

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 2. december 2020 blev i sag nr. 95514:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sygeforsikring. I klageskema af 5/7 2020 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Via min overenskomst i [...], har vi en sundhedssikring i forbindelse med ansættelse. Jeg er pt ansat hos [...], og da jeg blev ansat 01/08-2016 var sundhedsforsikringen hos Danica. Denne forsikringen blev tegnet, så den også dækkede skader opstået før tegningsdato, som det fremgår af betingelserne (Bilag 1) [arbejdsgiver] vælger pr 01/02-2020 at skifte selskab til [selskab 2], som ikke vil dække skader opstået før tegningsdato, ej heller skade af kronisk karakter. Jeg går derfor i dialog med Danica, som efter mange forhandlinger og samtaler både med [selskab 2] og mig, tilbyder mig at videreføre eksisterende ordning, blot som privat, med lovning om at den videreføres således at der er tale om samme vilkår, som da forsikringen var tegnet af arbejdsgiver. (Mail 21/4-2020 - Bilag 2+3). Efterfølgende viser det sig, via telefonsamtale i maj, at der ikke er tale om enslydende vilkår, men der er ændrede vilkår, særligt ved dækning vedr. omkring hvornår skaden er opstået. Skaden skal være opstået EFTER 01/08-2016. – Ligeledes gælder der ikke længere vilkår omkring kroniske skader. Bilag 4: 25/5 klage til Danica. Bilag 5: 12/6 svar på klage

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At Danica bibeholder den dækning og de vilkår som sundhedsforsikringen havde, da den var via arbejdsgiver."

Selskabet har i brev af 30/7 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

Ankenævnet for Forsikring

2.

95514

"Sagen omhandler, hvorvidt klageren har krav på, at hendes sundhedssikring – bortset fra privat/arbejdsgiverbetaling og præmiens størrelse – fra 1. februar 2020 oprettes med nøjagtig samme ordlyd og indhold som i den sundhedssikring, som hendes arbejdsgiver opretholdt og betalte for klageren i perioden 1. august 2016 til 31. januar 2020.

Klageren har som Bilag 1 fremlagt sit oprindelige arbejdsgiverbetalte aftalegrundlag. Af side 15 fremgår følgende under overskriften Opsigelse:

Forsikringstageren (arbejdsgiveren) og vi kan hver især opsi aftalen skriftligt – i så fald ophører forsikringen.

Klageren havde dermed ingen ret til at tegne privat fortsættelsesforsikring, da hendes arbejdsgiver opsigte den generelle firmapensionsaftale til 1. februar 2020, hvor arbejdsgiveren videreførte den almindelige pensionsordning i [selskab 2] og sundhedsforsikringen i [selskab 3].

Under forsikringens korte løbetid havde klageren i perioden 2017-2019 anmeldt 6 skader (og opnået positivt tilsagn på alle 6). Tre af disse skader var på forsikringens ophørstidspunkt 1. februar 2020 ikke afsluttede, og den 5. marts 2020 sendte selskabet klageren tre næsten enslydende breve, Bilag A, hvor hun blev anmodet om inden for 3 måneder at færdiggøre en tidligere bevilliget forundersøgelse, en diætistbehandling og genoptræning (af højre knæ).

Den 6. marts 2020 kontaktede klageren selskabet telefonisk, og som Bilag B fremlægges udskrift af telefonsamtalen. Det fremgår, at der ikke blev indgået nogen aftale om oprettelse af ny forsikring, og samtalen afsluttes med, at klageren opfordres til at skrive til selskabet, hvis hun var interesseret.

Der blev ikke givet noget bindende tilbud under telefonsamtalen. Hvis nævnet er uenig heri, skulle tilbuddet være accepteret straks og er derfor bortfaldet, jf. Aftalelovens § 3, stk. 2.

Klageren sendte efterfølgende en mail til selskabet, som blev besvaret 25. marts 2020, Bilag C.

Det fremgår bl.a. af Bilag C, dels at selskabet ikke ville forlænge genoptræningsperioden af højre knæ ud over de i Bilag A anførte 3 måneder, dels – helt i overensstemmelse med det på foregående side anførte forsikringsvilkår – at arbejdsgiverordningen ikke kunne videreføres privat.

