at lade en klausul vedrørende 80 % løndækning være afgørende for hele forsikringens tegning. Forbeholdet kunne eventuelt anvendes som hjemmel til, at min klient ikke under en dækning modtog mere end 80 % af sin løn, hvilket er det almindelige at have bestemmelser om i forsikringsbetingelser, herunder hvilke ydelser der medregnes/modregnes.

Det er selskabet, der som den professionelle part og koncipist må bære risikoen for den uklarhed og tvist, der er opstået, ligesom almindelige fortolkningsregler fører til, at forbeholdet/undtagelsen skal fortolkes indskrænkende og til fordel for min klient."

Hertil har selskabet i brev af 20/11 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers seneste indlæg giver anledning til at understrege, at klager har været vidende om, at han afgav urigtige oplysninger. Forsikringsaftalelovens § 9 hjælper heller ikke klager her, da der ikke er tale om at det *'senere har ophørt at have sådan betydning'*. Klager har allerede i starten af 2016 fået ændret sin dækning, og derved er den sag reelt afsluttet, så klager kan ikke anføre nu, at det ikke længere har betydning, blot fordi han er fyldt 60 år. 'Den ophørte betydning' kan kun løbe frem til ophævelsen af dækningen i 2016. Klager bliver ramt af passivitet, og kan ikke komme her mere end tre år efter, og anføre at hans dækning skal fortsætte, når han i 2016 har accepteret dens ophør med afregning af overdækningen osv. Indklagede skal derfor frifindes."

Heroverfor har klagerens advokat i brev af 12/2 2021 til nævnet bl.a. anført:

"I forhold til selskabets bemærkning omkring passivitet, skal det bemærkes, at min klient som tidligere nævnt ikke har modtaget brevet fra februar 2016 (bilag 3) og allerede af den grund ikke har haft anledning til at reagere. Forsendelsesrisikoen ligger hos selskabet, jf. FAL § 33 og U.2015.770 Ø, og ophævelsen har således ikke haft retsvirkning, når den ikke er modtaget.

Min klient, der derudover var syg på daværende tidspunkt, modtog efterfølgende breve henholdsvis den 11. maj 2016 (bilag 4) og den 5. december 2016 (bilag 7), begge med forsikringsnr. ... 0841 anført, hvorved der blev meddelt dækningstilsagn. Når min klient modtager disse breve, havde han ikke grund til at tro, at selvsamme forsikring var ophævet i februar 2016 ved et brev han ikke modtog.

Da min klient bliver 60 år i 2019 og der er udløb på de tidligere forsikringer, retter han henvendelse til selskabet, hvilket blot understreger, at han ikke har haft en forventning om en dobbeltdækning.

Der er ikke anført nogle argumenter for, hvorfor selskabet ikke blot yder dækning fra det tidspunkt, hvor min klients oprindelige dækning ophører ved 60. år, og der utvivlsomt ikke er tale om dobbeltdækning. Selskabet har heller ikke vedrørende oplysningen på indtegningsbilaget formuleret det som et tydeligt forbehold for selve indtegningen, eller hvilke konsekvenser der ved det

konkrete forhold ville gælde. Endelig har selskabet ikke godtgjort, at de ikke har mulighed for at tegne forsikring alligevel, når det reelle i sagen var, at den først skulle dække, når den anden forsikring ophørte ved de 60. år."

Selskabet har herefter i brev af 2/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers seneste indlæg giver anledning til at understrege, at klager har været vidende om, at en dækning som han ønskede, ikke kunne opretholdes, medmindre klager fik ændret sin samlede 80%-dækning, hvilket han valgte ikke at gøre. Dette er sagens kerne.

Forsikringsaftalelovens § 33 kan ikke påberåbes, da klager har modtaget to breve den 26/2 2016 (sagens bilag 2 og 3) begge breve er sendt til den samme adresse, og klager hævder nu at kun bilag 2, men ikke bilag 3 er kommet frem. Dette har formodningen mod sig. Alle andre breve klager modtager fra indklagede både før og efter 26/2 2016 har klager modtaget. Forsikringsaftalelovens § 33 er dog ikke den relevante bestemmelse i nærværende sag, da klager både inden og efter fremsendelse af bilag 3 vidste at indklagede ikke kunne godtage en dækning på over 80 %.

Klager har siden 2016 i sin Netpension kunne se den ændring, som blev foretaget i februar 2016. Det virker usandsynligt, at klager ikke i 2016 eller i årene efter, ikke skulle være blevet bekendt med hvilke dækninger han havde. Den præmie, der blev anvendt til at betale for den tab af erhvervsdækning der blev oprettet i 2014, som blev slettet i 2016, blev refunderet klager og indsat på hans alderspensionsopsparing i stedet. Dette er altså allerede kommet klager til kundskab i 2016, og på det tidspunkt givet ham mulighed for at anfægte ændringen.

