

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 14. september 2022 blev i sag nr. 97677:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ansøgt om pensionsordning. I klageskema af 20/12 2021 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Jeg ønsker at indbringe klage over Danica Pension Helbredsafdelings vurdering af min helbreds-erklæring ifm. oprettelse af privat pensionsordning.

Jeg har modtaget besked om, at Danica på baggrund af min stress-sygemelding på min tidligere arbejdsplads [arbejdsgiver] i foråret (medio april 2021 tom. juni 2021, hvorfra min ansættelse op-hørte efter egen opsigelse pr. 31/5 2021, i alt 2,5 mdr. sygemelding og dermed uarbejdsdygtig-hed) har givet afslag på at oprette den aftale jeg mundtligt fik lovning på pr. telefon medio sep-tember 2021, såfremt mine helbredsoplysninger var tilfredsstillende.

Det er veldokumenteret, at [arbejdsgiver] har haft og til dels fortsat har et sygt arbejdsmiljø og en syg arbejdskultur, særligt i ..., hvor jeg var ansat.

Det har en af jeres ansatte i Helbredsafdelingen desuden bekræftet for mig per telefon, da jeg ringede vedr. en revurdering af min sag.

Da Danica også er [arbejdsgivers] pensionsselskab nævnte hun, at Danica selv behandler de man-ge sygemeldinger der ligger på [arbejdsgivers] ansatte, og derfor også er bekendt med, at stedet har en syg arbejdskultur, hvilket har affødt flere syge medarbejdere end det ellers ville være til-fældet på en velfungerende arbejdsplads.

Jeg fik pr. telefon at vide, at Danica, som alle øvrige pensionsselskaber, udelukkende kigger på symptomer på psykisk ustabilitet i form af stress, ikke på årsagerne hertil.

I mit tilfælde mener jeg det må være rimeligt, at der gøres en undtagelse til denne regel, altså at kigge på årsagen til min sygemelding.

Ankenævnet for Forsikring

2.

97677

Jeg mener ikke det kan være rigtigt, at jeg som privatperson og nu tidligere medarbejder på [arbejdsgiver] af min privatøkonomi skal bøde for, at jeg har været ansat på en syg arbejdsplads, som jeg har taget afstand fra ved at melde mig syg og allerede efter en måneds sygemelding sige mit job op.

I dag er jeg ansat på ny i en sund virksomhed, og det har jeg været fra medio september. Og det agter jeg at fortsætte med at være. Der er intet i min historik der peger på psykisk sygdom, og min sygemelding i foråret skyldtes i allerhøjeste grad en stor mistrivsel i det daværende arbejdsmiljø i ... på [arbejdsgiver].

Jeg blev i afslaget på min klage oplyst om, at der vil gå ml. 5-7 år før mit psykiske helbred vil kunne revurderes efter denne sygemelding.

Indtil da vil det i forsikringsdækninger koste mig månedligt 2.131 kr. mere i tab af erhvervsevne, 74 kr. mere i kritisk sygdom, desuden vil minimumsbeløbet på min månedlige pensionsindbetaling stige med 472 kr.

Det giver på årsbasis en merudgift for mig på 32.124 kr., på 5 år 160.620 kr. og frem til min forventede pensionsalder 1.124.340 kr.

Det kan ikke være rimeligt, at jeg som privatperson skal betale en så høj pris for at have været ansat et sted, som gjorde folk syge, og som jeg meget klart har taget afstand fra ved selv at sige op.

Jeg ser derfor frem til en revurdering af min sag hos Ankenævnet for Forsikring, efter afslag på min klage fra Danica Pensions egen klageinstans.

...

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

En pensionsaftale med de nævnte priser i vedhæftede bilag 'Bilag ved fortsættelse –'

Selskabet har i brev af 1/2 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen omhandler efter Danica Pensions opfattelse spørgsmålet om, hvorvidt Danica Pension er frit stillet til at fastsætte vilkårene for antagelse af klagerens forsikringsanmodning på grundlag af en vurdering af klagerens helbredsoplysninger.

Af de grunde der er anført nedenfor, er det Danica Pensions synspunkt, at klagerens anmodning om at fortsætte forsikringsdækningerne på en ordning med reduceret præmie medfører en økonomisk risiko, som Danica Pension er berettiget til at acceptere eller afvise på grundlag af en forsikringsmedicinsk vurdering. Det er endvidere Danica Pensions synspunkt, at der er foretaget en saglig og korrekt vurdering af klagerens helbredsoplysninger. Endelig er det Danica Pensions synspunkt, at denne vurdering rettelig førte til, at klageren ikke kunne tilbydes en ordning med reduceret præmie, men i stedet tilbydes fortsættelse af den hidtidige ordning på individuelle vilkår.