Det er muligt – helt uafhængigt af en tidligere firmaordning - at tegne privat sundhedsforsikring i selskabet, men det sker i givet fald til en betydeligt dyrere tarif og med krav om afgivelse af tilfredsstillende helbredsoplysninger – et krav som klageren med sin skadehistorik næppe ville kunne opfylde.

Hermed burde sagen være sluttet.

Efter fornyet henvendelse fra klageren og den forsikringsmægler, der havde flyttet arbejdsgiverens firmapension uden at sikre, at også klageren kunne tegne ny sundhedssikring, sendte selskabet klageren den 21. april 2020 en mail med det tilbud, der er fremlagt af klageren som Bilag 2 og 3.

Ankenævnet for Forsikring

3.

95514

Det er tydeligvis aldrig gået op for klageren, at tilbuddet, som hun accepterede 24. april 2020, er udtryk for ren kulance. Hun blev således ikke alene tilbudt en forsikring uden krav om helbredsoplysninger og til samme tarif, som gælder for fortsættelsesforsikringer, men har desuden fået den anciennitet, der gjaldt for den tidligere firmaaftale tilbage fra 1. august 2016. Ancienniteten har betydning bl.a. i forhold til behandling af de lidelser, der er opstået før forsikringens ikrafttræden.

Efterfølgende imødekom selskabet den 12. maj 2020, Bilag D, kulant forlænget dækningen af knægenoptræningsforløbet med yderligere 3 måneder frem til 6. september 2020.

Den 13. maj 2020, Bilag E, klagede klageren over, at hendes tidligere fremsatte ønsker om aktindsigt endnu ikke var imødekommet. Den modtog hun så fra undertegnede som klageansvarlig den 20. maj 2020, Bilag F.

Dette afstedkom en ny klage, Bilag 4, som blev besvaret med Bilag 5. For en god ordens skyld kan det tilføje, at selskabet ikke har taget stilling til, om en eventuel ny knæoperation vil være omfattet af forsikringsdækningen.

Klagerens klage til forsikringsankenævnet er – udover at være urimelig og grundløs – også uforståelig. Der foreligger selskabet bekendt ingen skader fra før 1. august 2016, som selskabet har afvist at dække, og klageren har endvidere ikke forklaret, hvad det er for et 'vilkår omkring kroniske skader', som hun mener skal gælde for hendes nuværende aftale."

Klageren har i brev af 7/8 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Som svar til Danica kan jeg kun sige – at jeg ikke er enig i fremstilling af sagen.

Jeg har ikke tidligere blevet gjort opmærksom på, at forlængelsen af knægenoptræning med 3 mdr. er givet af kulancemæssige årsager. Jeg bad om forlængelsen pga. COVID-19 nedlukningen, som også er årsagen som er angivet i Bilag D. Klagen som fremgår af bilag E blev skrevet, pga. manglende aktindsigt, som blev anmodet om 29. marts. Tænker ikke det er urimeligt at klage 13. maj efter at have rykket pr mail. Jeg forstår ikke at Danica skriver, at forsikring er til samme tarif. Jeg fik oplyst pr telefon (Bilag B) at en normalt privat sundhed koster 4800,- og herfra kommer rabat, da jeg er medlem af DK gruppe 1, hvilket giver 3700,- Forsikringen har jeg betalt 3661,90. Så jeg forstår ikke påstanden om, at det er til samme tarif. Tidligere var min eneste udgift at jeg blev beskattet med 78 kr. pr md."

Selskabet har i brev af 21/9 2020 til nævnet bl.a. anført:

"For en god ordens skyld skal det tilføjes, at klageren har ret i, at hun - via sit medlemskab af Danmark gruppe 1 - alligevel ville have opnået præmierabatten på ca. 1.100 kr., hvis hun havde kunne tegne almindelig privat forsikring. Kulancen ligger dermed alene i 1) Antagelse uden helbredsbedømmelse (der ellers ville have været et afslag på tegning), 2) Anciennitet fra 2016, men ikke 3) favorabel præmietarif."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af transskribering af telefonsamtale den 6/3 2020 fremgår bl.a.:

"[Klageren]: Jeg har fået nogle breve fra jer i dag i e-Boks, og det har jeg, fordi at min arbejdsgiver har valgt at skifte pensionselskab og dermed også sundhedssikring.

