

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 29. juni 2022 blev i sag nr. 97729:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klage af 5/1 2022 har klageren bl.a. anført:

"1. Indledning

Som advokat for [klageren] klager jeg hermed over Skandias (nu AP Pensions) afslag på at yde dækning ved en anmeldt kritisk sygdom i form af kræft i øjet.

Med nærværende klage nedlægges påstand om, at selskabet skal anerkende, at min klients kræft i øjet er dækket af forsikringen, og at selskabets skal genoptage sagens behandling og udbetale summen med tillæg af renter efter forsikringsaftalelovens § 24.

2. Sagsfremstilling

Min klient har som led i en ansættelse haft pensionsordning, herunder forsikring ved visse kritiske sygdomme, hos Skandia. Hun ophørte i den stilling, som pensionsordningen var indgået gennem, og tiltrådt en ny stilling pr. 1. august 2020.

Siden 2019 har min klient været i kontakt med sundhedsvæsenet vedrørende højre øje, der var under mistanke for kræft. Den 9. juni 2020 var hun til kontrol på hospitalet, hvor en operation blev drøftet. Det blev besluttet, at hun ved næste kontrol skulle tage sin kæreste med, da de netop havde fået [et barn], og min klient vil være sygemeldt i seks uger efter en operation uden mulighed for at løfte. Til denne kontrol rådgav overlægen min klient til at kontakte sin forsikring med hensyn til dækning ved kritisk sygdom.

Min klient blev i perioden tilbudt nyt job, hvor der ville være tale om en anden pensionsleverandør, hvorfor hun også af den grund kontaktede Skandia for at høre, hvordan hun var dækket; i forhold til kræft i øjet og under hensyn til et forestående jobskifte. Hun kontaktede Skandia den 22. juni 2020.

Den 28. juni 2020 kontaktede min klient på ny Skandia, da hun fortsat ikke er klar over, om hun var dækket ved kritisk sygdom. Da hun dagen efter havde en samtale på [hospital], hvor en operationsdato skal fastsættes, ville hun gerne have styr på det. Rådgiveren fra Skandia oplyste i telefonen, at så længe min klient ville udfylde et fratrædelsesbrev og få overført sin sundhedsforsikring, ville hun være dækket.

Min klient anmodede om at få fremsendt fratrædelsesbrevet pr. mail, da hun endnu ikke havde fået det. Min klient rykkede også [pensionsmægler] for fratrædelsesbrevet den 11. august 2020 og den 17. september 2020.

Den 28. september kontaktede hun Skandias rådgiver ... og oplyste igen om jobskiftet samt kommende operation for kræft i øjet. Hun oplyste, at hun ønskede at være dækket i forbindelse med kritisk sygdom, idet hun nu fik en operationsdato fra [hospital].

Rådgiveren oplyste, at min klient kunne fortsætte sundhedsforsikringen, hvorefter hun vil være dækket for kritisk sygdom. Han forsikrede hende om dette flere gange og gjorde opmærksom på, at hun var dækket, hvis blot hun underskrev fratrædelsesbrevet. Som bilag 1 vedlægges dokumentation for min klients to telefonopkald på i alt 8 minutter den 28. september 2020.

Da min klient fortsat ikke havde modtaget noget fratrædelsesbrev, anmodede hun om at få fremsendt dette elektronisk, jf. bilag 2. I følgemailen anføres: 'Som aftalt får du her dit fratrædelsesbrev som pdf. Fil.' Brevet returneres den 30. september 2020. Dette er imidlertid et videreførelsesbrev, der alene angår sundhedsforsikringen.

Diagnose irismelanom (kræft i øjet) blev stillet den 29. september 2020, jf. bilag 3.

Den 15. oktober 2020 modtog min klient et brev med en kreditnota på ca. 2.500 kr.

Min klient anmeldte sin kritiske sygdom til selskabet den 16. oktober 2020. Samme dag er hun på selvbetjeningssiden, hvoraf det fremgår, at hun er dækket ved kritisk sygdom.

Selskabet har oplyst, at der skulle være sendt et videreførelsesbrev af 20. oktober 2020 med fysisk post, jf. bilag 4. I brevet er det blandt andet anført, at min klient er dækket i tre måneder, at hun skal kontakte selskabet senest den 20. november 2020, hvis hun ønsker ordningen videreført, og at hun blandt andet kan videreføre sine forsikringer ved privat indbetaling. Min klient modtog ikke brevet af 20. oktober 2020.

Den 21. oktober 2020 kontaktede min klient selskabet, da hun var i tvivl om, hvorvidt der var betalt et korrekt beløb for videreførelse, da hun havde modtaget en kreditnota, og hun gerne ville

sikre sig, at det ikke har indflydelse på hendes dækning ved kritisk sygdom. Hun oplyses, at noget var gået galt med indbetaling, men at hun ville blive kontaktet. Som bilag 5 vedlægges dokumentation på opkaldet den 21. oktober 2020.

I selskabets interne journalsystem fremgår den 30. oktober 2020: 'Ny KS ans. modtaget – søger på modermærkekræft i øjet.' Den 2. november 2020 bekræfter Skandia modtagelse af ansøgningen om udbetaling ved kritisk sygdom.

Den 15. december 2020 modtog min klient afslag på dækning med henvisning til, at diagnosen ikke skulle være stillet i forsikringstiden. Min klient har påklaget afgørelsen, som ikke har givet anledning til et andet resultat. Selskabet henviser blandt andet til en udtalelse fra HEFO, der vurderer sygdommen histologisk diagnosticeret den 19. november 2020. Derfor har nærværende klage været nødvendig.

3. Anbringender

3.1 Twistens hovedpunkter

Uenigheden, som ankenævnet skal bedømme, består i:

1) Hvorvidt betingelserne vedrørende diagnose er opfyldt i forsikringstiden, herunder ved diagnosen den 29. september 2020, jf. bilag 2, eller om selskabet kan betinge, at der også i forsikringstiden var et histologisk svar på min klients kræftdiagnose.

Har selskabet ud fra betingelserne ikke været berettiget hertil, vil min klient have krav på udbetaling af forsikringssummen.

Hvis ankenævnet måtte komme frem til, at der efter betingelserne kan stilles krav om, at diagnosen også histologisk skal være bekræftet i forsikringstiden, bliver spørgsmålet for nævnet:

2) Hvorvidt selskabet ifalder et rådgivningsansvar for ikke at have rådgivet min klient til at videreføre sin ordning, så den ville være i kraft i november 2020, hvor diagnosen histologisk blev bekræftet.

3.2 Ad diagnosetidspunktet

Til støtte for påstanden gøres det gældende, at min klient i forsikringstiden blev diagnosticeret med en sygdom, der er dækket i henhold til betingelserne.

Det fremgår af betingelsernes punkt 3, at forsikringen omfatter diagnosegruppen kræft. Videre fremgår det af betingelsernes punkt 2.2, at det er en betingelse for udbetaling, at den dækningsberettigende diagnose stilles, inden forsikringen ophører.

I udtalelse af 25. februar 2020 er det anført, at min klients kræfttilfælde (irismelanom) blev diagnosticeret den 29. september 2019. Da dette ligger inden for forsikringstiden, er der krav på dækning.

Det gøres gældende, at der ikke kan stilles krav om, at en efterfølgende histologisk bekræftelse også skal ligge inden for forsikringstiden.

Jeg henviser til Ankenævnet for Forsikrings kendelse nr. 86.491, hvor det i forsikringsbetingelserne

var bestemt, at det var et krav for dækning ved planlagt operation, at man var optaget på venteliste. Ankenævnet udtalte, at man ikke af ordlyd eller en formålsfortolkning kunne udlede, at optaget på venteliste skulle ske i forsikringstiden.

Ankenævnet lagde blandt andet vægt på, at der – tilsvarende nærværende sag – allerede var en tidsmæssig begrænsning af selskabets ansvar i punkt 5.1, hvorefter der skal være ansøgt senest seks måneder efter ophør.

Det fornuftige såvel som rimelige i et sådant resultat er, at tidspunktet for at komme på venteliste – eller som i denne sag at få et histologisk prøvesvar – kan ligge langt senere end den kliniske diagnose. Derudover beror ventelister og prøvesvar på tilfældigheder, der ikke med rimelighed skal være afgørende for dækningen af et ellers berettiget krav.

Det bør også tillægges betydning, at det histologiske svar ifølge udtalelsen fra HEFO kom den 19. november 2020, dvs. inden udløb af svarfristen på videreførelse i selskabets brev af 20. oktober 2020, jf. nærmere herom nedenfor.

3.2 Ad rådgivningsansvar

Hvis nævnet ikke måtte finde grundlag for at tilpligte selskabet at yde dækning ud fra ovenstående, gøres det gældende, at selskabet ikke har rådgivet min klient tilstrækkeligt og som følge heraf ifalder ansvar og skal yde dækning.

Det centrale i sagen er, at min klient utvivlsomt har ytret ønske om en videreførelse og utvivlsomt har været i kontakt med selskabet såvel som pensionsmægler adskillige gange.

Min klient har fremlagt dokumentation for, at hun blandt andet den 28. september 2020 var i kontakt med selskabets medarbejder med henblik på en videreførelse.

Da min klient havde en åbenlys interesse i at videreføre sine forsikringer for at været sikret dækning, er der ingen holdepunkter for at tilsidesætte hendes forklaring om, hvad der blev oplyst af selskabet.

Når selskabets medarbejder sender en videreførelsesblanket og betegner dette for et fratrædelsesbrev i følgemailen, har min klient ikke grund til at tro andet, end at hun – som oplyst – ved udfyldelse ville være dækket ved kritisk sygdom efter fratrædelse.

Dertil kommer, at selskabet, inden forsikringstiden udløb den 31. oktober 2020, utvivlsomt har været bekendt med, at min klient havde en kræftsygdom. Dette har min klient oplyst rådgivere telefonisk i flere omgange, ligesom anmeldelse af den kritiske sygdom fandt sted den 16. oktober 2020, og i selskabets interne system er registreret senest den 30. oktober 2020.

Det følger af ankenævnets praksis, at der gælder en skærpet pligt for selskabet til at rådgive om videreførelse, når selskabet er bekendt med et sygdomstilfælde. Jeg henviser blandt andet til AK 88.514.

Dertil kommer, at min klient ikke har modtaget brevet af 20. oktober 2020, som selskabet har sendt med fysisk post. Det følger af fast praksis på området, at selskabet bærer forsendelsesrisi-

koen herfor, jf. forarbejderne til forsikringsaftalelovens § 33, jf. bemærkningerne til bestemmelsen i Kommissionsbetænkning 1925 Udkast til lov om forsikringsaftaler med tilhørende bemærkninger, og U.2015.770 Ø.

Selskabets pligt til at oplyse om videreførelse såvel som frister kan derfor ikke få virkning, før de blev modtaget ved en digital eftersendelse. Jeg henviser til AK 86944.

På denne baggrund skal selskabet anerkende min klients ønske om videreførelse og behandle anmeldelsen af kritisk sygdom herefter og udbetale dækning med tillæg af renter efter forsikringsaftalelovens § 24."

Selskabet har den 28/2 2022 bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"AP Pensions holdning

AP Pension fastholder på foreliggende grundlag, at der ikke er grundlag for udbetaling af sum ved Visse Kritiske Sygdomme som følge af diagnosen malignt melanom i iris. AP Pension har i den forbindelse lagt vægt på, at diagnosen er stillet efter forsikringstiden, og at klager ikke har reageret på fratrædelsesbrev, som er sendt til hende, hvor hendes muligheder i forbindelse med ordningens ophør fremgår. AP Pension fastholder på foreliggende grundlag, at der ikke er indtrådt en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed i forsikringstiden.