Klage anfører i sin klage, at han regnede med at selskaberne indbyrdes ville finde frem til en god løsning. Når klager hævder, at han ikke modtog bilag 3, har han så blot sat sin lid til, at noget så væsentligt som hans fremtidige forsikringsdækning ville 'ordne sig' uden selv at følge op derpå, nu hvor han vidste, at der var en splid derom? Klager er også orienteret om overforsikringen ved brev af 14. december 2015. Forsikrede er desuden telefonisk orienteret om overforsikring, hvilket han også bekræfter i sin klage af 22. oktober 2019. Klager har selv et ansvar taget i betragtning af, at han har været oplyst om problematikken vedr. sin overdækning.

Klager har gennem hele forløbet vidst, og skrevet under på at hans dækning ikke måtte være mere end samlet 80 %, derfor kan klager ikke komme og gøre sit krav gældende mere end tre år efter, og derfor skal indklagede frifindes."

Klagerens advokat har i brev af 31/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Det skal understreges at selskabet har sendt min klient brevet med det forsikringsnummer, som påstås at være ophørt, efter det det påståede ophørstidspunkt og at han desuden var syg, hvorfor selskabets passivitetssynspunkter ikke kan følges og i det hele forekommer på kant med reglerne om god skik.

I mail af 29. december 2016 – dvs. efter brevet fra selskabet med opsigelse – skriver selskabets medarbejder til min klient vedrørende netop den nye ordning:

'Du vil gerne ændre din pensionsordning ... 0841 fra arbejdsgiver betalt til at du fremover vil indbetale privat. Du har fået bevilget fri for indbetaling på din pensionsordning, Vi indbetaler

den månedlige indbetaling for dig. Du er fuldt dækket af dine forsikringsdækninger og det er vigtigt at du ikke ændre på din pensionsordning.'

Derudover har min klient for så vidt ikke ønsket 'overdækning', men hele formålet med den nye forsikring var, at den skulle sikre ham længere end den tidligere ordning løb.

Hvis det var en betingelse for selskabet, så skulle dette være oplyst, herunder hvad konsekvenserne ville være på en tydelige måde, hvilket ikke er sket. Selskabet har anført, at det er almindeligt at man ikke kan forsikre sig mere end 80 %. Dette bestrides som udokumenteret. Men det er korrekt, at der i en række forsikringsbetingelser er bestemmelser om, at der ved udbetalingen tages højde for andre indtægter, dog uden at det medfører at der ikke kan indtegnes.

At det derimod skulle være årsag til at forsikringen som sådan skal bortfalde, som påstået af selskabet, ses der ganske enkelt ikke hjemmel til. Det bemærkes, at selskabet fortsat ikke ses at have redegjort for, hvilke regler afgørelsen støttes på. Herunder, at der forsikringsretlige skulle gælde et 'sidst ind først ud' princip, jf. selskabets indlæg af 20. juli 2020."

Selskabet har i brev af 29/4 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers seneste indlæg giver anledning til at understrege hvilke to punkter der er sagens kerne.

- 1) Klager har afgivet urigtige oplysninger. Klager har været vidende om, at en dækning som han ønskede, ikke kunne opretholdes, medmindre klagers samlede dækning ikke oversteg 80 %.
- 2) Der er intet dokumentation for at Danica var bekendt med klages TAE- dækning i [andet pensionsselskab] ved oprettelsen i 2014. Dette fremgår også af bilag A. Danica var alene vidende om at klager ønskede sine opsparingsdækninger overflyttet til Danica. Disse dækninger ville ophøre ved overførelsen til Danica, og derfor havde Danica ikke nogen grund til at undersøge forholdene vedr. klagers TAE-dækning i [andet pensionsselskab]. Det var først efter at klager blev syg, at Danica retter henvendelse til [andet pensionsselskab] for at høre om TAE- dækningen, hvilket fremgår af bilag B. Først der blev Danica bekendt med forholdene. Klager har ved oprettelsen skrevet under på, at klager ikke havde en TAE-dækning på mere end i alt 80 %. At klager senere fortryder at ophæve sin dækning i [andet pensionsselskab], givetvis for ikke at miste sin rentegaranti, kan ikke efterfølgende komme Danica til skade, da det er forholdene på oprettelsestidspunktet der er afgørende."

Klagerens advokat har i besked af 19/5 2021 til nævnet oplyst, at klageren ikke har yderligere bemærkninger.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Af møderapport af 11/6 2014 i forbindelse med tegning af pensionsordningen fremgår det bl.a.:

"Vi har i dag aftalt følgende:

Dækning

Ankenævnet for Forsikring

11.