[Medarbejder 1]: Ja.

[Klageren] Og så vil jeg spørge ... og det gør så, at alt det jeg har anmeldt, så har jeg 3 måneder til [?], hvis det er afsluttet.

[Medarbejder 1]: Mm.

[Klageren]: Det jeg skal spørge om, kan man mod egenbetaling bibeholde sundhedssikringen - eller ikke bibeholde, fordi I har ikke noget med det at nye gøre - fortsætte med sundhedssikring?

[Medarbejder 1]: Altså på en privat ordning. Ja, det kan man godt. Der skal jeg have [dig over i?] vores administration, som vil kunne lave en pris til dig ... omkring det.

...

[Klageren]: Jeg har en ... jeg har en øh, min arbejdsgiver har en pensionsordning ude hos jer, og hvortil jeg også har en sundhedsforsikring.

[Medarbejder 2]: Ja.

[Klageren]: Nu har min arbejdsgiver desværre valgt at skifte forsikringselskab og dermed også sundhedssikring.

[Medarbejder 2]: Det var da noget skidt.

[Klageren]: Ja, det synes jeg også, for det kan jeg ikke lide ... Jeg har noget i gang ude hos jer, og det vil så sige, nu har jeg tre måneder til at få det afsluttet.

[Medarbejder 2]: Ja.

[Klageren]: Øh ... Hvis nu jeg godt vil fortsætte bare med selv at betale præmien ...

[Medarbejder 2]: Ja.

[Klageren]: Hvordan ser det ud? Han stillede mig om til dig, fordi det er noget med, at det kan du udregne en pris på.

[Medarbejder 2]: Det kan jeg nemlig. Skal vi se engang her ... Jeg går lige ind og kigger en gang her ... Hvor gammel er det, du er?

...

[Medarbejder 2]: Selvfølgelig ... Nå, må jeg se engang her ... Sundhedssikring ...

[Klageren]: Ja ... men selvfølgelig sådan, så den skal fortsætte med det, som jeg har i forvejen.

[Medarbejder 2]: Det er klart.

Ankenævnet for Forsikring

5.

95514

[Klageren]: Det er, fordi jeg har noget igangværende med mit knæ, hvor jeg ved, at hvis jeg skifter forsikringselskab, så går der altså bare koks i det.

[Medarbejder 2]: Ja, så er det ikke sikkert, de lige er friske på at overtage [den der?].

[Klageren]: Nej, det er det nemlig ikke."

Af selskabets mail af 25/3 2020 fremgår bl.a.:

" Hermed svar på dine spørgsmål:

- 1) Desværre nej. Vi kan ikke forlænge dækningen på grund af Covid-19.
- 2) Vi vil nødig sagsbehandle under 'hvad nu hvis'. Men umiddelbart tænker vi, der ville have været en mulighed for yderligere dækning, hvis der havde været en gældende forsikring.
- 3) Det er en fejl, hvis du har fået oplyst at du kan videreføre sundhedssikringen privat. Idet din arbejdsgiver opsiger pensionsaftalen, ophører alle forsikringsdækninger per samme dato. Vi beklager meget, hvis du er blevet fejloplyst. Du nævner at din arbejdsgiver har fået etableret en ny pensionsaftale i et andet pensionsselskab. I så fald ville du muligvis have en forsikringsdækning hos dem."

Af selskabets mail af 21/4 2020 fremgår bl.a.:

"Tak for din henvendelse den 7. april 2020.

Jeg vil gerne starte med at beklage for den lange ekspeditionstid.

Vi har gennemgået dit sagsforløb vedrørende videreførsel af din sundhedssikring, efter din arbejdsgiver [...] har valgt at opsigte aftalen med Danica Pension den 1. februar 2020.

Efter gennemgang af dit sagsforløb, sender vi her et tilbud på videreførsel af din sundhedssikring privat.