AP Pension fastholder endvidere, at selskabet har rådgivet i overensstemmelse med almindelig praksis og på baggrund af de ønsker, som klager har givet udtryk for; nemlig at hun ønskede at videreføre sin sundhedsordning. Der er ingen dokumentation for, at selskabet har rådgivet forkert eller vildledende. Tværtimod er kunden blevet rådgivet om netop det, hun har henvendt sig om. Det kan ikke komme selskabet til skade, at klager selv har troet og lagt til grund, at kritisk sygdom-forsikringen var en del af sundhedsforsikringen, og handlet herud fra.

Selskabet finder dermed ikke, at klager er berettiget til udbetaling ved visse kritiske sygdomme fra AP Pension, idet hun dog forventelig vil være dækket på sin nye arbejdsmarkedspension, som var trådt i kraft på diagnosetidspunktet.

Baggrund

Klagers pensionsordning i tidligere Skandia (nu AP Pension) blev oprettet i 2018 som led i klagers ansættelse, hvorved hun fik ret og pligt til en pensionsordning i overensstemmelse med den aftale, der var indgået mellem klagers arbejdsgiver og mægleren ([pensionsmægler]) samt Skandia.

Forsikringsordningen i Skandia har omfattet såvel opsparing som risikodækninger, herunder også en forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme og sundhedsforsikring. De for ordningen gældende betingelser er vedlagt i Bilag A, B, C og D. Hertil kommer de 'Generelle vilkår', der gælder for ordningen, som er vedlagt i Bilag E.

Der er tale om en mæglerbetjent firmapensionsordning. Det indebærer, at det er mægleren, her [pensionsmægler], der varetager rådgivningen af såvel CVR-kunden (arbejdsgiver) som den enkelte CPR-kunde, herunder også klager.

Det er klagers tidligere arbejdsgiver, der har valgt [pensionsmægler] som mægler og dermed som selvstændig pensionsrådgiver, og dernæst at ordningen skulle oprettes i Skandia med [pensions-

mægler] som uafhængig rådgiver. Det betyder, at kundebetjeningen og rådgivningen sker hos [pensionsmægler], som også modtager vederlag fra kunden (dvs. medarbejderen, som er forsikret) for denne ydelse. [Pensionsmægler] har som selvstændig forsikringsformidler et selvstændigt ansvar for egen rådgivning af deres kunder.

AP Pension har ikke adgang til [pensionsmæglers] dokumentation eller lign. i sagen, og den har heller ikke som sådan betydning i forhold til AP Pensions ansvar. AP Pension har derfor under sagbehandling henvist klager til at kontakte [pensionsmægler] vedrørende den kontakt, som hun har haft med [pensionsmægler]. Dog har AP Pension i august 2021 modtaget en kopi af mail fra [pensionsmægler] til klager, idet AP Pension var cc herpå. Denne mail er vedlagt som Bilag P i sagen, idet AP Pension dog ikke har forholdt sig specifikt til indholdet heraf.

Klager fik i forbindelse med sin optagelse i Skandia en lang række oplysninger om sin pensionsordning i Skandia, herunder oplysninger om, hvilke forsikringsdækninger, der var tilknyttet ordningen, og hvad de indeholdt. Dette ses blandt andet i policedokumentationen i Bilag H. Herved er klager også orienteret om forskellen på en forsikring ved visse kritiske sygdomme og en sundhedsforsikring.

Klager har henvendt sig ad flere omgange og indsendt omfattende klageskrifter. Under den tidligere korrespondance har klager sammenblandet sin kontakt med henholdsvis AP Pension og sin forsikringsformidler, og selskabet har derfor henvist klager til at kontakte forsikringsformidleren vedrørende den del, der vedrører rådgivning fra denne.

Korrespondance mellem parterne er vedlagt i Bilag F, G, H, I, J, K, L, M, N og O.

Kunden rettede i juni 2020 skriftligt henvendelse til Skandia og spurgte overordnet til muligheden for at beholde pensionsordning og sundhedsforsikring i Skandia i forbindelse med jobskifte. Skandia henviste i overensstemmelse med aftaleforholdet straks klager til at søge rådgivning herom hos [pensionsmægler], som er kundens selvstændige rådgiver.

Klager fratræder pr. 31. juli 2020 den pensionsberettigende stilling. Det betyder, at indbetalingen til pensionsordningen i Skandia stopper. Skandia får ikke automatisk besked om fratrædelse.

Klager opretholder i overensstemmelse med de Generelle reglers (Bilag E) pkt. 17 sine risikodækninger i tre måneder efter fratrædelsen. Det vil sige frem til udgangen af oktober (31. oktober 2020), hvorefter de bortfalder medmindre hun vælger at opretholde dem ud fra de konkrete muligheder, hun har. Disse muligheder vil afhænge af hendes konkrete situation og hendes individuelle ønsker.

Tilbud om videreførsel af sundhedsordning er sendt til klager pr. mail den 28. september 2020 i forlængelse af klagers telefonsamtale med Kundecenteret vedrørende netop muligheden for videreførsel af sundhedsforsikring.

Fratrædelsesbrev vedr. pensionsordning og risikoprodukter (Bilag J) er sendt til klager den 20. oktober 2020 med posten til klager med den adresse, som klager er anført med i CPR-registeret. Systemdokumentation for fremsendelse er vedlagt som Bilag Q.

Diagnosetidspunkt

AP Pension har vurderet, diagnosen malignt melanom i øjet er stillet ved den histologiske diagnose – mikroskopi baseret på væv udtaget ved resektion den 19. november 2020. Klager har stillet spørgsmålstejn ved det tidspunkt, idet hun angiver, at diagnosen var stillet i september 2020, hvor man besluttede, at der skulle ske resektion.

Der fremgår følgende af de forsikringsbetingelser, som var gældende på ordningen:

1. Om forsikringen

Forsikringen er oprettet i Skandia Link Livsforsikring A/S, CVR-nummer 20952237 – i det følgende benævnt Skandia. Forsikringen ved visse kritiske sygdomme giver ret til udbetaling af en forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, hvis de betingelser, der er gældende på diagnosetidspunktet, er opfyldt.

Når der i disse forsikringsbetingelser nævnes "kritisk sygdom", så sker det ud fra nedenstående diagnosegrupper og den specifikke definition, som fremgår af punkt 3 "Forsikringen dækker".

[...]

2.2. Betingelser for dækning

Det er en betingelse for udbetaling af en forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, at forsikrede får stillet en dækningsberettiget diagnose i perioden fra forsikringen træder i kraft til forsikringen ophører (i det følgende benævnt "forsikringstiden"), dog tidligst efter udløbet af en eventuel karenperiode. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen.

Retten til udbetaling ved visse kritiske sygdomme bliver vurderet i henhold til de forsikringsbetingelser, der er gældende på diagnosetidspunktet.

Eventuelle begrænsninger i retten til dækning er beskrevet i punkt 4.

[...]

3. Forsikringen dækker

Forsikringen omfatter følgende Diagnosegrupper

Dækningsberettigede sygdomme:

1 a. Kræft

En ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokal recidiv og spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastaserer).

Følgende er ikke dækket:

- Tumorer klassificeret som præmaligne, non-invasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling).
- Alle former for hudkræft (inklusive lymfomer i hud), bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom).
- Prostatakræft med en Gleason score på 6 eller derunder (uanset valgt behandling).
- Blærepapillomer.
- Svulster opstået under forløbet af HIV-infektion, herunder Kaposi's sarkom.

Det fremgår således af forsikringsbetingelserne, at der i forsikringstiden skal være stillet en diagnose, der opfylder diagnosekriterierne i betingelserne. I denne sag er det diagnosen i betingelsernes punkt 3.1 a (kræft), der er relevant at vurdere.

Det er en betingelse for udbetaling ved kræft efter 3.1 a, at der i forsikringstiden er diagnosticeret en malign svulst (tumor). Diagnosticeringen skal være sket histologisk – dvs. på baggrund af vævsprøver og patologi. Det er således ikke tilstrækkeligt, at der stilles en rent medicinsk diagnose ud fra observationer. En histologisk undersøgelse udgør en undersøgelse af et større eller mindre vævsstykke eller organ, som evt. kan være udtaget ved operation.

Skandia har på baggrund af kundens klage forelagt sagen for Helbred og Forsikring (HEFO), som har vurderet sagen. Helbred og Forsikring er et uvildigt organ, der besidder den lægelige ekspertise til at vurdere spørgsmål relateret til blandt andet diagnoser i kritisk sygdom forsikringer. Kopi af

vurderingen er vedlagt til din orientering. Der fremgår følgende af den lægelige vurdering fra HEFO:

'Kontrol den 1. okt. 2019 og den 6. juni 2020 viste fortsat suspekt udseende nævus og mistanke om melanom.

Kontrol den 29. sep. 2020 viste fortsat mistanke om melanom i højre øje samt indikation for operation.

Den 19. nov. 2020 viste den histologiske undersøgelse (mikroskopi) af den bortopererede tumor, at det var et irismelanom.

Det er de lægelige konsulenters vurdering, at der blev rejst mistanke om malignt melanom i forsikredes højre øje i juni 2019, hvor forsikrede blev henvist til [hospitalets] øjenklinik. De efterfølgende kontroller viste fortsat mistanke om malignt melanom og d. 29. sep. 2020 stilles diagnosen malignt melanom klinisk, da der henvises til resektion (operation). Diagnosen blev efterfølgende bekræftet histologisk d. 19. nov. 2020.

Diagnosen er således stillet klinisk d. 29. sep. 2020 og bekræftet histologisk d. 19. nov. 2020. Hvis betingelserne stiller krav om en histologisk diagnose, er det således den senere dato som er diagnosetidspunktet.'

Vurderingen fra HEFO er vedlagt i Bilag M.

Da diagnosen kræft efter betingelsernes punkt 3.1.a forudsætter histologisk diagnose, giver HEFO's vurdering ikke selskabet anledning til at ændre vurdering. AP Pension fastholder dermed, at diagnosen er stillet den 19. november 2020, og at der derfor ikke er forsikringsdækning, da forsikringen ved Visse Kritiske Sygdomme på dette tidspunkt er ophørt.

AP Pension har forståelse for, at der ved visse kræftformer er et mindre akut behov for indgreb, og at dette i visse tilfælde udskydes, og at tilstanden følges ved kontrol. Det betyder, at diagnosen i disse tilfælde nogle gange stilles histologisk senere, end hvis man havde foretaget et akut indgreb. Forsikringsbetingelserne er imidlertid udformet, så de omfatter de mest almindelige tilfælde af kræft, samtidig med, at betingelserne skal sikre, at der er en vis sikkerhed for, at diagnosen stilles på en reelt fagligt grundlag – derfor kravet om histologi. Dette er helt standard for denne type forsikringsdækninger.

Forsikringsdækningen ved Visse Kritiske Sygdomme er en diagnosedækning. Det betyder, at den dækker nogle udvalgte diagnoser, som er fastsat og defineret i betingelserne. Det betyder også, at diagnosen, som den er defineret i betingelserne, skal være stillet i forsikringstiden. Da der er tale om et standardiseret produkt med et begrænset antal diagnoser er der ikke mulighed for at tage højde for mere specielle kliniske diagnosticeringsmetoder på sjældnere kræftsygdomme.

