

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 3. marts 2021 er der i sag nr. 95996:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Industriens Pensionsforsikring A/S
Nørre Farimagsgade 3
1364 København K

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 27/10 2020 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Da jeg hjernebetændelse mener jeg at jeg har ret til udbetaling i industriens pension ved kritisk sygdom da det er blevet værre og har ufrivillige bevægelser. Jeg står passiv medlem og har ret til udbetaling. Jeg klager over afgørelserne i industriens pension og ser at sagen bliver kørt om da jeg mener at de skal snakke med min læge.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At sagen bliver kørt om da min sygdom er blevet værre og står passiv medlem i industriens pension ved kritisksygdom.

Selskabet har i brev af 19/11 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagsfremstilling

Denne sag omhandler, hvorvidt klagers eventuelle krav er forældet. Subsidiært omhandler sagen, hvorvidt klager havde en dækningsberettiget diagnose på tidspunktet, hvor klager havde en forsikring for visse kritiske sygdomme hos selskabet.

Forsikringsforhold

Klager er omfattet af de 'Almindelige forsikringsbetingelser for forsikringer i Arbejdsmarkedspensionen' gældende fra 1. januar 2008 til 30. juni 2009, idet klagers forsikring ophørte den 1. april 2009. Betingelserne fremlægges som bilag A.

Om opretholdelse af forsikring står der således i forsikringsbetingelserne kapitel 1, § 1, stk. 1:

'§ 1 Forsikringen oprettes ved indberetning og indbetaling fra en arbejdsgiver af bidrag for en eller flere ansatte i henhold til kollektiv overenskomst, kollektiv aftale eller lignende, jf. stk. 3. Indberetning skal ske efter Industriens Pensions anvisninger.'

Hvis arbejdsgiveren ophører med at betale bidrag, står der således i forsikringsbetingelserne kapitel 1, § 4, stk. 1:

'§ 4 indstilles bidragsbetalingen i henhold til § 1, stk. 1, inden den forsikrede er fyldt 65 år eller har fået ret til invalidepension eller livsvarig alderspension, jf. § 12, opretholdes forsikringsdækningen i fuldt omfang i 12 måneder (bidragsfri dækning) dog ikke udover den periode, der kan dækkes af den opsparede værdi, medmindre andet aftales, jf. stk. 2 og 4. Efter udløb af perioden med bidragsfri dækning overgår forsikringen til hvilende forsikring fripolice med nedsat forsikringsdækning, medmindre andet aftales, jf. stk. 2. Nedsættelse af forsikringsdækningen som følge af manglende bidragsbetaling sker efter meddelelse til forsikrede'

Dette uddybes i Medlemspjece gældende fra 1. september 2008 til 30. juni 2009 på side 34 (fremlægges som bilag 8):

'Når den bidragsfri periode udløber, overgår du til hvilende medlemskab. Det betyder, at retten til invalide og dødsfaldssummer, udbetaling ved visse kritiske sygdomme og retten til en eventuel invalidepension bortfalder.'

Om hvilke forsikringsdækninger medlemmet har i sin ordning, står der således i forsikringsbetingelsernes kapitel 2, § 5:

'§ 5 Der er ret til de ydelser, der fremgår af pensionsbeviset De ydelser, der er ret til, samt størrelsen på ydelserne kan ændre sig, hvis de forudsætninger, der er anført i pensionsbeviset ændrer sig, eller hvis ydelserne er på markedsrentevilkår, jf. § 21.'

Dette uddybes i medlemspjece på side 6:

'Du får hvert år en pensionsoversigt og en oversigt over udviklingen i pensionsopsparingen. Her kan du se:

- Størrelsen af dine årlige forventede pensioner
- Størrelsen af dine ydelser ved dødsfald, invaliditet og visse kritiske sygdomme.'

Om forældelse står således i forsikringsbetingelsernes kapitel 4, § 30:

'§ 30 Krav på ydelser fra Industriens Pension bortfalder på grund af forældelse 3 år efter, forsikrede fik viden om, at forsikringsbegivenheden var indtrådt. Kravet bortfalder dog senest 10 år efter, forsikringsbegivenheden indtrådte, uanset forsikredes viden om forsikringsbegivenheden. I øvrigt gælder dansk rets almindelige regler om forældelse.'