Sagsfremstilling og hovedsynspunkter

Klageren kom ind i pensionsordningen den 1. februar 2021 i henhold til en firmapensionsaftale mellem Danica Pension og [arbejdsgiver]. Aftalegrundlaget for pensionsordningen fremlægges for helhedens skyld som **Bilag A**.

Klageren indtrådte dermed i en obligatorisk pensionsordning på kollektive vilkår. Det fremgår blandt andet af forsikringsbetingelserne, at forsikringsdækningerne automatisk ophører, når klageren fratræder sin stilling hos arbejdsgiveren, jf. bilag A, side 27.

Af samme årsag havde klageren i tilfælde af en fratrædelse mulighed for at oprette en fortsættelsesforsikring på individuelle vilkår, uden at afgive helbredsoplysninger, jf. bilag A, side 27. Omvendt ville en fortsættelse af forsikringsdækningerne under en anden ordning med et andet dækningsomfang eller lavere præmie – på lige vilkår med andre kunder – forudsætte afgivelse af helbredsoplysninger på ny. Baggrunden for kravet om helbredsoplysninger er, at en fortsættelse af forsikringsdækningerne i så fald vil medføre en ændring af den økonomiske risiko, som Danica Pension er berettiget til at acceptere eller afvise ud fra en vurdering af den samlede risiko.

Klageren har oplyst i klageskemaet, at klageren opsagde sin stilling hos [arbejdsgiver] med fratrædelse den 31. maj 2021. Det fremgår imidlertid af Danica Pensions oplysninger, at klageren fratrådte sin stilling den 30. juni 2021. Forskellen har dog ingen betydning for den materielle vurdering af klagen.

Den 22. juni 2021 sendte Danica Pension en skrivelse til klageren med nærmere information om fratrædelsens betydning for klagerens pensionsordning, der fremlægges som **Bilag B**. Det fremgår heraf, at forsikringsdækningerne ville bortfalde den 1. oktober 2021, hvis ikke klageren kontaktede Danica Pension for at fortsætte forsikringerne på individuelle vilkår.

Klageren kontaktede Danica Pension medio september 2021, og anmodede i den sammenhæng om, at fortsætte forsikringsdækningerne under en ordning med en reduceret præmie. Antagelse under en ordning med reduceret præmie forudsatte imidlertid, at klageren afgav tilfredsstillende helbredsoplysninger. Klageren ønskede således ikke at fortsætte forsikringsdækningerne på individuelle vilkår inden for Danica Pensions videreførelseskoncept, der ikke krævede afgivelse af helbredsoplysninger, jf. tillige bilag A, side 27. For god ordens skyld fremgår den reducerede præmie af de til klagen vedlagte regneeksempler, mens den almindelige præmie på individuelle vilkår inden for videreførelseskonceptet fremgår af det efterfølgende tilbud, jf. nedenfor.

Som opfølgning på rådgivningen, modtog klageren derfor en mail fra Danica Pension den 14. september 2021, der fremlægges som **Bilag C**. Det fremgår heraf:

'Helbredserklæring'

*Du vil også få en særskilt mail med en elektronisk helbredserklæring. Den får du, fordi:
– du indtræder i en aftale, som kræver afgivelse af nye helbredsoplysninger'*

Samme dag afgav klageren helbredsoplysninger til Danica Pension, der fremlægges som **Bilag D**. Klageren oplyste i den sammenhæng under spørgsmål '1o', at klageren havde modtaget behandling for 'stress eller udbrændthed' (svar 1oA). Klagerne oplyste endvidere, at symptomerne havde varet op til 2 måneder, og at de seneste symptomer var i maj 2021 (1oB). Endelig oplyste klageren, at symptomerne medførte uarbejdsdygtighed (1oE).

Når Danica Pension – på lige fod med resten af pensionsbranchen – foretager en forsikringsmedicinsk vurdering af helbredsoplysninger, sker vurderingen udelukkende ud fra de oplyste symptomer og lidelser. Vurderingen inddrager ikke eksterne faktorer, såsom forholdene på arbejdspladsen eller hjemmefronten, da det er forskelligt hvordan individer reagerer på og tackler eksterne faktorer. Det er derfor afgørende for vurderingen, om og i så fald i hvilken udstrækning, den enkelte oplever symptomer og lidelser, der har betydning for Danica Pensions vurdering af risikoen.