I klagers tilfælde ligger diagnosetidspunktet efter forsikringstidens ophør, som er en følge af klagers jobskifte til en offentlig arbejdsgiver. Af kundens klage (Bilag L) fremgår, at hun skiftede [andet selskab], hvilket formentlig følger af den overenskomst, der er gældende på hendes område. I [andet selskab] vil hun efter normale omstændigheder have fået en ny arbejdsmarkedspension indeholdende dækning ved kritisk sygdom.

I klageskriftet er der stillet spørgsmålstegn ved, hvorvidt selskabet kan betinge, at diagnosen også er histologisk bekræftet i forsikringstiden.

Det fremgår således af forsikringsbetingelserne (Bilag D), at der i forsikringstiden skal være stillet en diagnose, der opfylder diagnosekriterierne i betingelserne. I denne sag er det diagnosen i betingelsernes punkt 3.1 a (kræft), der er relevant at vurdere.

Det er tidspunktet, hvor diagnosen, som defineret i betingelsernes 3. 1.a., er opfyldt, der udgør diagnosetidspunktet.

Kravet er, at der skal være tale om en ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler. Det ligger således som en forudsætning for, at diagnosen overhovedet kan stilles, at der er foretaget histologi, for ellers kan det ikke fastslås om en svulst er godartet (benign) eller ordartet (malign). Allerede derfor giver argumentet om, at histologitidspunktet som en underordnet faktor i forhold til diagnosetidspunktet ikke mening. Herudover fremgår det tydeligt af ordlyden i bestemmelsen, at det er et krav for, at en dækningsberettiget kræftdiagnose i forsikringsbetingelsernes forstand er stillet, er, at der histologisk er diagnosticeret en malign tumor. Det er der ikke, før der er foretaget histologi. Derfor kan der ikke være tvivl om, om det er en påkrævet del af diagnosen, at der histologisk er påvist en malign tumor.

Den sammenligning, der gøres over til optagelse på venteliste i relation til organtransplantation ses ikke at være relevant i dette tilfælde og finder i øvrigt ikke yderligere støtte i praksis.

Afgørelsen kan ikke umiddelbart overføres på kræftdiagnosen, og dette synes bekræftet i ankenævnets praksis i en sag, hvor spørgsmålet i relation til diagnosetidspunkt er identisk med nærværende sag. Der skal i den forbindelse henvises til AKF 94.571, der videre henviser til AKF 78.548. Det står her klart, at mikroskopi/histologi-tidspunktet er diagnosetidspunktet i henhold til betingelser og praksis. I den forbindelse skal selskabet videre gøre opmærksom på, at beskrivelsen af diagnoserne stiller samme krav, og lægger sig op ad anbefalingerne fra Helbred og Forsikring.

AP Pension finder således ikke, at der er grundlag for klagers indsigelse om, at histologitidspunktet skulle være forskelligt fra diagnosetidspunktet.

Rådgivning

Klager henvendte sig på Skandias webformular til selskabet den 22. juni 2020 (ligger i Bilag H) med følgende forespørgsel: ...

Jeg har fået nyt arbejde pr. 1. august 2020, og dermed også ny pensionsordning da jeg skifter til en ... arbejdsplads. I den forbindelse har jeg to spørgsmål. Nr. 1. Jeg ønsker at bevare min sundhedsforsikring hos jer. Kan dette lade sig gøre? Nr. 2. Jeg ønsker at bevare min pension hos jer. Kan dette lade sig gøre, selvom indbetalingerne ophører?

...

På dette tidspunkt var klager endnu ikke fratrådt, og hun oplyste i henvendelsen intet om hverken forsikring ved visse kritiske sygdomme eller om, at hun mente at have en kritisk sygdom. Medarbejderen i Skandia henviste den 23. juni 2020 klager til at kontakte sin forsikringsformidler for at

få rådgivning, da hendes ordning var betjent af forsikringsformidler (ligger i Bilag H). På mæglerbetjente ordninger, er det forsikringsmægleren, der varetager rådgivningen af de forsikrede, og i den forbindelse er underlagt et selvstændigt rådgivningsansvar.

Af opkaldsloggen ses, at klager den 28. juni 2020 ringede ind og talte med en navngivet medarbejder hos Skandia [medarbejder1]. I relation til kundens spørgsmål, så er det korrekt rådgivning, at det, der er afgørende for at bevare pensionsordningen er, at klager forholder sig til fratrædelsesbrevet, når hun får det, og besvarer det ud fra de konkrete muligheder og ønsker, hun har. Det er lidt uklart, hvad der forstås, når klager i sin klage anfører, at hun har fået at vide, at hun kunne få sin sundhedsforsikring overført.

Det ses ikke, at forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme har været italesat overfor selskabet ligesom der ikke har været et åbenlyst behov for at tale herom, da AP Pension ikke er bekendt med klagers private forhold.

Det fremgår af sagen, at Kundecenteret den 21. september 2020 (dokumenteret i Bilag H) har sendt en anmodning til driftsafdelingen med titlen 'LL-rykker – fratrædelse'. Herunder fremgår 'Vil I sende et fratrædelsesbrev til kunden'. Overskriften henviser til LifeLine – dvs. Skandias sundhedsforsikring, som har sit eget videreførselsbrev i relation til fratrædelser. Derfor har man efterfølgende i den forbindelse pr. mail sendt et tilbud på videreførsel af Sundhedsforsikring til klager dateret den 21. september 2020.

Klager har den 28. september 2020 kontaktet Skandias Kundecenter telefonisk ad to omgange, idet hver samtale har været af ca. 4 minutters varighed. Af opkaldsloggen fremgår, at klager har talt med en navngivet medarbejder i Kundecenteret [medarbejder2]. Samtalerne er ikke optaget, og der foreligger ikke telefonreferater fra samtalerne.

[Medarbejder2] er en grundig og samvittighedsfuld medarbejder, der har mere end 20 års erfaring som kunderådgiver indenfor livsforsikring og pension. Han har godt styr på produkterne, og vil normalt påtage sig et stort ansvar for at imødekomme og hjælpe en kunde.

I forbindelse med klagebehandlingen har vi spurgt [medarbejder2], om han husker klager fra samtalerne den 28. september 2020, og hvad de talte om. Nu ligger samtalerne 1½ år tilbage, og der er dagligt et stort antal telefoner, der ekspederes i vores Kundecenter. Alligevel kunne [medarbejder2] godt huske sagen – han spurgte af sig selv, om det var den kunde, der havde talt om at have kræft i øjet.

Klager har henvendt sig med spørgsmål om videreførsel af både sundhedsforsikringen, som hun få dage før havde modtaget et tilbud på, og vedr. muligheden for at videreføre pensionsordningen i øvrigt.

[Medarbejder2] bekræfter, at han i samtalen har talt med klager i relation til at fortsætte sin sundhedsforsikring. Det er relevant at videreføre sundhedsforsikringen, hvis klager på daværende tidspunkt vurderede, at hun fortsat havde brug for en behandlingsforsikring – eksempelvis i relation til sit sygdomsforløb. I den forbindelse skulle hun underskrive en anmodning om videreførsel af sundhedsforsikringen, hvilket klager efterfølgende gjorde. [Medarbejder2] ville naturligt i denne situation oplyse klager om, at hun, hvis hun havde interesse for at videreføre pensionsordnin-

gen ud over sundhedsforsikringen, noterede dette på blanketten om sundhedsforsikring, for at udtrykke interesse for videreførsel og fremskynde processen med at få tilsendt fratrædelsesbrev vedrørende selve pensionsordningen.

[Medarbejder2] orienterede klager om, at hvis hun ønskede at fortsætte sin pensionsordning, skulle hun udfylde det fratrædelsesbrev, der beskriver mulighederne herfor, og som selskabet sender, når fratrædelse er registreret i systemerne. Kundecenteret havde ikke mulighed for at sende fratrædelsesbrevet, idet fratrædelsesbreve på daværende tidspunkt i Skandia blev sendt centralt fra driftsafdelingen i en samlet kørsel. Det er derfor ikke en mulighed, at [medarbejder2] i telefonsamtalen skulle kunne aftale med klager, at ville sende hende fratrædelsesbrevet pr. mail. Derimod kunne Kundecenteret godt sende et tilbud på videreførsel af sundhedsforsikring, som det også er sket.

I kontekst af, hvad klager og [medarbejder2] har talt om, og kundens gentagne henvendelser under sagen vedr. videreførsel af sundhedsforsikring giver det således fint mening, at [medarbejder2] sender klager dokumenter relateret til tilbud på videreførsel af sundhedsforsikring. Det er beklageligt at [medarbejder2] i sin mail af 28. september 2020 benævner det den vedhæftede fil vedr. sundhedsforsikringen som fratrædelsesbrev. Dog fremgår det samtidig af både indhold og titel på den vedhæftede fil, at den vedrører sundhedsforsikringen.

Henset til, at samtalen har handlet om både videreførsel af sundhedsforsikring og muligheden for videreførsel af den øvrige pensionsordning inkl. forsikringsdækninger, er der ingen tvivl om, at [medarbejder2] har gjort klart for kunden, at det, som han kunne sende hende alene omhandlede sundhedsforsikringen, som er en behandlingsforsikring. Herudover gjorde [medarbejder2] under samtalen klager opmærksom på, at det er af afgørende betydning for, at hun kunne beholde den øvrige dækning, at hun reagerede på fratrædelsesbrevet vedr. selve pensionsordningen, når hun modtog dette.

Selskabet skal endvidere gøre opmærksom på, at klager er mæglerbetjent, og derfor primært skal søge rådgivning hos sin forsikringsformidler. Af klagers tidligere henvendelse, kan vi se, at hun i en eller anden grad har haft kontakt til sin rådgiver. AP Pension er ikke bekendt med klagers kontakt med rådgiver og i hvilket omfang hun har søgt rådgivning hos denne vedr. fratrædelse og muligheder for at videreføre. Af den korrespondance, som selskabet har modtaget cc, og som er vedlagt som Bilag P, ses dog, at klager også i sin skriftlige korrespondance med mægleren primært har haft fokus på sundhedsforsikringen.

I forbindelse med modtagelse af fratrædelsesbrev i november 2020, ville det være oplagt at kontakte sin forsikringsrådgiver, hvis man er i tvivl om mulighederne og i øvrigt vurderer, at man har brug for rådgivning.

Dokumentation for fratrædelsesbrev

Som nævnt ovenfor er det driftsafdelingen, der håndterer fratrædelsessituationen, herunder fremsendelse af fratrædelsesbreve.

Kundecenteret er frontpersonale, der håndterer telefoner og indkommende mails i første linje, mens reel sagsbehandling sker i driftsafdelingerne i Kundeservice.

Der er sendt fratrædelsesbrev til klager den 20. oktober 2020. Kopi af brevet er vedlagt til orientering i Bilag J. Tilsvarende vedlægges systemdokumentation fra Skandias CRM-system, der dokumenterer forsendelse inklusive dato herfor (Bilag Q). Brevet er sendt med posten den 20. oktober 2020, og er ikke modtaget retur.

Herved har selskabet i overensstemmelse med praksis lovet bevisbyrden for, at brevet er sendt og fremkommet.

Herefter har klager i henhold til praksis bevisbyrden for at dokumentere, at det modsatte er tilfældet. Der er ikke fremlagt noget dokumentation for evt. uregelmæssigheder i posten i perioden. Herudover har klager selv i mail af 16. februar 2021 (Bilag J, mailen s. 4) (refereret nedenfor) bekræftet, at hun har modtaget nævnte brev.