Dette uddybes i medlemspjece på side 21:

'Et krav på en forsikringsyde/se kan efter § 30 i forsikringsbetingelserne blive forældet, hvis du venter for længe med at bede om en udbetaling fra os. Hvis kravet på forsikringsdækningen er forældet, vil du ikke få den udbetalt.'

Om generelle betingelser for udbetaling for visse kritiske sygdomme står således i forsikringsbetingelserne kapitel 5, § 3, stk. 2:

'§ 3, stk. 2

Det er en betingelse for udbetaling af dækning ved kritisk sygdom, at sygdommen er diagnosticeret i forsikringstiden. Diagnoser, der stilles før forsikringstidens begyndelse eller efter dens udløb, er ikke dækket. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende for retten til dækningen ved kritisk sygdom og ikke det tidspunkt, forsikringstageren får kendskab til diagnosen.'

Faktisk sagsfremstilling

Klager bliver optaget i pensionsordningen hos selskabet i 1993 via sit job hos sin daværende arbejdsgiver.

Selskabet sender et brev til klager den 9. juli 2007, hvori det oplyses, at selskabet er blevet informeret om, at klager er fratrådt sin stilling hos [...], hvorfor klager er bidragsfrit dækket frem til senest den 1. april 2008. Selskabet oplyser om muligheden for at bevare forsikringer efter ophør af den bidragsfri periode. Brevet fremlægges som bilag C.

Den 16. januar 2009 sender selskabet et brev til klager, hvori hun informeres om, at hun bliver hvilende (passiv) medlem den 1. april 2009, idet den bidragsfri dækning ophører. Endvidere informeres klager om, at nogle af hendes forsikringer bortfalder, fordi der ikke længere betales pensionsbidrag. Brevet fremlægges som bilag D.

Selskabet sender den 31. marts 2009 endnu et brev til klager, hvori der på ny gøres opmærksom på, at det hvilende medlemskab indtræder den 1. april 2009, og at nogle af forsikringerne bortfalder. Brevet fremlægges som bilag E. Klager henvender sig ikke til selskabet i anledningen af de to breve.

I perioden den 27. juni 2009 til 2019 fremsender selskabet 11 pensionsoversigter, hvoraf det fremgår, at klager ikke har forsikring for visse kritiske sygdomme. Pensionsoversigterne fremlægges som bilag F.

Klager ringer til selskabet den 17. oktober 2012, hvor denne oplyser, at hun ophørte sit arbejde hos [...] grundet en arbejdsskade i den ene arm, og at hun aktuelt er i gang med at gennemføre omskoling i form af en [...]. Telefonresumeeet fremlægges som bilag G.

Den 10. oktober 2020 ansøger klager selskabet om udbetaling for visse kritiske sygdomme. Klager oplyser, at hun den 1. oktober 2020, på [...] sygehus, Psykiatrisk afdeling, er blevet diagnosticeret med korsakoff, og at hendes hjerne er skrumpet. Ansøgningen fremlægges som bilag H.

Den 12. oktober 2020 meddeler selskabet klager afslag på ansøgning med henvisning til, at klager ikke havde en forsikring for visse kritiske sygdomme, da diagnosen blev stillet. Afgørelsen fremlægges som bilag I.

Den 13. oktober 2020 modtager selskabet en klage over afslaget, hvori klager anfører, at hun fik konstateret korsakoff i 2009. Klagen fremlægges som bilag J.

Den 16. oktober 2020 træffer selskabet på ny afgørelse i sagen, hvor i afslaget fastholdes med begrundelsen, at allerede fordi diagnosen korsakoff psykose ikke er opført på selskabets liste over kritiske sygdomme, er der ikke ret til udbetaling. Herudover gør selskabet opmærksom på, at et

eventuelt krav på baggrund af en diagnose stillet i 2009 vil være forældet. Afgørelsen fremlægges som bilag K.

I perioden den 16. oktober 2020 til den 20. oktober 2020 er selskabet i telefonisk kontakt med klager 4 gange, hvor klager blandt andet oplyser, at selskabet kan få dokumentation for, at der er tale om hjernehindebetændelse. Telefonresumeerne fra samtalerne fremlægges som bilag L.

Den 22. oktober 2020 meddeler selskabet igen afslag på klagers ansøgning med henvisning til tidligere afgørelser. Afgørelsen fremlægges som bilag M.