Sundhedssikringen vil være en videreførsel af din tidligere sundhedssikring igennem [arbejdsgiver] og hermed vil anciennitetsdatoen være gældende fra den 1. august 2016.

Hvad nu

Hvis du ønsker, at videreføre din sundhedssikring privat, skal jeg bede dig om, at printe, underskrive, scanne tilbuddet ind og sende det retur via vores hjemmeside: www.danicapension.dk/skriv."

Af selskabets tilbud af 20/4 2020 på sundhedsforsikring fremgår bl.a.:

"Din Danica Sundhedssikring giver dig en hurtig afklaring af, hvad du fejler, og en hurtig behandling, hvis du får brug for det.

Behandlingen skal ske på et privathospital eller hos en speciallæge.

Sygdom og følger af en ulykke skal være diagnosticeret af en læge i den periode, hvor forsikringen gælder.

I de første tre måneder af forsikringstiden dækker forsikringen kun ved ulykke.

Forsikringen dækker hvert år højst 1.500.000

Din Danica Sundhedssikring indeholder grundmodulet samt

Modul 1 - Andre behandlere og terapeuter (kiropraktor, fysio- og zoneterapeut, akupunktør mv.)

Modul 2 - Ekstra frihed (rekreation- og behandlingsophold, behandling i udlandet mv.)

I dine forsikringsbetingelser kan du læse om dækningerne i din Danica Sundhedssikring.

Maksimal dækning

Modul 1

- Du kan få dækket et rimeligt og nødvendigt antal konsultationer hos en psykolog, som vi samarbejder med. Hvis du vælger en psykolog, som vi ikke samarbejder med, kan du maksimalt få dækket 900 kroner pr. konsultation.

Modul 2

- Midlertidig hjælp i hjemmet i maksimalt 30 timer.
- Rekreations- og behandlingsophold med maksimalt 45.000 kroner.
- Behandling i udlandet, der ikke tilbydes i Danmark, med maksimalt 200.000 kroner.
- Transport til og fra udlandet med maksimalt 10.000 kroner for flybillet tur/retur.
- Ledsagertransport til og fra udlandet med maksimalt 10.000 kroner for flybillet tur/retur.
- Ledsagerophold i udlandet med maksimalt 2.000 kroner pr. dag.

Indbetalinger til din forsikring

Årlige indbetalinger 3.641,90

Herfra skal vi trække skadesforsikringsafgift -39,62

Årlig indbetaling til din forsikring (præmie) 3.602,28

Indbetalingen forfalder en gang om året, første gang 01.02.2020, og derefter 01.02.

Vi indeksregulerer indbetaling og forsikringsdækninger.

Skattemæssig fordeling af dine årlige indbetalinger

Ifølge skattelovgivningen skal vi oplyse, hvordan dine årlige indbetalinger bliver fordelt på de såkaldte skattekode. Formålet er at sikre, at du får de korrekte fradrag for dine pensionsindbetalinger.

Livsforsikring uden fradragsret (årligt) 3.602,28

...

Hvor er dækningerne oprettet?

Vi opretter dækningerne i Forsikringsselskabet Danica, Skadeforsikringsaktieselskab af 1999.

På skadeforsikringer er udbetalingernes størrelse og prisen på forsikringerne ikke garanteret. Det betyder, at vi kan ændre begge dele efter de retningslinjer, der står i forsikringsbetingelserne.

Dette er en fortsættelses forsikring og evt. oplysninger om karens periode gælder ikke for denne forsikring.

Oplysninger om helbred

Vi skal ikke have helbredsoplysninger.

Hvis du vil klage

Er vi uenige om pensionsordningen, kan du klage til Ankenævnet for Forsikring.

Gyldighed

Tilbuddet gælder i tre uger."

Af forsikringsbetingelserne gældende pr. 1/8 2016 for den arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikring fremgår bl.a.:

"Dækning ved Sundhedssikring

Sundhedssikring er bygget op af moduler, hvor du ud over grundmodulet, der er basisdækningen, kan have en eller flere tillægsdækninger.