AP Pension finder dermed, at det på foreliggende grundlag kan lægges til grund, at klager har modtaget det fremsendte fratrædelsesbrev.

Af fratrædelsesbrevet fremgår blandt andet følgende på s. 1:

"Indbetalingerne til din pension er stoppet – hvad nu?"

Den 1. august 2020 stoppede indbetalingerne til din pensionsordning i Skandia. Er der ikke tale om fratrædelse, beder vi dig kontakte os med det samme, så vi kan aftale, hvordan du kan sikre dig bedst muligt.

Hvis du er fratrådt, beder vi dig tage stilling til, hvad du ønsker, der skal ske med din pensionsordning. Du skal især overveje, om du vil beholde dine forsikringsdækninger.

Hvis indbetalingen til din pension er stoppet, fordi du er syg, eller din helbredstilstand er ændret, er det vigtigt, at du kontakter os, da det kan få betydning for din mulighed for at få forsikringer igen på et senere tidspunkt.

Hvis du ikke kontakter os med dit ønske inden 20. november 2020, bliver din pensionsordning omskrevet til en hvilende ordning (en ordning uden indbetaling) senest pr. den 1. august 2020, og dine forsikringsdækninger bortfalder."

Det fremgår videre

"Dine forsikringer dækker i op til tre måneder

Du får fortsat afkast af din opsparing, men dine forsikringer, som betales via din opsparing, dækker kun i op til tre måneder fra den 1. august 2020, hvor indbetalingen til din pensionsordning stoppede. Senest efter tre måneder er du ikke længere dækket, hvis du for eksempel bliver syg eller ved din død. Ønsker du derefter igen forsikringer, skal du aflevere oplysninger om dit helbred til os på ny, og vi skal vurdere, om du kan oprette forsikringerne."

Nedenfor er mulighederne i forbindelse med fratrædelse listet op, idet det fremgår, at en forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme, en sundhedsforsikring og nogle forsikringer ved dødsfald ikke kan betales af opsparingen, og dermed stopper helt med mindre præmieindbetaling opretholdes. Dette forhold følger af de skatteretlige (PBL) regler bag produktet.

Der er vedlagt bilag i fratrædelsesbrevet (Bilag J), der beskriver mulighederne yderligere. Herudover er der en praktisk anvisning på, hvad klager skal gøre for at besvare fratrædelsesbrevet og dermed gøre opmærksom, hvis hun ønskede at vælge en af de muligheder, der var i fratrædelsessituationen.

'Sådan gør du

Vi beder dig udfylde vedlagte blanket 'Ønsker til min pensionsordning' og sende den, så vi har den senest den 20. november 2020.

Du kan sende den via <https://www.skandia.dk/skandia/kontakt-skandia/kontakt/> (vælg 'forsikring'). Du kan også sende den med post til Skandia, Østbanegade 135, 2100 København Ø. Du er også velkommen til at kontakte os på 7012 1213, så vi kan hjælpe dig videre.'

Klager besvarede ikke fratrædelsesbrevet, og derfor blev policen efter udløb af svarfristen omskrevet til fripolice pr. 1. august 2020. Da selskabet har indregnet risikoen for blandt andet dækning ved kritisk sygdom i 3 måneder efter ophør af præmieindbetaling, betyder dette, at forsikringsdækninger i klagers tilfælde bortfalder med udgangen af oktober 2020. Dvs. før der er stillet en dækningsberettiget diagnose.

Klager har ikke reageret på fratrædelsesbrevet, og der er ikke fremsendt dokumentation for, at klager har valgt nogen af de muligheder, der er ved fratrædelse. Derfor er pensionsordningen blevet en hvilende forsikring pr. 1. august 2020, og forsikringsdækninger uden fradragsret, herunder forsikring ved kritisk sygdom er bortfaldet pr. 31. oktober 2020.

Det anføres, at klager den 15. oktober 2020 besøgte sin side på Skandias hjemmeside, og her kunne se, at hun på dette tidspunkt havde forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme. Det er helt naturligt. Forklaringen er, at hun havde dækningen på dette tidspunkt jf. ovenfor. Herudover vil selskabet aldrig omskrive en police til fripolice teknisk før svarfristen er udløbet. Dette er helt standard i hele forsikringsbranchen. Omskrivning til fripolice gennemføres først i praksis, når selskabet har konstateret, at klageren ikke er vendt tilbage indenfor den givne tidsfrist. I klagers tilfælde var svarfristen den 20. november 2020, jf. Bilag J.

I klagen henvises til Ankenævnets kendelse i AK 86.944, idet denne afgørelse tages til indtægt for, at 'selskabets pligt til at oplyse om videreførelse såvel som frister kan derfor ikke få virkning før de blev modtaget ved digital eftersendelse. Afgørelsen giver ikke umiddelbart mening her – allerede fordi klager fik tilsendt fratrædelsesbrev fysisk d. 20. oktober 2020, fordi der ikke er forsikringsdækning ved kritisk sygdom efter 31. oktober 2020 som følge af klagers passivitet ved modtagelsen af fratrædelsesbrevet. Referencen til kendelsen synes derfor ikke relevant, da der ikke er tale om en sammenlignelig situation.

Sammenblanding af produkter

Mens klager ikke har reageret overfor selskabet på baggrund af fratrædelsesbrevet, har hun gentagne gange i slutningen af 2020 og starten af 2021 kontaktet Kundecenteret, fordi hun var usikker på, om den sundhedsforsikring, som hun havde valgt at videreføre, også reelt var videreført.

Klager var på dette tidspunkt meget obs omkring sundhedsforsikringen, og der var i perioden fra november 2020 til januar 2021 en intensiv korrespondance og telefonkontakt omkring netop sundhedsforsikringen. Der viste sig faktisk også at være sket en fejl i forbindelse med oprettelsen af sundhedsforsikringen, hvilket lederen af Kundecenter beklagede overfor klager. Herudover til-

bød vi klager, at vi naturligvis ville genoprette sundhedsforsikringen med virkning fra fratrædelsen den 1. august 2020.

Klagers interesse for sundhedsforsikringen kølnedes pludseligt, hvilket faldt sammen med, at klager fra Juridisk afdeling blev gjort opmærksom på, at forsikring ved kritisk sygdom ikke var en del af sundhedsforsikringen. Dette ses i mailforløbet jf. Bilag F, G, I, J og K.

Det fremgår relativt klart, af klagers henvendelse adresseret til Kundejura i mail til databeskyttelse@appension.dk af 21. januar 2021, at klager var af den overbevisning, at hun med videreførsel af sundhedsforsikringen havde bevaret en dækning ved visse kritiske sygdomme. Der fremgår følgende i klagers mail: *'Jeg ser mig desværre nødsaget til at udvide min anmodning om aktindsigt, så den omfatter ALT hvad I har liggende på mig.'*

Baggrunden er, at jeg har to udestående sager med jer: Udbetaling ved kritisk sygdom samt fortsættelse af min sundhedsforsikring via fortsætterpuljen.'

Herefter fortsætter en længere redegørelse for, at klager var overbevist om, at hun med videreførsel af sundhedsforsikringen via fortsætterpuljen var dækket ved kritisk sygdom.

Undertegnede besvarer klagers mail den 16. februar 2021, hvor forholdene mere detaljeret bliver forklaret for klager.

Hertil svarede klager i mail af samme dag:

"Tak for dit fyldestgørende svar. [...]"

Jeg er (nu) helt med på at kritisk sygdom er dækket via min pensionsordning. Min udfordring ligger i, at jeg har henvendt mig både til [pensionsmægler] og Skandia for at forhøre mig om muligheden for at fastholde min dækning ved kritisk sygdom ved at fortsætte min pension. Af begge parter er jeg blevet oplyst at det ikke er muligt at fortsætte min pension (og dermed heller ikke min dækning for kritisk sygdom) fordi jeg skiftede til en ... arbejdsplads. Ingen har oplyst mig om muligheden for at indbetale privat, hvilket jo er forkert vejledning når jeg henvender mig om muligheden for at fastholde min pension. Jeg har på skrift at det ikke er muligt at fortsætte min pension.

Hvis I havde vejledt mig korrekt havde jeg jo fortsat min pension - og dermed været dækket ved kritisk sygdom. I stedet blev jeg vejledt til at fortsætte min sundhedsforsikring. Det er denne misvejledning jeg ønsker at belyse, da den nu har haft store økonomiske konsekvenser for mig.

Grunden til at jeg efterfølgende henvender mig utallige gange vedr. min sundhedsforsikring er jo netop, at jeg er blevet vejledt i at fastholde den i forbindelse med min sygdom og fremtidig dækning.

Jeg kan desuden oplyse, at det ikke er korrekt at jeg ikke har reageret på fratrædelsesbrevet. Jeg har fremsendt det til jer inden for den givne frist – ligesom jeg ad flere omgange telefonisk har henvendt mig omkring dette. Faktisk blev fratrædelsesbrevet først fremsendt til mig, da jeg selv rykkede for det. Dette har jeg også på skrift.

Med hensyn til sundhedsforsikringen er dette blot endnu et eksempel på dårlig vejledning fra Skandias side. Jeg mangler fortsat en redegørelse for forløbet. Så vidt jeg nu kan forstå blev min

sundhedsforsikring annulleret i januar 2021. En sådan annullering må alt andet lige medføre en tilbagebetaling. Jeg er ikke oplyst om hvad jeg vil få tilbage ved en annullering.'

På baggrund af forløbet og ovenstående blev klager kontaktet om muligheden for at få genoprettet sundhedsforsikringen, hvis hun ønskede dette. Det er hun aldrig vendt tilbage på, så vi lægger til grund, at det ikke har nogen interesse længere.

Klager angav i sin mail blandt andet, at hun havde modtaget fratrædelsesbrevet og kunne dokumentere, at hun var vendt tilbage med svar. Hun skrev videre, at hun havde på skrift, at det ikke var muligt for hende at fortsætte sin pension.

På denne baggrund bad klageansvarlig ved mail af 17. februar 2021 klager om at sende den dokumentation, som hun i sin mail refererede til, så vi kunne se på det. Den dokumentation modtog vi dog ikke fra klager, men vi ser gerne på den, hvis hun fremsender den, som nævnt i mail af 17. februar 2021.

Sundhedsforsikringen er og har altid været en ren behandlingsforsikring, og den giver ikke ret til udbetaling til en forsikret i forbindelse med, at man får stillet en diagnose. [Medarbejder2] fra Kundecenteret er så rutineret en rådgiver med stort produktkendskab, at det ikke giver mening, at han skulle have sagt til klager, at hun ville kunne bevare en kritisk sygdomsforsikring ved at videreføre sin sundhedsforsikring, og [medarbejder2] benægter på forespørgsel, at dette skulle være sket. For en god ordens skyld bemærkes, at sundhedsforsikring kan være relevant i forbindelse med sygdom, hvis klager vurderer, at det giver mening at have en behandlingsforsikring, eksempelvis til psykologbehandling, fysioterapi eller anden sundhedsydelse. Af samme årsag, har [medarbejder2] rådgivning omfattet både muligheden for videreførsel af sundhedsforsikring og vigtigheden af at besvare fratrædelsesbrevet i relation til pensionsordningen og forsikringsdækninger herudover. Der henvises til, hvad der ovenfor er refereret vedr. samtaler den 28. september 2020.