Den 23. oktober 2020 modtager selskabet to klager over afslaget, hvori klager anfører, at sagen ønskes behandlet i ankenævnet, idet klager mener, at afslagene er truffet på forkert grundlag, fordi hun var medlem i 2009. Ydermere anfører klager, at hun står som passiv medlem, og at hun ikke har fået de to breve i 2009, hvorfor der fortsat er ret til udbetaling fra selskabet. Klagerne fremlægges som bilag N.

Selskabet har herefter en korrespondance med klager omkring, hvordan hun kan klage til Ankenævnet. Disse fremlægges ikke, da de ej skønnes relevant for sagen.

Herefter modtager selskabet klagers ankenævnsklage.

Selskabets begrundelse

Det er selskabets synspunkt, at klagers eventuelle krav er forældet efter den 10-årige forældelsesfrist, jf. forsikringsbetingelsernes kapitel 4 § 30 (bilag A), idet klagers forsikring for visse kritiske sygdomme ophørte den 1. april 2009, og klager ansøger selskabet om udbetaling for visse kritiske sygdomme den 10. oktober 2020. Med andre ord ansøger klager om udbetaling for visse kritiske sygdomme mere end 11 år efter forsikringens ophør.

Subsidiært er det selskabets synspunkt, at klager kun kan få udbetalt forsikringssummen for visse kritiske sygdomme, hvis klager - i forsikringstiden - har en diagnose, som er nævnt i forsikringsbetingelsernes udtømmende liste, jf. kapital 5, § 2 A-N (bilag A).

Det følger af de forsikringsretlige principper og er fastslået af både domstolene og Ankenævnet, at bevisbyrden for en dækningsberettiget diagnose påhviler klager. Det er således klager, der skal føre bevis for, at hun opfylder forsikringsbetingelsernes krav til udbetaling, jf. Ankenævnets kendelser 91.238 og 91.126. Dette bevis har klager ikke ført.

Forældelse

Selskabet bestrider ikke, at klager er passivt medlem af selskabets arbejdsmarkedets pensionsordning. Klagers tidligere arbejdsgiver ophørte med at indbetale bidrag til hendes ordning i 2007 (jf. bilag C), og der har ikke været indbetalt til ordningen siden, hvilket fremgår af pensionsoversigterne, jf. bilag F.

Selskabet bestrider derimod, at klager har beholdt sin forsikring for visse kritiske sygdomme efter overgangen til passivt medlemskab. Ydermere bestrides det, at selskabet ikke har gjort klager opmærksom på, at forsikringen ville ophøre ved overgang til passivt medlemskab. Dette er sket i breve af den 9. juli 2007 (bilag C), den 16. januar 2009 (bilag D) og den 31. marts 2009 (bilag E), og ingen af disse breve er kommet retur til selskabet, ligesom der ikke har været uregelmæssigheder

i postomdelingen, hvorfor brevene må anses for at være kommet frem til klager, jf. Ankenævnets kendelse 89.520.

Det fremgår udtrykkeligt af forsikringsbetingelserne og medlemspecen, at ved overgang til hvilende (passivt) medlemskab, vil forsikringerne som udgangspunkt bortfalde, jf. bilag A kapitel 1, § 4, stk. 1 og bilag B s. 34.

Endvidere fremgår det udtrykkeligt af forsikringsbetingelserne og medlemspecen, at den årlige pensionsoversigt beskriver, hvilke dækninger man har i sin ordning, jf. bilag A, kapitel 2 § 5 og bilag B side 6.

Selskabet har som nævnt ved tre breve - sendt til klager i perioden 9. juli 2007 til 31. marts 2009 - gjort opmærksom på, at ved overgang til passivt medlemskab vil nogle af klagers forsikringer opføre, og at det vil fremgå af pensionsoversigten, hvilke forsikringer der består, jf. bilag C og D.

Selskabet er opmærksom på, at klager til sagen har oplyst, at hun ikke har fået de to breve fra 2009. Hertil bemærkes, at selskabet ikke har registreret i sit sagsstyringssystem, at disse breve skulle være gået tabt eller på anden måde ikke er nået frem til klager. I den forbindelse bemærkes endvidere, at selskabet ligeledes sendte et brev til klager i 2007 (bilag C), hvorfor klager på dette tidspunkt må antages at være bekendt med, at der vil ske ændringer i hendes forsikringer.

Videre henledes nævnets opmærksomhed på, at selskabet årligt - siden 27. juni 2009 - har fremsendt en pensionsoversigt til klager, hvoraf det fremgår, hvilke forsikringer hun har hos selskabet, og at klager på intet tidspunkt har rettet henvendelse til selskabet omkring eventuelt manglende forsikringer. På samtlige af de 11 pensionsoversigter ses, at klager ikke har en forsikring for visse kritiske sygdomme hos selskabet, jf. bilag F.

Det er på denne baggrund selskabets holdning, at det er dokumenteret, at klagers forsikring for visse kritiske sygdomme ophørte den 1. april 2009, og at selskabet på intet tidspunkt har givet klager anledning til at tro andet.

Det er selskabets synspunkt, at forældelsesfristen indtræder 10 år regnet fra den 1. april 2009, hvorfor den absolutte 10-årige forældelsesfrist indtrådte den 1. april 2019, jf. forsikringsbetingelserne kapitel 4 § 30 (bilag A).

Det er ubestridt, at selskabet modtager klagers ansøgning om udbetalingen for visse kritiske sygdomme den 10. oktober 2020, jf. bilag H. Der går således mere end 11 år fra forsikringens ophør til klager ansøger om udbetaling for visse kritiske sygdomme.

Det er herefter selskabets synspunkt, at alle eventuelle krav på udbetaling for visse kritiske sygdomme er forældet efter den 10-årige forældelsesfrist, jf. bilag A kapitel 4 § 30.

Selskabet er opmærksom på, at klager synes usikker på, hvornår hun fik stillet sin diagnose, idet hun anfører i ansøgningen (bilag H), at hun blev diagnosticeret i oktober 2020, hvilket hun i sin klage af den 13. oktober 2020 (bilag J) ændrer til, at diagnosen blev stillet i 2009. Selskabet finder, at det er sagen uvedkommende, hvornår klager fik stillet sin diagnose, idet klager sender ansøgningen til selskabet efter den 10-årige forældelsesfrist er indtrådt.

Ikke omfattet af forsikringen på skadestidspunktet

Skulle nævnet komme frem til, at klagers eventuelle krav ikke er forældet, er det selskabets subsidære synspunkt, at klager har fået stillet sin diagnose efter forsikringens ophør, og at hun af den grund ikke har ret til udbetaling for visse kritiske sygdomme.

Det fremgår udtrykkeligt af forsikringsbetingelsernes kapitel 5, § 3, stk. 2, at det er en betingelse for udbetaling, at diagnosen skal være stillet i forsikringstiden. Klager har ikke ført bevis for, at hun fik stillet diagnosen i forsikringstiden. Klager har derimod først oplyst, at diagnosen skulle være stillet i oktober 2020 og herefter oplyst, at den blev stillet i 2009. Sidstnævnte stemmer ikke overens med, at selskabet var i telefonisk kontakt med klager den 17. oktober 2012, hvor denne oplyser, at hun ophørte med arbejdet grundet en arbejdsskade i den ene arm, og at klager i 2012 var i færd med at uddanne sig til [...]. Klager nævner intet om, at hun har fået stillet diagnosen korsakoff, jf. bilag G.

Selskabet er opmærksom på, at klagers lidelse gør det svært for hende at huske og forstå ting, hvilket selskabet har forsøgt at imødegå ved at skrive forskellige begrundelser for afslaget i vores afgørelser af den 12. oktober 2020 (bilag I), den 16. oktober 2020 (bilag K) samt den 22. oktober 2020 (bilag M). Endvidere har selskabet ofte været i telefonisk kontakt med klager, hvor reglerne er forsøgt forklaret. Selskabet har valgt kun at fremlægge en begrænset mængde af telefonresuméer som dokumentation herfor, jf. bilag L.

Selskabet vil endvidere henlede nævnets opmærksomhed på, at under alle omstændigheder, har selskabet ikke optaget nogle psykiske lidelser på listen over dækningsberettigede kritiske sygdomme.

Ingen hjemmel til at indhente yderligere lægelige oplysninger

Selskabet er opmærksom på, at klager ønsker, at selskabet skal indhente akter fra hendes læge til brug for vurdering af hendes sag. Det følger af Persondataforordningens artikel 5, at dataansvarlige er underlagt dataminimeringsprincippet, hvilket betyder, at den dataansvarlige kun må indhente de data, der er nødvendige for at kunne behandle en given sag.