95317

Hvis du mister din erhvervsevne:

Årlig udbetaling (efter 3 mdr.) til 65 år:	160.000 kr.
Engangsudbetaling inden alder 65 (gruppelivsforsikring)	...
Engangsudbetaling ved visse kritiske sygdomme	...

Ved dødsfald:

Engangsudbetaling inden alder 65 (gruppelivsforsikring)	...
---	-----

Når du får din pension udbetalt:

Årlig udbetaling i 10 år fra 65 år (garanteret)	*
---	---

* Pensionsdækningerne er placeret i Danica Balance.

Indbetaling

Samlet månedlig indbetaling	...
...	...
Pensionsopsparing overføres fra [andet pensionselskab]	...
...	...

Behovsanalyse

På de følgende sider kan du se en mere detaljeret beskrivelse af de behov for dækninger, som du har beskrevet, og som pensionsløsningen er baseret på.

...

Hvis du mister din erhvervsevne

Grafen viser dit behov i forhold til eksisterende dækninger, offentlige ydelser og forslåede dækninger.

...

Behov

Du har fravalgt en gennemgang af dit behov

Eksisterende dækninger

Der er ikke medregnet eksisterende dækninger

Offentlige ydelser

Der er ikke medregnet nogen offentlige ydelser.

...

Forudsætninger for forslaget

Forudsætninger:

Ordningen skal træde i kraft: 1. august 2014

...

Nuværende løn: 200.000 kroner før arbejdsmarkedsbidrag."

Af begæring underskrevet af klageren den 11/6 2014 fremgår bl.a.:

"Erklæring – Danica Balance, Privat og Pseudo

Tab af erhvervsevne

Jeg oplyser, at den begærede dækning ved tab af erhvervsevne og eventuelt øvrige lignende dækninger (tab af erhvervsevnen, erhvervsudygtighedsforsikring, invaliderente, invalidepension,

Ankenævnet for Forsikring

12.

95317

tjenestemandspension m.m., dog ikke offentlige pensioner) ikke sammenlagt udgør mere end 80 % af min indtægt ved personligt arbejde."

Af selskabets brev af 26/2 2016 til klageren fremgår det bl.a.:

"Som vi har talt om i telefonen, har du ved oprettelse af forsikringen her i Danica været overforsikret.

I erklæringen fra 11. juni 2014 skriver du under på følgende:

'Jeg oplyser, at den begærede dækning ved tab af erhvervsevne og eventuelt øvrige lignende dækninger (tab af erhvervsevnen, erhvervsudygtighedsforsikring, invaliderente, invalidepension, tjenestemandspension m.m., dog **ikke** offentlige pensioner) **ikke** sammenlagt udgør mere end 80% af min indtægt ved personligt arbejde'.

Vi har fået oplyst, at du i 2014 havde en indtægt på 360.000 kroner, 80% af 360.000 kroner= 288.000 kroner. Du må samlet have en dækning ved tab af erhvervsevne på 288.000 kroner.

På oprettelsestidspunktet i 2014 har du en dækning ved tab af erhvervsevne i [andet pensionselskab] på ca. 370.000 kroner og en dækning ved tab af erhvervsevne i Danica på 47.911 kroner.

Du har på oprettelsestidspunktet i Danica være overforsikret, og har derfor ikke ret til tab af erhvervsevne dækningen hos os.

Din dækning ved tab af erhvervsevne i Danica Pension er derfor blevet slettet den 1. september 2015.

Jeg lovede dig at undersøge, om det var muligt, om du kunne beholde dækningen ved tab af erhvervsevne i Danica, da din dækning ved tab af erhvervsevne i [andet pensionselskab] ophører, når du bliver 60 år. Din sag har været forelagt vores juridiske afdeling, og det er desværre ikke muligt at beholde dækningen ved tab af erhvervsevne i Danica."

Nævnet udtaler:

Klageren har fået udbetalt helbredsbetingede ydelser som følge af erhvervsevnetab i perioden 2015-2019. Erhvervsevnetabsforsikringen og ydelserne stoppede, da klageren fyldte 60 år. Klageren ønsker fortsat udbetaling med henvisning til, at han i 2014 tegnede en erhvervsevnetabsforsikring, der dækkede frem til han fylder 65.

Selskabet har afvist kravet. Selskabet har anført, at klageren havde to forsikringer ved tab af erhvervsevne. En forsikring tegnet i 1987, som udbetalingerne er sket fra, og forsikringen tegnet i 2014, som blev annulleret på grund af urigtige oplysninger.

Ankenævnet for Forsikring

13.

95317

Det fremgår af sagen, at klageren den 11/6 2014 begærede en dækning for tab af erhvervsevne på 160.000 kr. og overførsel af sin pensionsopsparing i et andet pensionsselskab. Han oplyste, at hans indtægt var 200.000 kr., og han skrev under på, at "Jeg oplyser, at den begærede dækning ved tab af erhvervsevne og eventuelt øvrige lignende dækninger (tab af erhvervsevnen, erhvervsudygtighedsforsikring, invaliderente, invalidepension, tjenestemandspension m.m., dog ikke offentlige pensioner) ikke sammenlagt udgør mere end 80 % af min indtægt ved personligt arbejde".