Før vi udbetaler dækning

Vi dækker udgifter til behandling, når følgende betingelser er opfyldt.

- Den sygdom/lidelse/følge af en ulykke, den forsikrede søger behandling for, er dækket uanset om den er arbejdsrelateret eller relateret til fritiden.
- Den forsikrede lider af en sygdom eller af følger fra en ulykke og kan efter en almindelig lægelig vurdering blive rask eller få det bedre med behandling - medicinsk, kirurgisk m.v.
- Forsikringen er trådt i kraft og ikke ophørt, når diagnosen stilles.
- Forsikringen er trådt i kraft, når den forsikrede første gang søger læge eller får behandling for en sygdom/lidelse. Er forsikrede blevet behandlet for en sygdom/lidelse, før forsikringen er trådt i kraft, dækker vi ikke for følgetilstande. Behandlingen skal foretages af en person, der er autoriseret inden for sin faggruppe af Sundhedsstyrelsen.
- Behandlingen er ordineret af en læge.
- Behandlingen er rimelig efter en almindelig lægelig vurdering.
- Behandlingsstedet er i Danmark, og behandlingen foretages af en speciallæge - gælder ikke speciallæger i almen medicin - eller på et privathospital. Listen over de større privathospitaler findes på vores hjemmeside - listen opdateres løbende. Vi dækker ikke behandling på Grønland og Færøerne.
- Behandlingen sker senest tre måneder efter, forsikringen er ophørt uanset årsagen.

...

Modul 2

Sundhedssikring er udvidet med modul 2 og derfor gælder endvidere de forsikringsbetingelser for dækningsberettiget behandling af sygdomme og ulykker for modul 2, der er beskrevet herunder.

Modul 2 dækker udgifter til

- 1. midlertidig hjælp i hjemmet**
- 2. rekreative- og behandlingsophold**
- 3. behandling i udlandet**
- 4. transport til og fra udlandet**
- 5. ledsagertransport og -ophold ved behandling i udlandet**
- 6. forhøjelse af højeste årlige udbetaling**

Hvis den forsikrede har kræft eller en lidelse i bevægeapparatet, når han/hun indtræder i forsikringen

Vi dækker den forsikredes udgifter til behandling af kræft eller lidelser i bevægeapparatet, uanset om diagnosen blev stillet før indtrædelse i forsikringen, og uanset om den forsikrede tidligere har fået behandling for sygdommen/lidelsen.

Er der indgået særskilt aftale mellem arbejdsgiver og Danica Pension om leverandørskifte, dækkes udover kræft eller lidelser i bevægeapparatet også andre former for lidelser, der er opstået i forsikringstiden i det afgivende selskab. Dette gælder dog kun for udgifter, der ikke skal betales af det afgivende selskab.

...

Hvornår træder forsikringen i kraft

Sundhedssikring

Hvis forsikringen antages, dækker vi fra det øjeblik, vi eller en af vores repræsentanter får begæringen, medmindre der står noget andet i begæringen.

Ophør

Du kan her læse om reglerne for ophør af gruppeordning for

- Sundhedssikring.

Forsikringen ophører automatisk

- når forsikrede fratræder sin stilling hos arbejdsgiveren
- når forsikrede når den alder, der står i overenskomsten mellem arbejdsgiveren og Danica Pension.

Sundhedssikring ophører også automatisk, hvis forsikrede kommer på plejehjem eller varigt anbringes på en døgninstitution, et psykiatrisk hospital eller en anden behandlingsinstitution.

Med varigt mener vi, at forsikrede forventes at skulle forblive på institutionen.

Hvis forsikrede kommer på plejehjem eller varigt anbringes på en døgninstitution, et psykiatrisk hospital eller en anden behandlingsinstitution, skal vi have det at vide.

Oprettelse af en fortsættelsesforsikring

Fratræder forsikrede sin stilling, kan han/hun oprette en fortsættelsesforsikring uden at give oplysninger om sit helbred på ny. Vi opretter fortsættelsesforsikringen efter de tarif- og forsikringsbetingelser, der gælder for individuelle forsikringer på fratrædelsestidspunktet.