Der er intet belæg for, at selskabet ikke har løftet sin oplysningsforpligtelse overfor klager. Klager har tydeligvis gentagne gange henvendt sig omkring muligheden for at videreføre sin sundhedsforsikring. Det er hun blevet rådgivet om, og hun har fået muligheden for at videreføre dækningen. Selskabet har besvaret spørgsmål om videreførsel af sundhedsforsikring og om vigtigheden af at udfylde det fratrædelsesbrev, som hun ville modtage vedrørende pensionsordningen og risikodækninger.

Selskabet har sendt klager et fratrædelsesbrev, som oplyser klager om hendes muligheder, og om hvad hun skulle gøre, hvis hun ikke ønskede, at hendes ordning blev omskrevet til en hvilende ordning, hvorved også forsikringsdækningerne bortfaldt.

AP Pension har erkendt, at der var sket en fejl i forbindelse med videreførsel af sundhedsforsikringen. Dette har vi håndteret, og vi har tilbudt klager at blive stillet fuldt ud som om, sundhedsforsikringen var videreført pr. 1. august 2020, uden at klager dog har svaret.

Det synes således relativt klart, at der har været en generel misforståelse hos klager omkring indholdet af en sundhedsforsikring, og at hun har troet, at hun bevarede dækning ved visse kritiske sygdomme, hvis hun videreførte sin sundhedsforsikring. Således har skadeafdelingen også i referatet af samtalen med klager af 15. december 2020 anført følgende i skadereferatet:

'Talt med kd. Og forsøgt at forklare afslaget. Hun er meget uforstående, da hun mener hun har forsikringsdækning gennem sin sundhedsforsikring. Det er derfor hun har videreført den. Oplyser hende at det har hun ikke. Fortæller at hun bør dsøge gennem sin nye pensionsordning.

Hun er stærkt utilfreds med Skandia og måden vi håndterer tingene på. Hun taler om hun har betalt for meget for LL og at kundesupport ikke vender tilbage til hende.'

Der er dermed ingen tvivl om, at klagers fokus har været på at bevare sundhedsforsikringen. Det er det, hun har søgt rådgivning om, og det hun har fået mulighed for. Dette kan have fjernet fokus fra det fratrædelsesbrev (Bilag J), der er sendt til hende den 20. oktober 2020.

Hvis klager mener at have besvaret fratrædelsesbrevet, som hun skriver i sin mail 16. februar 2021, så ser vi gerne fremsendelsesdokumentation herfor, da en sådan besvarelse ikke er fremkommet til selskabet. Klager har bevisbyrden for, at dette er sket.

Det er naturligvis meget beklageligt, at kunden har blandet produkterne sammen, og derfor har fokuseret på sundhedsforsikringen, hvis det reelt beroede på en misforståelse om, at kritisk sygdomsforsikring var en del af sundhedsforsikringen. Denne misforståelse kan imidlertid ikke lastes selskabet, som både i forbindelse med optagelse, fratrædelse og ved henvendelse orienterer om produkter og om muligheder ved fratrædelse, jf. bl.a. Bilag J og H. Hertil kommer den selvstændige rådgivers rådgivning, som er uafhængig af AP Pension.

Selskabet vil endvidere henvise til selskabets svar til klager i Bilag M, hvor selskabet adresserede en lang række forhold, som klager bragte op i sin henvendelse mail af 9. marts 2020 (Bilag L) og mail af 11. marts 2020 (Bilag M).

Advokatomkostninger

Der stilles i henvendelsen krav om, at AP Pension skal betale advokatomkostninger. Dette skal AP Pension afvise af følgende årsager:

For det første, har klager selv håndteret klageprocessen ganske dygtigt, så hver en sten allerede er vendt. Klager har endvidere vist stor indsigt i regulering omkring forsikringer; eksempelvis distributørbekendtgørelsen, som det dog kræver nogen indsigt at have kendskab til. Der ses ikke at være fremlagt nye anbringender, der ændrer selskabets vurdering af sagen. Der er mere tale om en ekstra runde på juraen og faktum i sagen.

Der er lagt op til en indbringelse af sagen for Ankenævnet for forsikring. Ankenævnets behandling af sager er lagt op således, at klagerne kan få deres sager behandlet uden behov for repræsentation af advokat. Kun i helt særlige tilfælde vil sådan repræsentation være nødvendig i en ankenævns sag. Det kan være, hvis den pågældende klager tydeligt, ikke evner at varetage egne interesser. Der er i denne sag tale om yderst kompetent klager, og derfor synes denne situation ikke at foreligge.

Det kan også være i særligt komplekse sager. Det kan for eksempel være sager, der involverer komplekse aktuarberegninger og hvor spørgsmålene er af mere principiel karakter. Det er heller ikke tilfældet i denne sag.

I de tilfælde vil enten selskabet eller Ankenævnets sekretariat opfordre klageren til at søge repræsentation. Der synes ikke at være noget i vejen for, at klager på egen hånd kan håndtere en indbringelse af sagen for Ankenævnet for Forsikring og dokumentere sin side af sagen. Ankenævnet er netop i stand til at håndtere klager, der bliver indbragt på et sådant grundlag.

Af ovenstående årsager, har selskabet afvist betaling af klagers advokatsalær.

Desuden ses, at det i sagen er selskabet, der fremlægger dokumentation i sagen til nævnets behandling. Der er dermed intet belæg for, at klager ikke selv skulle kunne varetage indbringelsen af sagen for nævnet uden inddragelse af advokat.

Opfordringer

AP Pension skal opfordre klager til at oplyse og om muligt dokumentere, hvorvidt klager har fået udbetaling ved kritisk sygdom via sit nye pensionselskab, som klager ansættelsesretligt var forpligtet til at indbetale til efter sit jobskifte pr. 1. august 2020.

AP Pension skal endvidere opfordre klager til at oplyse, om klager på sin nye pensionsordning i forbindelse med optagelsen der har valgt at øge dækningen ved kritisk sygdom ud over standarddækning.

AP Pension skal opfordre klager til at fremlægge dokumentation for den nye pensionsordning inklusive indholdet af risikodækninger herpå, der er tegnet via ny arbejdsgiver. Dette kan ske ved fremsendelse af en dækningsoversigt eller lignende.

Afgørelse

På ovenstående grundlag fastholder AP Pension, at klagers forsikringsdækning, herunder forsikring ved visse kritiske sygdomme er bortfaldet pr. 31. oktober 2020, og at der således ikke er stillet en dækningsberettiget diagnose i forsikringstiden.

Selskabet finder at have imødekommet klagers henvendelser om rådgivning, som har vedrørt videreførsel af sundhedsforsikring. Tilsvarende har selskabet handlet korrekt og i overensstemmelse med branchestandard, hvad angår fremsendelse af fratrædelsesbrev og omskrivning til fripolice."

Klagerens advokat har den 7/4 2022 bl.a. anført:

"1. Ad diagnosetidspunktet:

Det er efter klagerens opfattelse ikke korrekt, at en betingelse for dækning, at diagnosen er stillet histologisk i forsikringstiden. Det er derimod klagerens opfattelse, at hun både opfylder betingelsen i pkt. 2.2 om, at diagnosen er stillet i forsikringstiden, eftersom diagnosen blev stillet klinisk den 28. september 2020, og at hun opfylder betingelsen i pkt. 3.1a om, at diagnosen er stillet histologisk, eftersom diagnosen blev stillet histologisk den 19. november 2020. Klageren opfylder således begge betingelser for dækning ved kritisk sygdom.

2. Ad rådgivningsansvar:

Det fritager ikke selskabet for sit selvstændige rådgivningsansvar overfor klageren, at der var tale om en mæglerbetjent firmaordning. I svarskriftet på side 7 har selskabet nu erkendt, at klageren den 28. september 2020 havde to telefonsamtaler med en meget erfaren og samvittighedsfuld

kunderådgiver indenfor livsforsikring og pension. Den pågældende kunderådgiver husker fortsat den dag i dag, at klageren under telefonsamtalerne den 28. september 2020 oplyste, at hun havde kræft i øjet.

Som beskrevet i klageskriftet på side 5, følger det af Ankenævnet for Forsikrings praksis, at der gælder en særlig pligt for selskaber til at rådgive om videreførelse med videre, når et selskab bliver bekendt med et sygdomstilfælde, jf. blandt andet AK88.514. Da selskabet således senest den 28. september 2020 blev bekendt med, at klageren havde kræft i øjet, opstod der en særlig forpligtelse for selskabet til at rådgive klageren om hendes interesser og retsstilling i forhold til dækning ved kritisk sygdom, og selskabet har pådraget sig et selvstændigt rådgivningsansvar ved ikke at yde klageren rådgivning om, at hun burde fortsætte sin forsikring ved kritisk sygdom.

Det fritaget selvsagt ikke selskabet for ansvar, at klageren også havde mulighed for at få rådgivning hos [pensionsmægler], og at klageren specifikt anmodede om at få fortsat sundhedsforsikringen. Henset til forløbet er det klart, at klageren svævede i en vildfarelse om, at kritisk sygdomsforsikringen var en del af sundhedsforsikringen, hvilket den meget erfarne og samvittighedsfulde kunderådgiver naturligvis vidste eller burde vide, ikke var tilfældet. Kunderådgiveren burde derfor have bragt klageren ud af vildfarelsen og have rådgivet hende til at fortsætte kritisk sygdomsforsikringen. Klagerens vildfarelse forklarer således også det af selskabet i svarskriftet på side 11 anførte om, at 'Klagers interesse for sundhedsforsikringen kølnedes pludseligt, hvilket faldt sammen med, at klager fra Juridisk afdeling blev gjort opmærksom på, at forsikring ved kritisk sygdom ikke var en del af sundhedsforsikringen.'

Klageren fastholder i den forbindelse, at hun ikke har modtaget fratrædelsesbrevet.

I øvrigt blev fratrædelsesbrevet først fremsendt den 20. oktober 2020, selvom det fremgår af bilag H på side 99 og 103, at klageren og hendes arbejdsgiver hver især orienterede selskabet om fratrædelsen henholdsvis den 22. juni og 18. august 2020.

3. Efterforløbet:

Da klageren den 1. august 2020 tiltrådte sin nye stilling, blev hun optaget i [andet selskab]. Ved optagelsen blev hun samtidig omfattet af pensionskassens grunddækning ved kritisk sygdom på 100.000 kroner. Klageren gjorde således ikke mulighed for at forhøje dækningen.

Klageren har efterfølgende fået udbetalt dækningen ved kritisk sygdom på 100.000 kroner fra [andet selskab]. Udbetalingen fra pensionskassen ændrer imidlertid ikke ved, at klageren opfylder betingelserne for dækning ved kritisk sygdom på 250.000 kroner fra selskabet."

Selskabet har den 25/4 2022 bl.a. anført:

"AP Pensions holdning

AP Pension fastholder på foreliggende grundlag, at der ikke er grundlag for udbetaling af sum ved Visse Kritiske Sygdomme.

Diagnosetidspunkt

AP Pension fastholder, at det i henhold til aftalegrundlaget i forsikringsbetingelserne er en betingelse for udbetaling, at der i forsikringstiden er stillet en diagnose, som defineret i betingelserne. Det betyder, at diagnosebetingelserne skal være opfyldt i forsikringstiden.

Henset til, at det er et krav for, at diagnosen kræft i henhold til betingelsernes punkt 3, 1.a er stillet, at der histologisk er diagnosticeret en malign svulst, er diagnosebetingelserne i dette tilfælde ikke opfyldt i forsikringstiden.

Der henvises nærmere til redegørelsen i AP Pensions brev til Ankenævnet for forsikring i sagen af 28. februar 2022 samt Bilag D, O og M i sagen.