De af klageren beskrevne symptomer og lidelser (bilag D) forøgede den samlede økonomiske risiko forbundet med at tilbyde klageren de efterspurgte forsikringsdækninger. Som følge heraf meddelte Danica Pension den 7. december 2021 (vedlagt klagen) afslag på at fortsætte forsikringsdækningerne under en ordning med reduceret præmie. Afslaget var begrundet med klagerens oplysninger om stresssymptomerne og den deraf følgende uarbejdsdygtighed.

Klageren indgav på denne baggrund en klage til Danica Pensions klageafdeling, der efter fornyet vurdering og gennemgang, fastholdt det meddelte afslag af 7. december 2021 (vedlagt klagen).

Som en afsluttende bemærkning blev klageren kontaktet af en rådgiver fra Danica Pension den 8. december 2021, der tilbød klageren, at fortsætte forsikringsdækningerne på almindelige individuelle vilkår inden for videreførelseskonceptet, jf. mail af 8. december 2021 (**Bilag E**). Dette tilbud er sidenhen udløbet, uden at klageren har oprettet aftalen. For at sikre, at klageren ikke står uden dækninger, forlænger Danica Pension diskretionært tilbuddet med 10 dage fra datoen for indgivelsen af nærværende ankenævnsvarskrift.

Endelig er der en mulighed for, at klageren efter omstændighederne kan fortsætte sine forsikringsdækninger under jobskifteordningen ved sin nye arbejdsgiver. Dette kunne være et alternativt, såfremt klageren kan opnå bedre vilkår under en eksisterende gruppeordning ved sin arbejdsgiver.

Sammenfattende fastholdes det, at Danica Pension skal have medhold i klagen."

Nævnets sekretariat har den 17/5 2022 bedt om selskabets bemærkninger til, om klageren er omfattet af handicapdiskriminationsloven, og om lovens § 7 om undtagelser fra forbuddet om forskelsbehandling er opfyldt. Sekretariatet har også bedt om selskabets bemærkninger til tidsperioden, før klageren kan få en ny vurdering. Selskabet har i besked af 7/6 2022 til nævnet bl.a. anført:

"For så vidt angår overholdelsen af lov nr. 688 af 8/6/2018 om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap:

Ankenævnet har spurgt til, om klager – i forbindelse med helbredsbedømmelsen af klager – omfattes af lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap (herefter 'Loven'), og om reglen i § 7 om undtagelser fra forbuddet om forskelsbehandling er opfyldt.

...

Vi kan i den forbindelse bemærke følgende, som gælder generelt for den helbredsbedømmelse, der foretages i Danica:

Om en person rent definitorisk lider af et handicap, og dermed omfattes af Lovens anvendelsesområde, afhænger af en konkret vurdering af den enkelte. Ifølge FN's handicapkonvention, artikel 1, har en person et handicap, når personen: 'har en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre [vedkommende] i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre'.

Hvorvidt en kunde opfylder denne definition for at være handicappet indgår ikke i sagsbehandlingen i Danica. Vi behandler alle kunder ens og forholder os til den enkeltes helbredsmæssige forhold, og hvordan disse forhold påvirker de forsikringsmæssige risici.

Helbredsmæssige udfordringer – uanset om der er tale om forhold, der opfylder en definition af begrebet 'handicap' eller ej – indgår således generelt i vurderingen af en kundens forsikringsmæssige muligheder.

Det er vores opfattelse, at dette fuldt ud er i overensstemmelse med Loven – ligesom det er vores vurdering, at denne opfattelse er fuldt på linje med eksempelvis Finanstilsynets fortolkning af reglerne.

Loven angiver i § 7 at eventuel forskelsbehandling er lovlig, hvis 'den er objektivt begrundet i et sagligt formål, er nødvendig for at opnå formålet, og der er et rimeligt forhold mellem det ønskede mål, og hvor indgribende forskelsbehandlingen er for den eller dem, som bliver stillet ringere.'

Den vurdering, som vi foretager af kundernes helbredsmæssige forhold for at vurdere deres forsikringsmæssige risici opfylder kriterierne i § 7. Den helbredsmæssige vurdering er begrundet i Danicas behov for at vurdere de forsikringsmæssige risici forbundet med at tegne forsikring – og derfor netop saglig begrundet, nødvendig og rimelig.

Selv om vi utilsigtet måtte komme til at agere på en måde, som principielt kunne kategoriseres som forskelsbehandling, indebærer § 7 således at det vil være lovligt.

Det er i øvrigt vores opfattelse, at Loven fra 2018 ikke ændrede grundlæggende ved de principper for forsikringstegning som Finanstilsynet beskrev i Rapport om Forsikringsselskabers håndtering af personer med psykiske lidelser fra 2015.