Det er selskabets synspunkt, at der ikke er hjemmel i databeskyttelsesreglerne til, at selskabet kan indhente yderligere lægelige oplysninger om klager, idet lægelige oplysninger ikke er nødvendige for at fastslå, at klagers krav er forældet, subsidiært at den eventuelle forsikringsbegivenhed er stillet efter ophørt af forsikringen. Det er således selskabets holdning, at det ville være i strid med dataminimeringsprincippet at indhente lægelige oplysninger om klager."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af selskabets brev af 9/7 2007 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi har fået oplyst, at du er fratrådt din stilling hos [...]. Du er derfor bidragsfrit dækket i Industriens Pension fra den 1. april 2007. Den bidragsfri dækning ophører senest den 1. april 2008.

Bidragsfri dækning betyder, at du bevarer din ret til eventuelle forsikringsdækninger, selvom din arbejdsgiver ikke længere betaler pensionsbidrag til Industriens Pension. Betalingen for den bidragsfri dækning tages fra dit opsparede beløb, således at dine alderspensionsydelse bliver mindre.

Det fremgår af dit pensionsbevis, hvilke forsikringsdækninger du kan få ret til.

Du har nu følgende valgmuligheder:

- Du kan fortsætte som bidragsfrit dækket.
- Du kan blive selvbetalende nu. Det betyder, at du har mulighed for at beholde forsikringsdækningerne og fortsætte opsparingen til din alderspension. Hvis du ønsker at blive selvbetalende nu, skal du kontakte Kundeservice på tlf. 70 33 70 70 inden 7 hverdage. Så vil vi sende dig en blanket, som du skal returnere til os inden yderligere 7 hverdage.
- Du kan vente med at blive selvbetalende, til den bidragsfri dækning ophører. Hvis du vil vente med at blive selvbetalende, skriver vi til dig igen, inden den bidragsfri dækning ophører.
- Du kan fravælge den bidragsfri dækning og blive hvilende medlem nu. Det betyder, at dine gruppelivssummer og en eventuel invalidepension bortfalder. Samtidig betyder det, at du ikke senere kan vælge at blive selvbetalende. Ønsker du at blive hvilende medlem nu, beder vi dig ringe til os. Hvis du ikke er blevet omfattet af en anden pensionsordning, fraråder vi, at du bliver hvilende medlem.

Hvis vi ikke hører fra dig, fortsætter du som bidragsfrit dækket."

Af selskabets brev af 16/1 2009 til klageren fremgår bl.a.:

"Du bliver hvilende medlem den 1. april 2009, fordi din bidragsfri dækning ophører på det tidspunkt.

Det betyder, at nogle af dine forsikringer bortfalder, og dine forventede pensioner bliver nedsat, fordi der ikke længere bliver betalt pensionsbidrag. Du er velkommen til at kontakte os, hvis du ønsker yderligere information om dine forsikringer.

Du vil snart modtage en pensionsoversigt, hvor du kan se dine forsikringer og dine forventede pensioner som hvilende medlem.

Du kan vælge at betale pensionsbidrag for egen regning. På den måde kan du bevare retten til dine forsikringer og fortsætte opsparingen til din alderspension.

Hvis du ønsker at betale pensionsbidrag for egen regning, skal du underskrive og sende aftalen inden den 1. april 2009.

Hvis din pensionsopsparing efter et års hvilende medlemskab er under 5.000,00 kr., udbetaler vi beløbet til dig. Der bliver trukket afgift til staten af beløbet."

Af selskabets brev af 31/3 2009 til klageren fremgår bl.a.:

"Du bliver hvilende medlem den 1. april 2009, fordi din bidragsfri dækning ophører på det tidspunkt.

Ankenævnet for Forsikring

8.

95996

Det betyder, at nogle af dine forsikringer bortfalder, og dine forventede pensioner bliver nedsat, fordi der ikke længere bliver betalt pensionsbidrag. Du er velkommen til at kontakte os, hvis du ønsker yderligere information om dine forsikringer.

Du vil snart modtage en pensionsoversigt, hvor du kan se dine forsikringer og dine forventede pensioner som hvilende medlem.

Du kan vælge at betale pensionsbidrag for egen regning. På den måde kan du bevare retten til dine forsikringer og fortsætte opsparingen til din alderspension.

Hvis du ønsker at betale pensionsbidrag for egen regning, skal du underskrive og sende aftalen inden 14 dage.

Hvis din pensionsopsparing efter et års hvilende medlemskab er under 5.000,00 kr., udbetaler vi beløbet til dig. Der bliver trukket afgift til staten af beløbet."

Af pensionsoversigt gældende pr. 1/7 2009 fremgår bl.a.:

"Din forventede pension og dine forsikringsdækninger er beregnet ud fra, at du ikke længere indbetaler til pension.

Størrelsen af udbetalingerne vil ændre sig, hvis din indbetaling eller vores pris for forsikringsdækningerne ændrer sig. Hvis du går på pension på et andet tidspunkt, end når du fylder 67 år, vil det også påvirke størrelsen af dækningerne.

På www.industrienspension.dk kan du læse mere om dine forsikringsdækninger. Du kan også læse mere om under hvilke forudsætninger, vi har beregnet din forventede pension. På hjemmesiden kan du også se, hvor meget du kan forvente at få udbetalt afhængigt af, hvornår du går på pension.

Alderspension ved 67 år

Alderssum	[...] kr.
Livsvarig alderspension	[...] kr.
Ratepension pr. år i 10 år	[...] kr.

Skat: Du skal betale 40 % i afgift til staten af alderssummen. De øvrige udbetalinger skal du betale indkomstskat af.

Dødsfald

Rateforsikring pr. år i 10 år	[...] kr.
Opsparingssikret alderssum pr. år i 10 år	[...] kr.

Skat: Dødsfaldssummen er skattefri, men dine efterladte skal eventuelt betale boafgift. Af de øvrige udbetalinger skal dine efterladte betale indkomstskat eller 40 % i afgift til staten, hvis pengene udbetales som engangsbeløb. Hertil kommer eventuel boafgift.

Ved dødsfald udbetales rateforsikring ved død og opsparingssikret alderssum til dine nærmeste pårørende.

Ankenævnet for Forsikring

9.

95996

Særlig bonushensættelse

Særlig bonushensættelse bruges først til at forhøje udbetalingerne, når du går på pension, miste erhvervsevnen eller dør.

Værdien pr. 1. januar 2009

[...] kr."

Af klagerens ansøgning af 10/10 2020 om udbetaling ved visse kritiske sygdomme fremgår bl.a.:

Oplysninger om sygdom

Sygdomstype

Beskrivelse af sygdom

Følger efter hjerne- eller hjerneindebetændelse

Jeg har korsekorf lille hjernen er skrumpet og

husker ikke så godt mvh Susanne christensen

Behandlingsforløb

Følger efter hjerne- eller

hjerneindebetændelse

Dato for diagnose

1. oktober 2020

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"Kapitel 1 Oprettelse og indbetaling

§ 1 Forsikringens oprettelse og ikrafttræden

Forsikringen oprettes ved indberetning fra en arbejdsgiver vedrørende betaling af bidrag for en eller flere ansatte i henhold til kollektiv overenskomst, kollektiv aftale eller lignende. Indberetningen skal ske efter Industriens Pensions anvisninger.

...

§4 Bidragsbetalingens indstilling/genoptagelse

Indstilles bidragsbetalingen i henhold til § 1, stk. 1 inden den forsikrede er fyldt 65 år eller har fået ret til invalidepension eller livsvarig alderspension, jf. § 12, opretholdes forsikringsdækningen i fuldt omfang i 12 måneder (bidragsfri dækning) dog ikke udover den periode, der kan dækkes af den opsparede værdi, medmindre andet aftales, jf. stk. 2 og 4. Efter udløb af perioden med bidragsfri dækning overgår forsikringen til hvilende forsikring (fripolice) med nedsat forsikringsdækning, medmindre andet aftales, jf. stk. 2. Nedsættelse af forsikringsdækningen som følge af manglende bidragsbetaling sker efter meddelelse til forsikrede.

...

Kapitel 2 Forsikringsdækninger

§ 5 Pensionsbevis

Du har ret til de ydelser, der fremgår af pensionsbeviset. De ydelser, der er ret til, samt størrelsen af ydelserne kan ændre sig, hvis de forudsætninger, der er anført i pensionsbeviset ændrer sig, eller hvis ydelserne er på markedsrentevilkår, jf. § 21.

...

Kapitel 4 Øvrige bestemmelser

...

§ 30 Forældelse

Krav på ydelser fra Industriens Pension bortfalder på grund af forældelse 3 år efter, forsikrede fik viden om, at forsikringsbegivenheden var indtrådt. Kravet bortfalder dog senest 10 år efter, forsikringsbegivenheden indtrådte uanset forsikredes viden om forsikringsbegivenheden. I øvrigt gælder dansk rets almindelige regler om forældelse.

...

Kapitel 5 Forsikringsbetingelser for visse kritiske sygdomme

...

§ 3. Generelle betingelser

Forsikringstiden er den tid, forsikrede er forsikringstager i Industriens Pension, dog tidligst fra den 1. januar 2001 og senest til den 1. i måneden efter forsikredes fyldte 60. år eller ved forsikredes død forinden, jf. dog de Almindelige forsikringsbetingelser for forsikringer i Arbejdsmarkedspensionen § 6, stk. 1 om forsikringstidens ophør i forbindelse med bidragsbetalingens indstilling.

Stk. 2. Det er en betingelse for udbetaling af dækning ved kritisk sygdom, at sygdommen er diagnosticeret i forsikringstiden. Diagnoser, der stilles før forsikringstidens begyndelse eller efter dens udløb, er ikke dækket. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende for retten til dækningen ved kritisk sygdom og ikke det tidspunkt, forsikringstageren får kendskab til diagnosen. "

Nævnet udtaler:

Klageren blev i 1993 omfattet af en firmapensionsordning med forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme. Ved brev af 9/7 2007 meddelte selskabet, at klageren var fratrådt sin pensionsgivende stilling, og at klageren ville være bidragsfrit dækket frem til senest den 1/4 2008. Ved breve af 16/1 2009 og 31/3 2009 meddelte selskabet, at klageren ville overgå til hvilende medlemskab den 1/4 2009, hvorved forsikringsdækningen ved blandt andet kritisk sygdom ville ophøre. Den 27/6 2009 fremsendte selskabet en pensionsoversigt, hvoraf det fremgik, at klageren ikke havde forsikring ved visse kritiske sygdomme. Den 10/10 2020 ansøgte klageren om udbetaling for visse kritiske sygdomme. I ansøgningen oplyste klageren, at hun den 1/10 2020 havde fået stillet diagnosen korsakoff.

Klageren ønsker, at selskabet skal genoptage sagsbehandlingen og indhente oplysninger fra hendes læge. Hun har anført, at hun er indforstået med, at hun er overgået til passivt medlemskab, men at hun fortsat har ret til udbetaling ved kritisk sygdom. Hun har anført, at sygdommen er blevet værre, og at hun har ufrivillige bevægelser.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom. Selskabet har principalt anført, at klagerens eventuelle krav er forældet efter den 10-årige forældelsesfrist, idet klagerens forsikring ved kritisk sygdom ophørte den 1/4 2009, og idet klageren først ansøgte om udbeta-

Ankenævnet for Forsikring

11.

95996

ling den 10/10 2020, hvilket er mere end 11 år efter forsikringens ophør. Selskabet har subsidiært anført, at klageren ikke har fået stillet en dækningsberettigende diagnose i forsikringstiden.

Af kapitel 5 § 3, stk. 2, i forsikringsbetingelserne fremgår det, at "Det er en betingelse for udbetaling af dækning ved kritisk sygdom, at sygdommen er diagnosticeret i forsikringstiden. Diagnoser, der stilles før forsikringstidens begyndelse eller efter dens udløb, er ikke dækket. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende for retten til dækningen ved kritisk sygdom og ikke det tidspunkt, forsikringstageren får kendskab til diagnosen".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom til klageren.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren den 1/4 2009 overgik til hvilende medlemskab, hvorved forsikringen ved visse kritiske sygdomme ophørte, og at klageren den 1/10 2020 fik stillet diagnosen korsakoff.

Nævnet bemærker, at såfremt klageren kan dokumentere, at hun har fået stillet diagnosen før forsikringens udløb den 1/4 2009, vil klagerens eventuelle krav været forældet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Peter Thønnings