Klageren valgte ikke at overføre sin pensionsopsparing fra det andet pensionsselskab.

Han blev sygemeldt i 2015 og foretog anmeldelse af erhvervsevnetab til forsikringen, og selskabet konstaterede på det tidspunkt, at klageren på tegningstidspunktet i 2014 havde været overforsikret. Selskabet har anført, at klageren i 2014 tjente 360.000 kr., hvilket gav en maksimal forsikringsdækning på 288.000 kr., og at han havde en forsikringsdækning hos selskabet på 47.911 kr. og hos det andet pensionsselskab på kr. 371.507,90. Selskabet har videre anført, at det på tegningstidspunktet ikke havde viden om klagerens erhvervsevnetabsforsikring hos det andet pensionsselskab.

Selskabet annullerede den sidst tegnede forsikring, hvilket blev meddelt klageren ved brev af 26/2 2016. De indbetalte præmier blev overført til klagerens aldersopsparing.

Klageren har anført, at selskabets assurandør fik fremlagt alle hans forsikringer, og at han blev rådgivet til at købe forsikringen, der ville dække, fra han fyldte 60 år og frem til 65 år. Klageren har bestridt at have givet urigtige oplysninger, og at han har modtaget selskabets brev af 26/2 2016.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren objektivt set har afgivet urigtige oplysninger om sine erhvervsevnetabsdækninger på tegningstidspunktet, og at dette må tilregnes

ham som uagtsomt. At klageren havde intention om at overføre sin pensionsordning i det andet pensionsselskab til selskabet, kan ikke føre til andet resultat.

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at selskabet på tegningstidspunktet vidste eller burde vide, at han havde erhvervsevnetabsdækning i det andet pensionsselskab. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af møderapporten af 11/6 2014, at klageren havde fravalgt en gennemgang af sit behov for erhvervsevnetabsdækning i forhold til eksisterende dækninger, og at der ikke var medregnet eksisterende dækninger i grafen i rapporten.

Selskabet blev i forbindelse med klagerens sygemelding og anmeldelse til forsikringen i september 2015 opmærksom på klagerens erhvervsevnetabsforsikring i andet pensionsselskab og modtog oplysning om dækningssummen den 19/11 2015. Selskabet meddelte klageren skriftligt den 26/2 2016, at forsikringen tegnet den 11/6 2014 ville blive slettet.

Nævnet finder, at selskabet har været berettiget til at annullere forsikringen, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, og at selskabet ved at meddele klageren dette inden for ca. 3 måneder har gjort det uden unødigt ophold, jf. forsikringsaftalelovens § 8.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at formålet med dækningsbegrænsningen navnlig må antages at være at undgå overkompensation, og at klagerens urigtige oplysning ikke var ophørt med at have betydning, jf. forsikringsaftalelovens § 9, idet klageren kunne modtage udbetaling fra begge selskaber og ville modtage mere end 80 % af sin indtægt. Nævnet har videre lagt vægt på, at klageren hos det andet pensionsselskab var forsikret for mere end 80 % af sin indtægt, og at det ville stride mod god skik, hvis selskabet opretholdt og krævede præmie for en forsikring, der ikke ville komme til udbetaling. Nævnet bemærker, at selskabet har overført de indbetalte præmier til klagerens alderspensionsopsparing. Nævnet henviser endvidere til afgørelsen i sag 85632.

Ankenævnet for Forsikring

15.

95317

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at der ved tegningen blev indgået en aftale om at udskyde forsikringstiden, til han fyldte 60 år, hvor de andre erhvervsevnetabsforsikringer ophørte. Selskabet har i brevet af 26/2 2016 afvist at udskyde forsikringen, og nævnet har ikke grundlag for at pålægge selskabet at omgøre sin afgørelse.

Klageren har oplyst, at han først har modtaget selskabets brev af 26/2 2016 om ophør af forsikringen sammen med selskabets svar af 16/7 2019 på hans henvendelse om udløb af dækningen ved tab af erhvervsevne. Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet det tilstrækkelig sandsynliggjort, at brevet er kommet frem til klageren i februar 2016.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren har fremlagt flere breve fra selskabet, som han har modtaget i 2016, herunder et andet brev dateret 26/2 2016 stilet til hans firma på samme adresse med oplysning om bevilliget præmiefritagelse. Nævnet finder herefter, at det har formodningen imod sig, at klageren ikke skulle have modtaget alle breve sendt fra selskabet.

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist fejlrådgivning ved forsikringens tegning.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen
formand