I rapporten fremgår, under henvisning til god skik og begrundelseskrav i henhold til forsikringsaftaleloven, følgende: 'Eventuelle afslag, højere præmier eller skærpede vilkår skal derfor kunne begrundes sagligt i eksempelvis risikomæssige hensyn, og et forsikringsafslag begrundet med en forøget risiko for en forsikringsbegivenheds indtræden som følge af den forsikringssøgendes psykiske eller fysiske helbredstilstand må derfor anses for sagligt og ikke stridende mod reglerne om god skik, jf. § 3 i bekendtgørelsen (om god skik, red.). Bestemmelsen indebærer, at forsikringsselskaberne ikke må forskelsbehandle forsikringssøgende på et usagligt grundlag.'

Tilsvarende anføres blandt andet følgende i de almindelige bemærkninger (pkt. 3.2) til lovforslaget til Loven (som er relevant, såfremt en ensartet behandling af kunder utilsigtet måtte vurderes at indebære en forskelsbehandling af en konkret person): 'Det er også Børne- og Socialministeriets opfattelse, at både direkte og indirekte forskelsbehandling i forhold til personer med handicap

skal være mulig, såfremt forskelsbehandlingen har et sagligt formål.' Dette er udmøntet i Lovens § 7.

Så vidt Danica er bekendt vil Finanstilsynet i øvrigt om kort tid offentliggøre en rapport med vurdering af adgangen til livs- og skadesforsikringer for personer med handicap, som bekræfter ovenstående syn på de helbreds vurderingerne, som blandt andet Danica foretager.

For så vidt angår helbredsoplysningerne:

Tilsagn om ny vurdering efter 5 år for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser sker under forudsætning af, at vi taler om lette til moderate tilfælde – uden psykiatriske indlæggelser eller anden behandlingskontakt indenfor de seneste 5 år – som ikke har begrænset funktionsevnen i dagligdag eller erhverv. Har en god social kontaktflade (bor i selvstændig bolig, er i fast samlivsforhold og har et stabilt socialt netværk) – og uden suicidale tendenser og ingen mistanke om misbrug.

Det vil sige, at vi kan give tilsagn om ny vurdering efter 5 år ved fuld funktionsevne i dagligdag (ingen indskrænkning i livsførelsen) og erhverv (ingen uarbejdsdygtighed) i mere end 5 år.

Observationstiden er en afgørende faktor for at se, hvordan det går kunden. Ved revurdering efter 5 år, kan Danica Pension selvfølgelig ikke forudse, hvilken vurdering det vil give til den tid.

Vurderingen af helbredsoplysningerne, vil ske efter de på tidspunktet gældende retningslinjer, som er udarbejdet af Videncenter for Helbred og Forsikring. Kunden er velkommen til at kontakte Danica Pension til den tid, hvor kunden skal give os nye oplysninger om sit helbred."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af selskabets brev af 22/6 2021 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi har fået besked om, at du fratræder dit job den 1. juli 2021. Du skal derfor beslutte, hvad der skal ske med din pensionsordning og give os besked så hurtigt som muligt.

Du beholder dine forsikringsdækninger frem til den 1. oktober 2021. Du betaler samme pris for dem i denne periode, og vi trækker betalingen fra din opsparing. Vil du ikke beholde disse dækninger, så giv os besked på www.danicapension.dk/skriv – så stopper dækningerne den første i måneden efter.

Bevar din økonomiske tryghed

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

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

Bemærk, at udbetalingstidspunktet på din pensionsordning fremover er fast og ikke automatisk bliver ændret, hvis din folkepensionsalder bliver ændret.

Vigtigt – kontakt os hurtigt

Ankenævnet for Forsikring

7.

97677

Hvis du vil fortsætte med at indbetale, skal du kontakte os, helst inden den 16. september 2021, så vi kan rådgive dig om dine muligheder og få en ny aftale på plads, inden dækningerne falder væk. Hører vi ikke fra dig inden den 1. oktober 2021, ændrer vi din pensionsordning til en ordning uden indbetaling pr. denne dato. Det betyder at:

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

Af Helbredserklæring udfyldt af klageren den 14/9 2021 fremgår bl.a.:

"Angiv hvilke symptomer eller tilstande du har eller har haft:

Stress eller udbrændthed

...

B Hvor længe varede symptomerne?

Op til 2 måneder

...

Hvornår har du senest haft symptomer?

Måned/år
05/2021

C Har du eller har du haft de symptomer, der er nævnt under spørgsmål A:

a. For mere end 5 år siden?

Nej ...

b. For mellem 3 og 5 år siden?

Nej ...

c. For mellem 1 og 3 år siden?

Nej ...

d. Indenfor det seneste år?

... Ja

Hvor **længe** har du haft symptomer?

... 1-3 måneder

...

7 Har du indenfor de seneste 12 måneder været syg eller sygemeldt i mere end 30 dage sammenlagt?

... Ja

I hvilke perioder?

12/04/2021-30/06/2021

Årsag?

Stress ifm. mistrivsel i tidl. Job"

Af selskabets brev af 7/12 2021 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi har foretaget en forsikringsmedicinsk vurdering af dine helbredsoplysninger.

Vi kan desværre ikke tilbyde dig at oprette fortsættelse af din pensionsordning på de tidligere oplyste vilkår/priser.

Det skyldes dine oplysninger om stress med seneste symptomer i maj 2021 og med uarbejdsdygtighed.

Du vil snarest modtage henvendelse fra din rådgiver om, hvordan du kan fortsætte din pensionsordning."

Af Finanstilsynets undersøgelse 2021/2022 om "Adgang til livs- og skadesforsikringer for personer med handicap" fremgår bl.a.:

"Konklusioner

Finanstilsynet har i denne undersøgelse foretaget en vurdering af, om forsikringsselskabernes praksis i forhold til adgang til forsikringer for personer med et handicap er i overensstemmelse med reglerne om god skik. Finanstilsynet har i den forbindelse inddraget reglerne i lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap (handicapdiskriminationsloven)... Definitionen på personer med handicap fremgår af handicapkonventionen og er nærmere beskrevet i rapportens bilag 1, side 18.

...

Det er Ligebehandlingsnævnet, som har kompetence til at træffe afgørelse i konkrete klager om overtrædelse af forbuddet mod forskelsbehandling efter handicapdiskriminationsloven. Nævnet fastlægger i den forbindelse praksis for, hvornår der er tale om ulovlig forskelsbehandling på grund af handicap. Der har endnu ikke været nogen afgørelser om forbuddet mod forskelsbehandling i forhold til forsikringer. Ny praksis fra nævnet vil derfor kunne medføre, at den praksis, som er nævnt nedenfor, vil skulle revideres.

Finanstilsynet vil derfor løbende vurdere, om afgørelser fra Ligebehandlingsnævnet om overtrædelse af forbuddet mod forskelsbehandling, giver anledning til at tage problemstillingen op på ny i forhold til reglerne om god skik. Desuden skal god skik-reglerne fortolkes dynamisk, dvs. i overensstemmelse med de til enhver tid gældende samfundsnormer.

...

Den overordnede konklusion er, at forsikringsselskabernes behandling af forsikringssøgende med et handicap som udgangspunkt er i overensstemmelse med god skik.

...

Konklusion 1:

Livsforsikringsselskaberne sonderer ikke mellem personer med handicap og andre personer, som har helbredsmaessige udfordringer, i forbindelse med anmodning om tegning af invalide- og dødsfalds-forsikringer. Alle forsikringssøgende gennemgår den samme antagelsesproces, og selskaberne vurderer den forsikringssøgendes helbred individuelt med henblik på at afdække den forsikringsmaessige risiko.

Finanstilsynet vurderer, at en praksis, hvor alle forsikringssøgende bliver vurderet individuelt er i overensstemmelse med god skik.

...

Konklusion 2:

Nogle livsforsikringsselskaber benytter sig af automatiske afslag og automatiske skærpede vilkår ved anmodning om livs- og invalideforsikringer. Finanstilsynet vurderer, at denne praksis øger risikoen for diskrimination af personer med handicap. En sådan praksis kan derfor være i strid med god skik.

Der er dog særlige situationer, hvor den forsikringsmæssige risiko er så høj, at automatiske afslag eller automatiske skærpede vilkår på livs- og invalideforsikringer kan benyttes, idet en individuel vurdering ikke ville kunne ændre på udfaldet, og hvor afslaget dermed kan være sagligt begrundet, nødvendigt og proportionelt. Finanstilsynet vurderer, at sådanne tilfælde er i overensstemmelse med god skik.

...

Konklusion 3:

Livsforsikringsselskaberne begrundet af egen drift afslag på tegning af forsikringer og tilbud om forsikringer på skærpede vilkår. I de tilfælde, hvor de finder det relevant, oplyser selskaberne de forsikringssøgende om muligheden for at søge om forsikringen igen, hvis deres helbredsmæssige forhold ændrer sig.