Fortsættelsesforsikringens dækning kan ikke være større end gruppeordningens dækning, ligesom ophørstidspunktet for forsikringen ikke kan ligge senere end tidspunktet for gruppeordningens.

Er der skærpede vilkår for gruppeordningens dækning, gælder de også for fortsættelsesforsikringen.

Opsigelse

Du kan her læse om reglerne for opsigelse af
- dækninger, der er oprettet som skadeforsikring.

Gruppeordning

Forsikringstageren (arbejdsgiveren) og vi kan hver især opsiges aftalen skriftligt - i så fald ophører forsikringen.

Opsiges forsikringen ikke, fornyr vi den for et år ad gangen."

Af forsikringsbetingelserne gældende pr. 1/2 2020 for den private sundhedsforsikring fremgår bl.a.:

"Dækninger

Dækning ved Sundhedssikring

Sundhedssikring er bygget op af moduler, hvor du ud over grundmodulet, der er basisdækningen, kan have en eller flere tillægsdækninger.

Før vi udbetaler dækning

Vi dækker udgifter til behandling, når følgende betingelser er opfyldt.

- Den forsikrede lider af en sygdom eller af følger fra en ulykke og kan efter en almindelig lægelig vurdering blive rask eller få det bedre med behandling - medicinsk, kirurgisk m.v.
- Forsikringen er trådt i kraft og ikke ophørt, når diagnosen stilles.
- Behandlingen foretages efter de første tre måneder af forsikringstiden - også selvom forsikrede bliver syg i løbet af de første tre måneder.
- Forsikringen er trådt i kraft, når den forsikrede første gang søger læge eller får behandling for en sygdom/lidelse. Er forsikrede blevet behandlet for en sygdom/lidelse, før forsikringen er trådt i kraft, dækker vi ikke for følgetilstande. Behandlingen skal foretages af en person, der er autoriseret inden for sin faggruppe af Sundhedsstyrelsen.
- Behandlingen er ordineret af en læge.
- Behandlingen er rimelig efter en almindelig lægelig vurdering.
- Behandlingsstedet er i Danmark, og behandlingen foretages af en speciallæge - gælder ikke speciallæger i almen medicin - eller på et privathospital. Listen over de større privathospitaler findes på vores hjemmeside - listen opdateres løbende. Vi dækker ikke behandling på Grønland og Færøerne.
- Behandlingen sker senest tre måneder efter, forsikringen er ophørt uanset årsagen.

...

Modul 2

Sundhedssikring er udvidet med modul 2 og derfor gælder endvidere de forsikringsbetingelser for dækningsberettiget behandling af sygdomme og ulykker for modul 2, der er beskrevet herunder.

Modul 2 dækker udgifter til

- 1. midlertidig hjælp i hjemmet**
- 2. rekreations- og behandlingsophold**
- 3. behandling i udlandet**
- 4. transport til og fra udlandet**
- 5. ledsagertransport og -ophold ved behandling i udlandet**
- 6. forhøjelse af højeste årlige udbetaling**

1. Midlertidig hjælp i hjemmet

Vi dækker den forsikredes udgifter til midlertidig hjælp i hjemmet efter vores vurdering - det gælder hjælp til personlig hygiejne, på- og afklædning, rengøring og indkøb. Vi betaler for op til det antal timer inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.

Det er en forudsætning, at den midlertidige hjælp i hjemmet

- er nødvendig på grund af sygdommen/følgerne af ulykken - både diagnosen, der skal stilles af en læge, og behandlingen af sygdommen/følgerne af ulykken skal ske i forsikringstiden
- er ordineret af en praktiserende eller behandlende læge
- udføres af kommunen eller en hjemmeservicevirksomhed."

Nævnet udtaler:

Klageren blev den 1/5 2016 omfattet af en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring hos det indklagede selskab. Den 1/2 2020 foretog klagerens arbejdsgiver et skifte af leverandør for medarbejdernes sundhedsforsikring til selskab 2. Den 20/4 2020 tilbød det indklagede selskab, at viderereføre klagerens sundhedsforsikring som en individuel privat sundhedsforsikring. Den 24/4 2020 accepterede klageren selskabets tilbud.