Rådgivning

Klagers advokat kritiserer AP Pension rådgiver i Kundecenteret i relation til den telefoniske kontakt, der var den 28. september 2020, hvor klager henvendte sig for at få rådgivning om muligheden for videreførsel af sin sundhedsforsikring.

Det bemærkes, at der erfaringsmæssigt, også i forbindelse med sygdomsforløb som kræft ses en stor efterspørgsel på sundhedsforsikringen, da der ikke sjældent opstår behov for behandlingsforsikringen i forløbet omkring en sådan sygdom. Det er derfor ikke indlysende, at det ikke er sundhedsforsikringen klager mente, da hun ringede ind og spurgte til videreførsel af sundhedsforsikringen selvom hun oplyste at have fået kræft i øjet. Tværtimod var det en sandsynlig og relevant dækning at videreføre, hvis man har fået en sygdom, der øger behovet for at kunne gøre brug af en behandlingsforsikring.

Medarbejderen har oplyst, at han blev kontaktet af klager i relation til at fortsætte sin sundhedsforsikring.

Som nævnt i AP Pensions brev til Ankenævnet for Forsikring i sagen har medarbejderen netop også ud over rådgivningen om selve sundhedsforsikringen, fortalt klager om væsentligheden af at opretholde pensionsordningen, hvilket hun kunne gøre, når hun fik et fratrædelsesbrev, som forklarede om mulighederne herfor.

AP Pensions medarbejder har dermed af egen drift, selvom klager alene har forespurgt til muligheden for at videreføre sundhedsordningen, rådgivet om opretholdelse af forsikringsdækningerne i øvrigt.

Rådgivningen blev fulgt op af det fratrædelsesbrev, som blev afsendt fra AP Pensions administration den 20. oktober 2020, jf. sagens Bilag J og Q, som oplyste klager om hendes muligheder og klart angav, at manglende svar ville medføre, at alle forsikringsdækninger ville bortfalde pr. 31. oktober 2020 - svarende til tre måneder efter, at præmieindbetaling til ordningen er ophørt. Det fremgår i den forbindelse eksplicit af fratrædelsesbrevet, at netop forsikringsdækningen ved kritisk sygdom (som ikke er en fradragsberettiget ordning) bortfalder ved manglende præmieindbetaling. Klager har ikke i forlængelse heraf kontaktet AP Pension med henblik på opretholdelse af præmieindbetaling eller med andre ønsker til, hvad der skulle ske med hendes pensionsordning, jf. Bilag J. Pensionsordningen blev derfor hvilende med virkning fra 1. november 2020.

Der henvises nærmere til beskrivelsen af medarbejderens samtale med klager i selskabets brev til Ankenævnet for Forsikring af 28. februar 2022.

Selskabet har således loyalt oplyst klager om hendes muligheder for at videreføre såvel pensionsordningen som sundhedsordningen, og iagttaget sin rådgivningsforpligtelse.

Afgørelse

På ovenstående grundlag fastholder AP Pension, at klagers forsikringsdækning, herunder forsikring ved visse kritiske sygdomme er bortfaldet pr. 31. oktober 2020, og at der således ikke er stillet en dækningsberettiget diagnose i forsikringstiden.

Selskabet finder at have imødekommet klagers henvendelser om rådgivning, som har vedrørt videreførsel af sundhedsforsikring. Herudover har den medarbejder, der besvarede klagers henvendelse også italesat og rådgivet om, hvordan klager kunne opretholde sine forsikringsdækninger ud over sundhedsforsikringen. Tilsvarende har selskabet handlet korrekt og i overensstemmelse med branchestandard, hvad angår fremsendelse af fratrædelsesbrev og omskrivning til fri-police. AP Pension finder derved at have opfyldt sin rådgivningsforpligtelse."

Af medicinsk vurdering af 20/4 2021 fra Videntcenter for Helbred & Forsikring fremgår bl.a.:

"Den 4. juni 2019 blev forsikrede henvist af egen øjenlæge til [hospitals] øjenklinik pga. en forandring i højre øje med et muligt melanom. Øjenundersøgelsen viste et nævus/melanose med mulig malign transformation lokalt (mørk eleveret tumor med satelitter) i højre øje.

Kontrol den 1. okt. 2019 og den. 6. juni 2020 viste fortsat suspekt udseende nævus og mistanke om melanom.

Kontrol den 29. sep. 2020 viste fortsat mistanke om melanom i højre øje samt indikation for operation.

Den 19. nov. 2020 viste den histologiske undersøgelse (mikroskopi) af den bortopererede tumor, at det var et irismelanom.

Det er de lægelige konsulenters vurdering, at der blev rejst mistanke om diagnosen malignt melanom i forsikredes højre øje i juni 2019, hvor forsikrede blev henvist til [hospitals] øjenklinik. De efterfølgende kontroller viste fortsat mistanke om malignt melanom og d. 29. sep. 2020 stilles diagnosen malignt melanom klinisk, da der henvises til resektion (operation). Diagnosen blev efterfølgende bekræftet histologisk d. 19. nov. 2020.

Diagnosen er således stillet klinisk d. 29. sep. 2020 og bekræftet histologisk d. 19. nov. 2020. Hvis betingelserne stiller krav om en histologisk diagnose, er det således den senere dato som er diagnosetidspunktet."

Af klagerens henvendelse til selskabet af 22/6 2020 fremgår bl.a.:

"Jeg har fået nyt arbejde pr. 1. august 2020, og dermed også ny pensionsordning da jeg skifter til en ... arbejdsplads. I den forbindelse har jeg to spørgsmål. Nr. 1. Jeg ønsker at bevare min sundhedsforsikring hos jer. Kan dette lade sig gøre? Nr. 2. Jeg ønsker at bevare min pension hos jer. Kan dette lade sig gøre, selvom indbetalingerne ophører?"

Af selskabets brev til klageren af 21/9 2020 fremgår bl.a.:

"Lifeline Plus

Vi gør dig opmærksom på, at din forsikringsdækning er ophørt den 01.08.2020.

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os.

Venlig hilsen

Skandia

...

Din Lifeline Sundhedsforsikring

Din Lifeline Erhverv Sundhedsforsikring tegnet gennem arbejdsgiver er nu ophørt.

I den forbindelse vil vi gerne tilbyde dig at videreføre din forsikring i Skandia, ved at tegne en Lifeline Privat Sundhedsforsikring. Vi gør opmærksom på, at det ikke er muligt at videreføre eventuelle andre forsikringer eller tilvalgsdækninger til din oprindelige Lifeline Erhverv Sundhedsforsikring.

Du kan se de gældende forsikringsbetingelserne på www.skandia.dk.

Der er flere muligheder for fortsættelse af forsikringen

Forudsætningerne for at du kan omfattes af Skandias fortsættelsespulje er, at du ikke er fyldt 60 år på ikrafttrædelsestidspunktet for forsikringen, ligesom det er en forudsætning, at du er fuldt arbejdsdygtig, herunder ikke er sygemeldt for en længere periode end 14 dage, ikke er berettiget til eller har søgt om førtidspension på ikrafttrædelsestidspunktet for forsikringen.

Hvis du er fyldt 60 år eller ikke kan svare ja til de 3 forudsætninger for tilmelding på vedlagte "Erklæring, Skandias fortsættelsespulje", kan forsikringen videreføres efter almindelig alders bestemt præmieberegning, og du er velkommen til at kontakte os for et sådant tilbud.

For forsikringen i Skandias fortsættelsespulje gælder også, at:

forsikringen kan maksimalt opretholdes til førstkomende 1. januar efter 5 års varighed
forsikringen betales helårligt og har hovedforfald pr. 1. januar ægtefælle/samlever og børn kan medforsikres, såfremt de også har været forsikret i Skandia sammen med dig. Dækningen for børn ophører ved det fyldte 24 år. Medforsikredes dækning ophører automatisk samme dato som din forsikring ophører anciennitet fra din tidligere forsikring i Skandia overføres til den nye forsikring eventuelle tilvalgsdækninger eller andre forsikringsprodukter videreføres ikke

Tilbuddet gælder i 1 måned fra datoen på dette brev og forsikringen tegnes fra den dato, hvor forsikringen tegnet gennem arbejdsgiver ophører.

Ønsker du at benytte dig af tilbuddet, skal du returnere vedlagte erklæring i udfyldt stand.

Vi gør opmærksom på, at hvis din forsikring er ophørt grundet orlov uden løn, mister du din anciennitet, hvis du vælger ikke at opretholde din forsikring privat i orlovsperioden."

Af selskabets brev af 20/10 2020 fremgår bl.a.:

"Indbetalingerne til din pension er stoppet – hvad nu?

Den 1. august 2020 stoppede indbetalingerne til din pensionsordning i Skandia.

...

Hvis du er fratrådt, beder vi dig tage stilling til, hvad du ønsker, der skal ske med din pensionsordning. Du skal især overveje, om du vil beholde dine forsikringsdækninger.

...

Hvis du ikke kontakter os med dit ønske inden 20. november 2020, bliver din pensionsordning omskrevet til en hvilende ordning (en ordning uden indbetaling) senest pr. den 1. august 2020, og dine

forsikringsdækninger bortfalder.

Har du sundhedsforsikring i Lifeline inklusiv eventuelle medforsikrede bortfalder forsikringsdækningen under alle omstændigheder ved fratrædelse den 1. august 2020. Ønsker du at fortsætte sundhedsforsikringen, skal du kontakte vores Rådgivningscenter herom på tlf. 7012 1213.

Dine forsikringer dækker i op til tre måneder

Du får fortsat afkast af din opsparing, men dine forsikringer, som betales via din opsparing, dækker kun i op til tre måneder fra den 1. august 2020, hvor indbetalingen til din pensionsordning stoppede. Senest efter tre måneder er du ikke længere dækket, hvis du for eksempel bliver syg eller ved din død. Ønsker du derefter igen forsikringer, skal du aflevere oplysninger om dit helbred til os på ny, og vi skal vurdere, om du kan oprette forsikringerne.

Dine muligheder

Du skal tage stilling til, hvad der skal ske med din pensionsordning i Skandia efter de tre måneder. Du har flere muligheder.

Du kan:

...

- beholde din pensionsordning uden forsikringsdækninger og uden at indbetale
- beholde dine fradragsberettigede forsikringsdækninger uden at indbetale til din pension. Vi trækker prisen for forsikringsdækningerne fra din opsparing. Vær dog opmærksom på, at en forsikring ved visse kritiske sygdomme, en sundhedsforsikring og nogle forsikringer ved dødsfald ikke kan betales af din opsparing og dermed stopper helt.
- beholde din pensionsordning med forsikringsdækninger, hvis du indbetaler privat eller gennem en ny arbejdsgiver.
- Samle dine pensioner, hvis du har fået en ny pensionsordning
- flytte din pensionsordning. Det koster et engangsbeløb på 1.560 kroner.
- kontakte rådgivningscenteret om muligheden for at forsætte sundhedsforsikring for dig selv og evt. medforsikrede.

...

Sådan gør du

Vi beder dig udfylde vedlagte blanket 'Ønsker til min pensionsordning' og sende den, så vi har den senest den 20. november 2020.

...

Hvis vi ikke hører fra dig inden den 20. november 2020

Hvis vi ikke hører fra dig inden den 20. november 2020, ændrer vi din pensionsordning senest 3 mdr. efter din sidste indbetalingsdato.

Det betyder, at din pensionsordning fortsætter uden indbetaling, uden forsikringsdækninger og med andre omkostninger. Du behøver ikke foretage dig yderligere, hvis du ønsker dette."