Finanstilsynet vurderer, at denne praksis er i overensstemmelse med god skik.

...

Bilag 1 – Retligt grundlag

Den finansielle lovgivning indeholder ikke regler, der regulerer kunders adgang til finansielle produkter fra deres helbred. Der er som udgangspunkt aftalefrihed på forsikringsområdet. Potentielle kunder har ikke som udgangspunkt ret til at tegne en forsikring, ligesom selskaberne ikke har pligt til at sælge deres produkter, dvs. at tegne forsikringer for de forsikringssøgende.

Der gælder dog en del regler, som forsikringsselskaber skal iagttage, når de udøver forsikringsvirksomhed. Udover regler i den finansielle regulering er der tale om regler i forsikringsaftaleloven, databeskyttelsesreguleringen og handicapdiskriminationsloven. De relevante regler i forhold til undersøgelsen bliver gennemgået i det følgende.

Kontraheringsfrihed

Aftalefrihed er udgangspunktet i dansk ret. Som borger eller virksomhed vælger man med andre ord selv, hvem man vil indgå aftale med, og hvad man ønsker at indgå aftale om. Det gælder også for forsikringsselskaber og betyder som alt overvejende hovedregel, at selskaberne inden for lovgivningens øvrige rammer selv kan bestemme, hvem de vil tilbyde forsikringer og på hvilke vilkår. Princippet gælder for alle typer af forsikringsaftaler på forbrugerområdet med undtagelse af lovpligtige forsikringer som f.eks. ansvarsforsikring for motorkøretøjer, hvor selskaberne har en kontraherings-pligt. Der findes dog ikke mange lovpligtige forbrugerforsikringer i Danmark.

Princippet om aftalefrihed indebærer bl.a., at et forsikringsselskab har mulighed for at tage kunders forskellige forsikringsrisici i betragtning, når selskabet vurderer, om det vil tilbyde en forsikringssøgende at tegne forsikring.

Regler på det finansielle område

God skik-reglerne

Finansielle virksomheder skal drives i overensstemmelse med redelig forretningsskik og god praksis inden for virksomhedsområdet. Det fremgår af § 43, stk. 1, i lov om finansiell virksomhed. Forsikringsdistributører, herunder forsikringsselskaber, skal handle redeligt og loyalt overfor deres kunder. Det fremgår af § 4, stk. 1, i bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører. Der er tale om en retlig standard, som skal fortolkes i overensstemmelse med de til enhver tid gældende samfunds-normer.

I begrebet 'redeligt og loyalt' ligger bl.a., at selskaberne ikke må forskelsbehandle kunder på et usagligt grundlag. Et selskab må dermed gerne fastsætte højere præmier eller skærpede vilkår for personer med handicap, hvis det sagligt kan begrundes med, at selskabet påtager sig større risiko end sædvanligt ved at tegne forsikring for vedkommende.

Det er derimod i strid med god skik at afvise personer med handicap, alene fordi selskabet ikke ønsker at tegne forsikringer for disse. Det betyder blandt andet, at et eventuelt afslag på en anmodning om at tegne forsikring skal være sagligt begrundet. Hertil kommer, at det også vil være i strid med god skik at overtræde reglerne i anden særregulering, herunder reglerne om forskelsbehandling.

Det følger videre af en fortolkning af den generelle god skik-bestemmelse, at selskaberne af egen drift skal yde rådgivning, hvor omstændighederne tilsiger, at der er behov for det. Det betyder f.eks., at hvis et forsikringsselskab begrundet et afslag på tegning af forsikring med ansøgerens helbredstilstand, skal selskabet af egen drift oplyse kunden om dennes muligheder for en senere revurdering.

...

Lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap

Den 1. juli 2018 trådte et forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap udenfor arbejdsmarkedet i kraft med lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap (handikapdiskriminationsloven).

Det fremgår af lovens § 1, at lovens formål er at forhindre forskelsbehandling på grund af handicap og at fremme ligebehandling af personer med handicap.

...

I henhold til handicapdiskriminationslovens § 5, stk. 1 er både direkte og indirekte forskelsbehandling af personer med handicap forbudt ...

...

I henhold til lovens § 7 kan såvel direkte som indirekte forskelsbehandling på grund af handicap være lovlig, hvis den har et sagligt formål.

...

Det er desuden et krav, at forskelsbehandlingen skal være nødvendig for at opnå formålet. Nødvendigheden af forskelsbehandlingen må vurderes konkret i forhold til, hvilken situation der er tale om. En central overvejelse vil være, om det saglige formål kan sikres på anden måde.

Endelig er det et krav, at der skal være et rimeligt forhold mellem det ønskede saglige formål, og hvor indgribende forskelsbehandlingen er for den eller de, som bliver stillet dårligere. Det skal dermed vurderes i det enkelte tilfælde, om midlerne er proportionale med målet. Samlet set skal forskelsbehandlingen fremstå som en rimelig løsning.

...

Ligebehandlingsnævnet har kompetence til at behandle klager over overtrædelse af forbuddet mod forskelsbehandling på grund af handicap. Nævnet har endnu ikke truffet afgørelser i henhold til forbuddet i forbindelse med forsikringer. Hvis Ligebehandlingsnævnet på et senere tidspunkt træffer afgørelse i en sag om diskrimination af personer med handicap i forbindelse med forsikringer, vil det indgå i en fortolkning af god skik-reglerne på det finansielle område".

Ankenævnet for Forsikring

11.

97677

Af forsikringsbetingelserne for klagerens pensionsordning hos sin tidligere arbejdsgiver fremgår bl.a.:

"Ophør

Du kan her læse om reglerne for ophør af gruppeordning for

- tab af erhvervsevne
- dødsfald
- dækning ved visse kritiske sygdomme.

Forsikringen ophører automatisk

- når forsikrede fratræder sin stilling hos arbejdsgiveren

...

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."

Nævnet udtaler:

Klageren klager over selskabets afslag på at tegne en privat pensionsordning med forsikringsdækninger til en reduceret præmie.

Klageren blev den 1/2 2021 omfattet af en obligatorisk pensionsordning på kollektive vilkår hos sin arbejdsgiver. Hun blev sygemeldt med stress i april 2021, hvorefter hun valgte at opsige sin stilling. Ansættelsen ophørte den 1/7 2021. Hun blev raskmeldt pr. 1/7 2021 og har fra medio september 2021 været ansat hos en anden arbejdsgiver.

Selskabet har i overensstemmelse med pensionsvilkårene for den obligatoriske pensionsordning tilbudt klageren en fortsættelsesforsikring på individuelle vilkår uden afgivelse af helbredsoplysninger efter de tarif- og forsikringsbetingelser, der gælder for individuelle forsikringer på fratrædelsestidspunktet. Klageren har i stedet ønsket en pensionsordning til en reduceret præmie, hvilket forudsatte afgivelse af helbredsoplysninger. Selskabet har på baggrund af

klagerens oplysning – om at hun har været sygemeldt med stress fra 12/4 2021 til 30/6 2021 – afslået, at klageren kan tegne pensionsordning til en reduceret præmie.

Klageren ønsker, at selskabet pålægges at tegne pensionsordning til de priser, som hun har fået oplyst i forbindelse med selskabets tilbud om en pensionsordning, der forudsatte tilfredsstillende helbredsoplysninger.

Hun har anført, at hun har været ansat hos en arbejdsgiver med et sygt arbejdsmiljø og en syg arbejdskultur, og at selskabet bør se på årsagen til hendes sygemelding. Hun har anført, at "Jeg mener ikke det kan være rigtigt, at jeg som privatperson og nu tidligere medarbejder på [arbejdsgiver] af min privatøkonomi skal bøde for, at jeg har været ansat på en syg arbejdsplads, som jeg har taget afstand fra ved at melde mig syg og allerede efter en måneds sygemelding sige mit job op".

Selskabet har afslået at tilbyde klageren en pensionsordning til en reduceret præmie med henvisning til, at klagerens helbredsoplysninger – stresssymptomer og uarbejdsdygtighed – har forøget selskabets økonomiske risiko forbundet med at tilbyde klageren de efterspurgte forsikringsdækninger. Selskabets vurdering sker udelukkende ud fra de oplyste symptomer og lidelser. Selskabet inddrager ikke eksterne faktorer så som forhold på arbejdsplads eller hjemmefronten. Selskabet har anført, at det ikke indgår i sagsbehandlingen, om kunden er handicappet i handicapdiskriminationslovens forstand. Selskabet behandler alle kunder ens og forholder sig til den enkeltes helbredsmæssige forhold, og hvordan de helbredsmæssige forhold påvirker de forsikringsmæssige risici. Selskabet har efter en individuel vurdering af klagerens helbredsoplysninger ikke kunnet tilbyde en pensionsordning til en reduceret præmie. Den helbredsmæssige vurdering er begrundet i selskabets behov for at vurdere de forsikringsmæssige risici forbundet med at tegne forsikring – og er derfor netop saglig begrundet, nødvendig og rimelig. Selskabet har anført, at vurderingen opfylder kriterierne i handicapdiskriminationslovens § 7 om undtagelserne fra forbuddet om forskelsbehandling.