Klageren er utilfreds med, at forsikringen er tegnet på andre vilkår end arbejdsgiverordningen. Klageren har blandt andet anført, at forsikringen kun dækker skader opstået efter den 1/8 2016, og at der ikke længere gælder et vilkår omkring kroniske skader. Klageren ønsker, at selskabet pålægges at bibeholde den dækning og de vilkår som sundhedsforsikringen havde, da den var tegnet gennem arbejdsgiveren.

Ankenævnet for Forsikring

11.

95514

Selskabet har anført, at klageren ikke havde ret til at tegne privat fortsættelsesforsikring, da hendes arbejdsgiver opsigde den generelle firmapensionsaftale pr. 1/2 2020. Selskabet har desuden anført, at det er muligt at tegne privat sundhedsforsikring i selskabet, men at dette sker uafhængigt af den tidligere firmaordning med en betydelig dyrere tarif og med krav om afgivelse af tilfredsstillende helbredsoplysninger. Selskabet har også anført, at der ved en telefonsamtale mellem klageren og selskabet den 6/3 2020 ikke blev indgået aftale om en forsikringsaftale. Selskabet har fremlagt transskribering af samtalen. Selskabet har bemærket, at såfremt nævnet måtte finde, at selskabet har afgivet tilbud til klageren under samtalen, er tilbuddet bortfaldet, idet tilbuddet ikke blev accepteret straks, jf. aftalelovens § 3, stk. 2. Selskabet har også anført, at selskabet ved mail af 21/4 2020 fremsendte et tilbud på en fortsættelsesforsikring, og at tilbuddet var et udtryk for ren kulance. Selskabet har anført, at klagerens klage forekommer urimelig og grundløs, idet der selskabet bekendt ikke foreligger skader før den 1/8 2016, som selskabet har afvist at dække, og idet klageren ikke har forklaret, hvilket vilkår omkring kroniske skader, som hun ønsker skal gælde for hendes nuværende aftale.

Nævnet lægger til grund, at der mellem selskabet og klageren er indgået en aftale om tegning af en privat fortsættelsesforsikring/sundhedsforsikring efter vilkårene gældende pr. 1/2 2020.

Twisten for nævnet er herefter, om selskabet på baggrund af telefonsamtalen den 6/3 2020, det fremsendte tilbud af 20/4 2020 eller på andet grundlag er forpligtet til at fortsætte sundhedsforsikringen på samme forsikringsvilkår, som var gældende for den af arbejdsgiveren tegnede sundhedsforsikring, som klageren tidligere var omfattet af.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har fastholdt, at klageren ikke er berettiget til at blive stillet, som havde hun tegnet privat sundhedsforsikring med samme forsikringsvilkår, som den arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikring.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet ved telefonsamtalen den 6/3 2020 og i tilbuddet af 20/4 2020 alene tilbød at videreføre ordningen, men ikke konkret gav tilsagn om, at

Ankenævnet for Forsikring

12.

95514

forsikringen kunne fortsætte med samme forsikringsbetingelser. Nævnet har desuden lagt vægt på, at der ikke er oplysninger om, at den tilbudte ordning på væsentlige områder indskrænker klagerens dækning i forhold til dækningen i den arbejdsgivertegnede forsikring. Herudover har nævnet lagt vægt på, at den arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikring var en gruppeordning indgået mellem arbejdsgiveren og det indklagede selskab, at det af forsikringsbetingelserne vedrørende den arbejdsgivertegnede ordning fremgår, at forsikringen vil ophøre, hvis arbejdsgiveren eller selskabet opsiger aftalen. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at det fremgår af tilbuddet af 20/4 2020, at det var en fortsættelsesforsikring, men at der i tilbuddet ikke er oplysninger om, at forsikringen dækningsmæssigt fortsætter på samme vilkår, som den tidligere forsikring.

Nævnet har også lagt vægt på, at det af forsikringsbetingelserne for den arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikring fremgår, at en fortsættelsesforsikring oprettes efter de tarif- og forsikringsbetingelser, som er gældende for individuelle forsikringer på fratrædelsestidspunktet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen

formand