Af selskabets mail til klageren af 16/2 2021 fremgår bl.a.:

"Fratrædelsesbrev

Din indbetaling til Skandia stoppede med udgangen af juli 2020. Efter at vi havde registreret, at vi ikke længere modtog indbetalinger på din ordning, sendte vi dig den 20. oktober 2020 et fratrædelsesbrev, hvor du kunne finde oplysninger om dine muligheder i forbindelse med indbetalingsophør.

Det fremgår af fratrædelsesbrevet, at forsikringsdækningerne uden fradragsret, herunder forsikring ved visse kritiske sygdomme, bortfalder tre måneder efter indbetalingsophør. Det betyder konkret, at din forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme er bortfaldet med udgangen af oktober 2020.

Den eneste måde, du ville kunne opretholde forsikringsdækningen ved visse kritiske sygdomme efter 31. oktober 2020, ville være, at du havde valgt at videreføre din pensionsordning inklusiv forsikringsdækninger ved at opretholde præmieindbetalingen enten ved privat indbetaling eller ved indbetaling via ny arbejdsgiver. Der er skattemæssige begrænsninger i kritisk sygdomsforsikringen, der gør, at den ikke kan videreføres enkeltstående. Vi kan ikke se, at du har valgt at fortsætte pensionsordningen ved privat videreførsel eller indbetaling via ny arbejdsgiver. Dette ville forudsætte, at du havde udfyldt blanketten i fratrædelsesbrevet, således at vi kunne udarbejde et tilbud til dig om videreførsel.

Ved gennemgang af korrespondancen og din klage fremstår det umiddelbart sådan, at din henvendelse om videreførsel alene er relateret til sundhedsforsikringen, som ellers ville være bortfaldet umiddelbart ved ophør af præmiebetaling.

Da du ikke har reageret på fratrædelsesbrevet, er din ordning blevet omskrevet til fripolice; dvs. til opsparing uden forsikringsdækninger, i overensstemmelse med det, der fremgår af fratrædelsesbrevet. Vi omskriver først policen til fripolice i vores systemer, når vi har konstateret, at kunden ikke er vendt tilbage indenfor den givne frist med sit ønske i relation til fratrædelsesbrevet.

Derfor har du konkret kunnet konstatere, at dækningen står på din oversigt, på et tidspunkt hvor du umiddelbart forinden er blevet oplyst om, at den er bortfaldet, men at du har muligheder i relation til at bevare din ordning. Vi kan ikke bare fjerne en dækning fra oversigten, før vi er sikre på, at kunden ikke kommer tilbage indenfor fristen og vælger en af de muligheder, som kunden har i fratrædelsessituationen. Omvendt kan kunden ikke i god tro forvente at have forsikringsdækning

gerne, når kunden har modtaget fratrædelsesbrevet, og ikke aktivt har valgt en af de muligheder, der er for helt eller delvist at opretholde forsikringsdækningerne.”

Af mail af 16/2 2021 fra klageren til selskabet fremgår bl.a.:

"Jeg kan desuden oplyse, at det ikke er korrekt at jeg ikke har reageret på fratrædelsesbrevet. Jeg har fremsendt det til jer inden for den givne frist - ligesom jeg ad flere omgange telefonisk har henvendt mig omkring dette. Faktisk blev fratrædelsesbrevet først fremsendt til mig, da jeg selv rykkede for det. Dette har jeg også på skrift".

I klagebrev til selskabet af 9/3 2021 og af kronologisk oversigt udfærdiget af klageren vedlagt brevet fremgår bl.a., at klageren den 28/9 2020 kontaktede selskabet og ønskede rådgivning om videreførelse af sundhedsforsikringen og kritisk sygdomsforsikring. Klageren anfører, at selskabets rådgiver oplyste, at hun ville være dækket af begge forsikringer, hvis hun udfyldte fratrædelsesbrevet. Hun modtog herefter den 28/9 2020 et fratrædelsesbrev, der vedrørte sundhedsforsikringen med titlen "lifeline plus – Erklæring om fortsættelsespulje". Den 30/9 2020 fremsendte hun den udfyldte erklæring om fortsættelsespuljen til selskabet. Hun modtog samme dag selskabets bekræftelse om, at det havde modtaget hendes tilmelding til sundhedsforsikringen.

Af forsikringsbetingelserne for kritiske sygdomme fremgår bl.a.:

"2. Sådan dækker forsikringen

...

2.2. Betingelser for dækning

Det er en betingelse for udbetaling af en forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, at forsikrede får stillet en dækningsberettiget diagnose i perioden fra forsikringen træder i kraft til forsikringen ophører (i det følgende benævnt 'forsikringstiden'), dog tidligst efter udløbet af en eventuel karenperiode. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen.

...

3. Forsikringen dækker

Forsikringen omfatter følgende Diagnosegrupper

Dækningsberettigede sygdomme:

1 a. Kræft

En ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokal recidiv og spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering).

Af forsikringsbetingelserne: "Generelle vilkår for Pensions og sundhedspakken til små virksomheder" fremgår bl.a.:

"17 Fratrædelse

17.1 Generelt

Hvis medarbejderen fratræder sin stilling inden pensionering, har medarbejderen fuld rådighed over pensionsordningen, medmindre der gælder særlige genkøbsklausuler for medarbejderens opsparing.

Ved fratrædelse opretholder medarbejderen sine forsikringer uden indbetalinger i indtil tre måneder efter fratrædelsen, medmindre medarbejderen forinden ophæver pensionsordningen, den overføres til anden pensionsleverandør, eller medarbejderen skriftlig meddeler Skandia andet. Prisen for at opretholde forsikringerne i tre måneder trækkes i opsparingen. Hører Skandia ikke andet fra medarbejderen, vil de solidariske forsikringer bortfalde efter tre måneder.

Efter tre måneder bliver medarbejderen omfattet af Skandias til enhver tid gældende regler for individuelt oprettede pensionsordninger, herunder reglerne for at afgive helbredsoplysninger.

Sundhedsforsikringer for medarbejdere og ægtefælle/børn ophører på det tidspunkt, hvor medarbejderen fratræder. Anmeldte skader dækkes dog op til tre måneder efter fratrædelsen.

Den enkelte virksomheds bidragspligt bortfalder for medarbejderen ved fratrædelse.

Har Skandia ikke modtaget indbetalinger tre måneder i træk fra arbejdsgiveren, vil medarbejderen betragtes som fratrådt ved sidste indbetaling. Der gives herefter tre måneders henstand for forsikringsdækningerne med henblik på eventuel videreførelse af disse, herefter bortfalder forsikringsdækningerne.

17.2 Pensionsordningen kan videreføres på individuelle vilkår

Medarbejderen kan videreføre pensionsordningen på individuelle vilkår privat eller via ny arbejdsgiver med uændret eller anden indbetaling. Dog vil der være et krav om en månedlig minimumsindbetaling til opsparingen ud over prisen for eventuelle videreførte forsikringer og omkostninger.

Er medarbejderen tidligere antaget med skærpede vilkår, vil en privat videreførelse af pensionsordningen kunne medføre en væsentlig forhøjelse i prisen eller klausuler på forsikringer.

Pensionsordningen kan ændres til indbetalingsfri forsikring (fripolice), hvor der vil gælde andre omkostningssatser.

Efter forudgående aftale med Skandia kan forsikringer ved død og tab af erhvervsevne opretholdes for et år ad gangen, forudsat at prisen til forsikringerne kan fratrækkes i opsparingen. Tilbudt om opretholdelse af forsikringerne vil være på individuelle vilkår under Skandias til enhver tid gældende regler og vil kunne tilbydes op til to år.

Sundhedsforsikringer og eventuelle gruppelevsforikringer kan ikke opretholdes uden indbetalinger til ordningen.

Det er dog muligt at videreføre en sundhedsforsikring, se afsnit 18.5.

17.4 Pensionsordningen kan ophæves og udbetales

Skandia trækker et administrationsgebyr samt omkostninger, der svarer til uamortiserede erhvervelsesomkostninger, hvis en pensionsordning ophæves før det aftalte pensionstidspunkt. Derudover skal der efter gældende regler betales en afgift til staten.

17.5 Sundhedsforsikringen kan videreføres privat

Medarbejderen vil ved fratrædelsen modtage et tilbud på videreførelse og har mulighed for at fortsætte sin sundhedsforsikring i Skandias videreførelsespulje i op til fem år fra fratrædelsesdatoen, hvis de opfylder de gældende helbredskrav.

Ægtefælle/samlever og børn kan medforsikres, hvis de også har været forsikret i Skandia sammen med medarbejderen.

Sundhedsforsikringen skal videreføres, inden kunden fylder 60 år.

Regler og vilkår for videreførelse fremgår af Skandias forsikringsbetingelser for sundhedsforsikringer."

Nævnet udtaler:

Klageren blev omfattet af en pensionsordning i selskabet i 2018. Ordningen indeholdt blandt andet sundhedsforsikring og forsikring ved visse kritiske sygdomme. Klageren kontaktede selskabet i juni 2020, idet hun pr. 1/8 2020 skulle starte i en ny stilling, og hun havde derfor spørgsmål i forhold til mulighederne for at videreføre sin pensionsordning og sundhedsforsikring. Selskabet henviste til pensionsmægleren, som ved mail af 23/6 2020 oplyste, at det ikke ville være muligt at videreføre pensionsordningen, idet klagerens nye stilling var hos en offentlig arbejdsgiver, men at hun ville kunne fortsætte sundhedsforsikringen, hvilket klageren herefter oplyste, at hun ønskede. Klageren tiltrådte en ny stilling den 1/8 2020, hvorfor indbetalingerne til ordningen ophørte. Klagerens forsikring ved visse kritiske sygdomme ophørte pr. 31/10 2020. Klageren havde siden 2019 været i løbende udredning for kræft i højre øje. Den 29/9 2020 blev diagnosen stillet klinisk, og ved efterfølgende histologiske undersøgelse blev diagnosen bekræftet den 19/11 2020. Klageren anmeldte den kritiske sygdom til selskabet den 16/10 2020. Klageren er utilfreds med at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen for visse kritiske sygdomme. Klageren er videre utilfreds med selskabets rådgivning.

Diagnosetidspunkt

Selskabet har afvist at yde dækning under henvisning til, at sygdommen ikke blev diagnosticeret inden forsikringens ophør den 31/10 2020. Selskabet har videre anført, at det følger af forsikringsbetingelserne, at en kræftsygdom skal diagnosticeres histologisk, og at klagerens sygdom først blev bekræftet histologisk den 19/11 2020.

Klageren har anført, at kræftdiagnosen blev stillet den 29/9 2020 og dermed stillet i forsikringstiden. Klageren har videre anført, at der ikke kan stilles krav om, at en efterfølgende histologisk bekræftelse også skal ske i forsikringstiden.

Af medicinsk vurdering af 20/4 2021 fra Videntcenter for Helbred & Forsikring fremgår det, at "Det er de lægelige konsulenters vurdering, at der blev rejst mistanke om diagnosen malignt melanom i forsikredes højre øje i juni 2019, hvor forsikrede blev henvist til [hospitals] øjenklinik. De efterfølgende kontroller viste fortsat mistanke om malignt melanom og d. 29. sep. 2020 stilles diagnosen malignt melanom klinisk, da der henvises til resektion (operation). Diagnosen blev efterfølgende bekræftet histologisk d. 19. nov. 2020. Diagnosen er således stillet klinisk d. 29. sep. 2020 og bekræftet histologisk d. 19. nov. 2020. Hvis betingelserne stiller krav om en histologisk diagnose, er det således den senere dato som er diagnosetidspunktet".