Selskabet har videre anført, at Finanstilsynet i en rapport fra 2015 om forsikringsselskabers håndtering af personer med psykiske lidelser har udtalt, "at et forsikringsafslag begrundet med en forøget risiko for en forsikringsbegivenheds indtræden som følge af den forsikringssøgendes psykiske eller fysiske helbredstilstand må derfor anses for sagligt og ikke stridende mod reglerne om god skik, jf. § 3 i bekendtgørelsen [om god skik]".

Selskabet har oplyst, at selskabet kan give tilsagn om en ny vurdering efter 5 år ved fuld funktionsevne i dagligdag (ingen indskrænkning i livsførelsen) og erhverv (ingen uarbejdsdygtighed) i mere end 5 år. Klageren kan kontakte selskabet til den tid, hvor hun skal afgive nye helbredsoplysninger, og selskabet kan selvfølgelig ikke forudse, hvilken vurdering det vil give til den tid.

Af Finanstilsynets undersøgelse 2021/2022 om "Adgang til livs- og skadesforsikring for personer med handicap" fremgår det, at "Finanstilsynet har i denne undersøgelse foretaget en vurdering af, om forsikringsselskabernes praksis i forhold til adgang til forsikringer for personer med et handicap er i overensstemmelse med reglerne om god skik. Finanstilsynet har i den forbindelse inddraget reglerne i lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap (handicapdiskriminationsloven) ... Det er Ligebehandlingsnævnet, som har kompetence til at træffe afgørelse i konkrete klager om overtrædelse af forbuddet mod forskelsbehandling efter handicapdiskriminationsloven. Nævnet fastlægger i den forbindelse praksis for, hvornår der er tale om ulovlig forskelsbehandling på grund af handicap. Der har endnu ikke været nogen afgørelser om forbuddet mod forskelsbehandling i forhold til forsikringer. Ny praksis fra nævnet vil derfor kunne medføre, at den praksis, som er nævnt nedenfor, vil skulle revurderes. Finanstilsynet vil derfor løbende vurdere, om afgørelser fra Ligebehandlingsnævnet om overtrædelse af forbuddet mod forskelsbehandling, giver anledning til at tage problemstillingen op på ny i forhold til reglerne om god skik. Desuden skal god skik-reglerne fortolkes dynamisk, dvs. i overensstemmelse med de til enhver tid gældende samfundsnormer". Det fremgår desuden, at "Livsforsikringsselskaberne sonderer ikke mellem personer med handicap og andre personer, som har helbreds-mæssige udfordringer, i forbindelse med anmodning om tegning af invalide- og dødsfaldsforsikringer. Alle forsikringssøgende gennemgår den samme antagelsesproces, og selskaberne

vurderer den forsikringssøgendes helbred individuelt med henblik på at afdække den forsikringsmæssige risiko. Finanstilsynet vurderer, at en praksis, hvor alle forsikringssøgende bliver vurderet individuelt, er i overensstemmelse med god skik".

Nævnet bemærker, at selskabet ved sin vurdering skal iagttage god skik reglerne og anden lovgivning, der kan være relevant for vurderingen, herunder lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap. Handicapbegrebet omfatter langvarige begrænsninger som følge af bl.a. fysiske, mentale eller psykiske skader, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre den berørte person i fuldt og effektivt at deltage i arbejdslivet på lige vilkår med andre arbejdstagere.

På det foreliggende grundlag finder nævnet, at det ikke er godtgjort, at klageren er omfattet lov mod forskelsbehandling på grund af handicap.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist, at klageren kan tegne pensionsordning til en reduceret præmie.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at muligheden for at tegne en pensionsordning til reduceret præmie forudsætter, at klageren kan fremlægge tilfredsstillende helbredsoplysninger, og at selskabet afgørelse er truffet ud fra en individuel vurdering af klagerens helbredsoplysninger.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at stress er en individuelt betinget reaktion på belastninger, og at stress er en risikofaktor for udvikling og forværring af sygdom og erhvervsevnetab.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren er blevet tilbudt en videreførelse af sin pensionsordning på individuelle vilkår uden helbredsoplysninger, og at klageren har mulighed for at få sin anmodning om en reduceret præmie revurderet efter en årrække.

Ankenævnet for Forsikring

15.

97677

Nævnet bemærker, at vurderingen af risikoen for erhvervsevnetab foretages på baggrund af helbredsoplysningerne og ikke på baggrund af, hvad der har udløst symptomerne eller lidelserne.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen

formand