Af forsikringsbetingelsernes punkt 2.2 fremgår det, at "det er en betingelse for udbetaling af en forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, at forsikrede får stillet en dækningsberettiget diagnose i perioden fra forsikringen træder i kraft til forsikringen ophører (i det følgende benævnt 'forsikringstiden'), dog tidligst efter udløbet af en eventuel karenperiode. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen". Det fremgår videre af punkt 3.1.a (kræft), at forsikringen dækker "En ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokal recidiv og spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering)".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at sygdommen er diagnosticeret inden den 31/10 2020, hvor klagerens forsikringsdækning ophørte.

Nævnet har lagt vægt på, at det følger af forsikringsbetingelserne, at kræftsygdommen skal være diagnosticeret histologisk, og at svaret på den histologiske undersøgelse først forelå den 19/11 2020.

Rådgivning

Spørgsmålet er herefter, om selskabet har givet klageren mangelfuld eller fejlagtig rådgivning om muligheder for at videreføre kritisk sygdomsforsikringen til et tidspunkt efter diagnosetidspunktet.

Klageren har anført, at hun ikke modtog selskabets brev af 20/10 2020, hvor selskabet orienterede om hendes muligheder for videreførelse af pensionsordningen i forbindelse med, at indbetalingerne fra hendes tidligere arbejdsgiver til hendes pensionsordning i selskabet var standset. Klageren har derudover anført, at selskabets medarbejder havde oplyst hende, at hun ville være dækket ved kritisk sygdom, hvis hun videreførte sundhedsforsikringen.

Selskabet har afvist, at selskabets medarbejdere har ydet mangelfuld rådgivning. Selskabet har anført, at klageren ikke har kontaktet selskabet med henblik på at få videreført dækningen ved visse kritiske sygdomme, men alene har rettet henvendelse om videreførelse af sundhedsforsikringen. Selskabet har også anført, at det fremsendte fratrædelsesbrev af 20/10 2020 til klageren indeholdt relevant rådgivning om mulighederne for at videreføre kritisk sygdomsforsikringen, og at klageren ikke returnerede brevet inden fristen den 20/11 2020, hvorfor forsikringen ophørte inden diagnosetidspunktet. Selskabet har over for nævnet herved bl.a. anført, "Der er sendt fratrædelsesbrev til klager den 20. oktober 2020. Kopi af brevet er vedlagt til oriente-

ring i Bilag J. Tilsvarende vedlægges systemdokumentation fra Skandias CRM-system, der dokumenterer forsendelse inklusive dato herfor (Bilag Q). Brevet er sendt med posten den 20. oktober 2020, og er ikke modtaget retur. Herved har selskabet i overensstemmelse med praksis løftet bevisbyrden for, at brevet er sendt og fremkommet. Herefter har klager i henhold til praksis bevisbyrden for at dokumentere, at det modsatte er tilfældet. Der er ikke fremlagt noget dokumentation for evt. uregelmæssigheder i posten i perioden. Herudover har klager selv i mail af 16. februar 2021 (Bilag J, mailen s. 4) (refereret nedenfor) bekræftet, at hun har modtaget nævnte brev."

Af klagerens henvendelse til selskabet af 22/6 2020 fremgår det bl.a., "Jeg har fået nyt arbejde pr. 1. august 2020, og dermed også ny pensionsordning da jeg skifter til en ... arbejdsplads. I den forbindelse har jeg to spørgsmål. Nr. 1. Jeg ønsker at bevare min sundhedsforsikring hos jer. Kan dette lade sig gøre? Nr. 2. Jeg ønsker at bevare min pension hos jer. Kan dette lade sig gøre, selvom indbetalingerne ophører?".

Af selskabets brev af 20/10 2020 fremgår det "Den 1. august 2020 stoppede indbetalingerne til din pensionsordning i Skandia. ... Hvis du ikke kontakter os med dit ønske inden 20. november 2020, bliver din pensionsordning omskrevet til en hvilende ordning (en ordning uden indbetaling) senest pr. den 1. august 2020, og dine forsikringsdækninger bortfalder. ... Du får fortsat afkast af din opsparing, men dine forsikringer, som betales via din opsparing, dækker kun i op til tre måneder fra den 1. august 2020, hvor indbetalingen til din pensionsordning stoppede. Senest efter tre måneder er du ikke længere dækket, hvis du for eksempel bliver syg eller ved din død. ... Du skal tage stilling til, hvad der skal ske med din pensionsordning i Skandia efter de tre måneder. Du har flere muligheder. Du kan: • beholde din pensionsordning uden forsikringsdækninger og uden at indbetale. • beholde dine fradragsberettigede forsikringsdækninger uden at indbetale til din pension. Vi trækker prisen for forsikringsdækningerne fra din opsparing. Vær dog opmærksom på, at en forsikring ved visse kritiske sygdomme, en sundhedsforsikring og nogle forsikringer ved dødsfald ikke kan betales af din opsparing og dermed stopper helt. • be-

holde din pensionsordning med forsikringsdækninger, hvis du indbetaler privat eller gennem en ny arbejdsgiver".

Af selskabets mail til klageren af 16/2 2021 fremgår bl.a., "**Fratrædelsesbrev:** Din indbetaling til Skandia stoppede med udgangen af juli 2020. Efter at vi havde registreret, at vi ikke længere modtog indbetalinger på din ordning, sendte vi dig den 20. oktober 2020 et fratrædelsesbrev, hvor du kunne finde oplysninger om dine muligheder i forbindelse med indbetalingsophør. Det fremgår af fratrædelsesbrevet, at forsikringsdækningerne uden fradragsret, herunder forsikring ved visse kritiske sygdomme, bortfalder tre måneder efter indbetalingsophør. Det betyder konkret, at din forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme er bortfaldet med udgangen af oktober 2020. Den eneste måde, du ville kunne opretholde forsikringsdækningen ved visse kritiske sygdomme efter 31. oktober 2020, ville være, at du havde valgt at videreføre din pensionsordning inklusiv forsikringsdækninger ved at opretholde præmieindbetalingen enten ved privat indbetaling eller ved indbetaling via ny arbejdsgiver. Der er skattemæssige begrænsninger i kritisk sygdom-forsikringen, der gør, at den ikke kan videreføres enkeltstående. Vi kan ikke se, at du har valgt at fortsætte pensionsordningen ved privat videreførsel eller indbetaling via ny arbejdsgiver. Dette ville forudsætte, at du havde udfyldt blanketten i fratrædelsesbrevet, således at vi kunne udarbejde et tilbud til dig om videreførsel. Ved gennemgang af korrespondancen og din klage fremstår det umiddelbart sådan, at din henvendelse om videreførsel alene er relateret til sundhedsforsikringen, som ellers ville være bortfaldet umiddelbart ved ophør af præmiebetaling. Da du ikke har reageret på fratrædelsesbrevet, er din ordning blevet omskrevet til fripolice; dvs. til opsparing uden forsikringsdækninger, i overensstemmelse med det, der fremgår af fratrædelsesbrevet. Vi omskriver først policen til fripolice i vores systemer, når vi har konstateret, at kunden ikke er vendt tilbage indenfor den givne frist med sit ønske i relation til fratrædelsesbrevet. Derfor har du konkret kunnet konstatere, at dækningen står på din oversigt, på et tidspunkt hvor du umiddelbart forinden er blevet oplyst om, at den er bortfaldet, men at du har muligheder i relation til at bevare din ordning. Vi kan ikke bare fjerne en dækning fra oversigten, før vi er sikre på, at kunden ikke kommer tilbage indenfor fristen og vælger en af de muligheder, som kunden har i fratrædelsessituationen. Omvendt kan kunden ikke i god tro

forvente at have forsikringsdækningerne, når kunden har modtaget fratrædelsesbrevet, og ikke aktivt har valgt en af de muligheder, der er for helt eller delvist at opretholde forsikringsdækningerne.”

Af mail af 16/2 2021 fra klageren til selskabet fremgår det, at "Jeg kan desuden oplyse, at det ikke er korrekt at jeg ikke har reageret på fratrædelsesbrevet. Jeg har fremsendt det til jer inden for den givne frist - ligesom jeg ad flere omgange telefonisk har henvendt mig omkring dette. Faktisk blev fratrædelsesbrevet først fremsendt til mig, da jeg selv rykkede for det. Dette har jeg også på skrift".

I klagebrev til selskabet af 9/3 2021 og af kronologisk oversigt udfærdiget af klageren vedlagt brevet fremgår bl.a., at klageren den 28/9 2020 kontaktede selskabet og ønskede rådgivning om videreførelse af sundhedsforsikringen og kritisk sygdomsforsikring. Klageren anfører, at selskabets rådgiver oplyste, at hun ville være dækket af begge forsikringer, hvis hun udfyldte fratrædelsesbrevet. Hun modtog herefter den 28/9 2020 et fratrædelsesbrev, der vedrørte sundhedsforsikringen med titlen "lifeline plus – Erklæring om fortsættelsespulje". Den 30/9 2020 fremsendte hun den udfyldte erklæring om fortsættelsespuljen til selskabet. Hun modtog samme dag selskabets bekræftelse om, at det havde modtaget hendes tilmelding til sundhedsforsikringen.

Nævnet bemærker, at selskabet ikke ifalder ansvar for eventuel fejlagtig eller mangelfuld rådgivning, som mæglerfirmaet har givet klageren, da mæglerfirmaet er klagerens arbejdsgivers repræsentant.

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at selskabet har givet mangelfuld eller vildledende rådgivning. Nævnet kan derfor ikke pålægge selskabet at videreføre ordningen eller på erstatningsretligt grundlag pålægge selskabet at yde erstatning.

Ankenævnet for Forsikring

32.

97729

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgik af brevet af 20/10 2020, at klagerens forsikringsdækninger for visse kritiske sygdomme ville bortfalde senest pr. 1/11 2020, hvis hun ikke videreførte pensionsordningen ved private indbetalinger, at klageren således er blevet informeret om, at forsikringen ved visse kritiske sygdomme ikke udgjorde en del af sundhedsforsikringen, og at klageren ikke returnerede brevet til selskabet inden fristen den 20/11 2020.

Nævnet finder, at det, som klageren i mail den 16/2 2021 har anført om, at hun havde besvaret selskabets fratrædelsesbrev, udgør tilstrækkeligt bevis for, at brevet af 20/10 2020 kom frem til klageren. Nævnet har herved blandt andet lagt vægt på, at klagerens mail af 16/2 2021 var et svar på selskabets mail af samme dato, hvor selskabet udførligt omtalte indholdet af fratrædelsesbrevet og anførte, hvilken dato brevet var dateret. Nævnet finder på denne baggrund, at der ikke er grundlag for at antage, at klageren misforstod selskabets henvisning til oplysningerne om fratrædelsesbrevet og forvekslede dette med brevet af 21/9 2021 om videreførelse af sundhedsforsikringen.

Nævnet finder herudover, at klageren ikke har bevist, at selskabet ved sin information til klageren skulle have givet hende en berettiget forventning om, at hun ville være dækket ved kritisk sygdom, hvis hun videreførte sin sundhedsforsikring.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Advokatomkostninger

Klageren ønsker, at selskabet dækker advokatomkostninger med 20.000 kr. Efter sagens udfald og omstændigheder i øvrigt finder nævnet, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at dække klagerens advokatomkostninger.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Ankenævnet *for* Forsikring

33.

97729

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen