

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 24. maj 2023 blev i sag nr. 99250:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

AXA Financial Insurance Company v/CNP Santander Insurance
V/CNP Santander Insurance Life Dac
Postbox 50
2605 Brøndby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har økonomisikring. I klageskema af 15/1 2023 til nævnet samt i vedlagte bilag har klageren bl.a. anført:

"Manglende respons og håndtering af en klokkeklar ret til ydelsesdækning i sygdomsforløb, i øvrigt se bilag.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Ydelsesdækning fra januar 2022 til december 2022

...

Har i ca. 10 år haft en Santander SAFE forsikring tilknyttet flere billån hos Santander, en police der tilbydes og sælges hos bilhandler ved køb af bil.

Denne police skulle dække ved arbejdsløshed og sygdom, dog maksimalt 12 måneders ydelse, og ved død indfries restgælden.

Det viser sig så at policen nu er ændret så den kun dækker sygdom, og ufrivillig arbejdsløshed (konkurs eller lignende), det må vel tolkes således man kan afvise 90% af alle sager, men ydelsen er fastholdt til trods for denne forringelse af betingelserne.

Ydelse på denne police er i størrelsesordenen hvad en kaskoforsikring normalt koster afhængig af præmietrin, for mit vedkommende ca. 2500 dkk pr år, lidt tankevækkende når max ydelse er 12 måneders afdrag, set i sammenligning med en kaskoforsikring der ved skade dækker op til bilens pris på skadetidspunkt, men har desværre konstateret denne police er at betragte som gement og bevidst bondefangeri fra Santanders side.

Hændelsesforløb.

Fik i januar 2022 en alvorlig depression/stress ud af det blå som næsten havde kostet mig livet, og for at gøre ondt værre mistede jeg kort efter mit job, så efter et par måneder hvor jeg efter behandling igen kunne tænke bare lidt klart henvendte jeg mig til Santander og bad om at få denne police aktiveret.

Efter adskillige henvendelser over flere måneder, fik jeg endelig tilsendt diverse blanketter fra Santander der skulle udfyldes af min læge [...] som derefter udfyldte lægeerklæring mm og fremsendte dette til Santander i slut April, start Maj, (jeg har ikke kopi af disse) hvorefter jeg forventede sagens alvor taget i betragtning, det var en formssag med dækning af ydelserne på mit billån i de måneder det nu tog til jeg var raskmeldt og i job igen, men det har desværre vist sig umuligt at få Santander til at godkende noget som helst ud fra et krav om der skulle også udfyldes en digital formular, som viste sig at være helt umulig at finde rundt i, hvilket jeg også informerede Santander om, men uden denne, og til trods for information via mail, fremsendelse af lægeerklæringen mm hvor alt var beskrevet, var der ifølge Santander ingen sag overhovedet til trods for de selv skriver de har modtaget lægeerklæring mm, og dermed åbenbart ingen dækning, og den arrogance jeg har oplevet fra Santanders side er både himmelråbende og beskæmmende i en meget svær situation, det er i hvert fald ikke kundepleje de går op i.

Alt dette tog adskillige måneder, og ved hver henvendelse til Santander, var hvert svar fra en ny sagsbehandler som at spørge i Øst og få svar i Vest, når de endelig gad svare.

Har prøvet at adressere den klageansvarlige mv, men uden det har medført nogen form løsning.

Har ikke i denne 11 måneders periode fået yderligere henvendelse fra Santander på min sag udover nogle telefonopkald fra [udlandet] i sommeren 2022, ved ikke om dette er hovedsædet for deres Insurance afdeling, men opkald fra [udlandet] svarer jeg ikke på da det ofte er potentiel svindel, i øvrigt kunne Santander jo have informeret om på mail at et [udenlandsk nummer] ville ringe vedrørende sagen hvis det er sådan det hænger sammen.

Jeg har informeret Santander om at sagen går i Forsikringsankenævn, og efterfølgende til pressen, da jeg finder denne adfærd fra Santander på en meget dyr police mere end tvivlsom, ved check på Trustpilot kan jeg også se jeg er ikke ene om denne oplevelse, det er vist mere reglen end undtagelsen man affejer retten til dækning.

Opsigelse af police.

Har endvidere allerede fra sommeren 2022 informeret Santander om at denne police skulle opsiges, ikke at jeg frafaldt mit krav mod Santander, men der er ingen grund til på sygedagpenge/dagpenge at smide flere gode penge efter dårlige, selv dette har vist sig at være en umulighed.

Efter i måneder at have rykket for information om hvor jeg skulle skrive til for at opsiges de for husstandens 2 policer på SAFE forsikring, fik jeg endelig en mailadresse, jeg skrev og opgav registreringsnummer på begge biler, samt ønske om disse skulle opsiges, det var dog ikke nok til trods for der er pant i den ene bil, så burde det være en formssag at finde de 2 sager i deres system, de skulle have IR nummer og dem fik de, inklusiv kundenummer, og sidst også CPR nummer fra os begge i husstanden, men det er heller ikke nok, så hvad skal man så gøre – ?

Ankenævnet for Forsikring

3.

99250

Santander forsætter altså med at trække penge for de policer der jo har vist sig at være 100% værdiløse, og vi kan intet gøre.

Krav fra min side.

Så det jeg ønsker dækket fra Santander er dækning fra slut januar til slut december 2022, da jeg pr 2 januar 2023 starter nyt job, dvs. et beløb i størrelsesordenen små 2700 dkk pr måned, et beløb der burde være kommet af sig selv uden sværds slag.

Jeg har vedhæftet diverse mails fra Santander, og håber De kan finde en løsning på sagen.

I dette forløb her jeg mere end en gang fortalt Santander hvad jeg mente om dem i ren frustration, men de er totalt ligeglade, og jeg har oplyst dem om sagen går til pressen, men de agerer nok ud fra deisen, der ikke sker noget og sagen bare går i glemmebogen."

Selskabet har i brev af 31/1 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen drejer sig om vores kunde [...] ønske om brug af sin Safe forsikring, og hans utilfredshed i forbindelse med forsøget på at aktivere denne. Forsikringen er tegnet den 20.01.2020. Forsikringen er omfattet af forsikringsbetingelserne SC2b-1 [bilag 1].

Oversigt over klage-forløb:

Kunden kontakter os første gang per mail den 28.02.2022. Her informerer han os om, at han har set sig nødsaget til at aktivere sin Safe, og klager derudover, at vi ikke har henvendt os til ham tidligere [trods dette er første kontakt med kunden].

Den 07.03.2022 sender kunden en opfølgende klage, hvor han fortæller, at han ønsker dækning for uarbejdsdygtighed, og klager over, at vi har ændret vores betingelser, så vi nu ikke dækker så meget som tidligere [dette er ikke tilfældet – policen er uændret]. Derudover fremhæver kunden vores dårlige trustpilot score. Tilsvarende d. 07.03.2022 svarer vi kunden, at vi ikke tidligere [end 28.02.2022] har hørt fra kunden og sender herefter en online guide til, hvordan man kan oprette en anmeldelse for henholdsvis midlertidig uarbejdsdygtighed og ufrivillig arbejdsløshed.

Den 12.05.2022 modtager vi en PF710-attest. Af denne lægeattest fremgår det, at kunden har været undersøgt første gang 23.01.2022 med depressive symptomer [hvilket ikke er omfattet dækning for en Safe forsikring, jf. betingelserne]. Kunden har fortsat ikke indsendt en anmeldelse, hvorfor vi fortsat ikke kan behandle dokumenterne.

Den 18.05.2022 fremsender kunden en yderligere klage, hvor han antyder, at sagsbehandlingen trækkes i langdrag med vilje med det formål at få kunden til at give op. Han sammenligner os med andre forsikringer, hvor processen er gået lettere, nævner igen vores dårlige Trustpilot-score, og truer med at gå til en lang række medier samt advokat.

Den 19.05.2022 svarer vi endnu engang kunden tilbage, at vi ikke kan foretage en vurdering eller nogen form for sagsbehandling uden kunden har udfyldt skadesanmeldelsen. Denne fremsendes igen til kunden.

Den 23.05.2022 skriver kunden tilbage og takker for svar. Han udtrykker i den sammenhæng, at han mener den indsendte lægedokumentation bør række som anmeldelse – og at forklaring udbedes.

Den 30.05.2022 sender vi endnu et svar til kunden, hvor vi beklager hans negative oplevelse, og forklarer, at vi rigtignok har modtaget et lægedokument per 12.05.2022, men at vi ikke kan behandle dette uden en udfyldt anmeldelsesformular. Kunden guides igen i hvordan han kan anmelde via vores online portal, og tilbydes derudover at anmelde via brevpost.

Den 29.06.2022 henvender kunden sig med en klage over, at vores hjemmeside er for besværlig, og truer i den forbindelse med at gå til ombudsmanden.

Vi besvarer klagen den 05.07.2022, hvor vi endnu engang beklager kundens oplevelse, guider kunden i hvordan hjemmesiden fungerer, tilbyder en 'offline' anmeldelse per post. Derudover opfordres kunden til at ringe ind ved tvivl. Endeligt henvises kunden til Ankenævnet, såfremt han ikke mener, han bør indsende nævnte anmeldelse.

14.07.2022 modtager vi endnu en klage, hvor kunden hævder at have været i kontakt med Forbrugerombudsmanden vedr. Safe forsikringen. Klagen er en smule uklar, men der hævdes umiddelbart, at kunden er blevet bedt oprette en sag ved Ankenævnet for Forsikring, ved Det Finansielle Ankenævn, og yderligere at kunden er blevet fortalt at Santander Consumer Bank og andre selskaber støtter Trustpilot for på den måde at få slettet dårlige anmeldelser. Endelig beklager kunden sig over vores skadesportal.

Den 14.07.2022 svarer vi endnu engang, og opfordrer kunden til at kontakte os per telefon, så vi kan hjælpe ham med en evt. anmeldelse. Vi fortsætter derudover med at fremsende online og offline anmeldelsesblanketter samt henvise til Ankenævnet.

Den 30.08.2022 modtager vi endnu en klage. Kunden informerer os om, at han vil gå til Ankenævnet, medier samt opsig sin forsikring.

Vi svarer kunden den 12.09.2022, hvor vi igen forklarer for kunden, at vi ikke er i stand til at behandle en sag, uden en udfyldt anmeldelsesblanket. Vi henviser desuden kunden til Nordiccom for evt. opsigelse af policen. Derudover gentager vi ordret svaret fra den 14.07.2022.

Opsummering:

Kunden har som beskrevet ovenfor på intet tidspunkt indsendt en anmeldelse. Uden en sådan er vi

derfor ude af stand til at behandle de indsendte dokumenter og træffe en afgørelse. Vi har ad flere omgange og på flere forskellige måder forsøgt at hjælpe kunden på vej til at anmelde – men uden succes. Kundens klager har derudover ofte indeholdt diverse beskyldninger: Såsom at vi skulle betale Trustpilot for at fjerne negative anmeldelser, at vi ringer til kunden fra et [udenlandsk] telefonnummer, eller at vi bevidst trækker sagen i langdrag. Kunden fremsætter tilsvarende klager i klagen til Ankenævnet. For god ordens skyld: Dette er naturligvis ikke tilfældet. Policen er ikke blevet ændret siden kundens køb. Vi har ikke ringet til kunden fra et [udenlandsk] telefonnummer. Og vi har ikke været i kontakt med Trustpilot.

Ankenævnet for Forsikring

5.

99250

Vi mangler desværre endnu at modtage afgørende dokumentation (skadesanmeldelsen) til behandling af en sag. Uden denne, og baseret på hvad vi indtil videre har modtaget, er vi desværre umiddelbart ikke i stand til at imødekomme kundens ønske om dækning."

Klageren har i brev af 23/2 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Svarskrift fra Santander af den 3 Marts 2023 er en stor usandhed, Santander har på intet tidspunkt udvist kundeservice eller forsøgt at hjælpe mig i den svære situation jeg stod i stort set hele 2022, altid var det en ny sagsbehandler der svarede, hver gang var som at starte fra 0, alene at få blanket til udfyldelse af læge fra Santander tog flere måneder, men ret tydeligt den forsikring dækker formodentlig ikke noget overhovedet sikkert, så er det ikke at bondefange kunder til en police der er rent blikfang? og derudover som også nævnt i klagen er det desuden umuligt at få opsagt forsikringen, så man kan da undres om vi lever i et rent lovløst regime? og ja jeg har et par journalister med på sidelinjen i denne sag, jeg mener Santanders håndtering er grænsende til det utrolige arrogante...og det skal frem i lyset, jeg er nok ikke den eneste der har oplevet den her behandling."

Nævnets sekretariat har i brev af 9/3 2023 til selskabet meddelt, at "de af klageren fremsendte dokumenter, herunder klageskemaet og bilaget 'skrivelse forsikringsankenævn', må sidestilles med en skriftlig anmeldelse". Nævnets sekretariat har derfor bedt selskabet om at realitetsbehandle klagerens krav og fremsende en realitetsbesvarelse til nævnet.

Selskabet har herefter til nævnet indsendt realitetsafgørelse af 22/3 2023, hvoraf det bl.a. fremgår:

"Vi har behandlet din forsikringsanmeldelse af midlertidig uarbejdsdygtighed. Efter gennemgang af de relevante dokumenter for din sag, må vi desværre meddele dig, at vi ikke kan imødekomme dit ønske om forsikringsdækning.

Årsagen til dette er, at du ifølge det indsendte lægedokument [FP710-attesten] er sygemeldt med en psykisk eller nervøs sygdom – i dit konkrete tilfælde hedder lægens diagnose 'depression' – hvilket desværre ikke er omfattet dækning ved denne forsikring.

I forsikringsbetingelserne punkt I forsikringsbetingelserne punkt 19. 'Om undtagelser i dækningen for midlertidig uarbejdsdygtighed', står der følgende:

SIL udbetaler ikke forsikringsydelse ved midlertidig uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden er opstået som en direkte eller indirekte følge af:

7. Psykisk eller nervøs sygdom inklusive stress eller dertil relateret lidelse eller tilstand.

Grundet overstående kan vi derfor ikke dække en sygdomsperiode, hvor den primære årsag til sygemelding skyldes psykisk eller nervøs sygdom."

Ankenævnet for Forsikring

6.

99250

Til dette har klageren fremsendt brev af 31/3 2023, hvori det bl.a. er anført:

"Har nu set bilag af 28. marts 2023 med afgørelse, og er sku noget rystet over den afgørelse Santander lige har stykket sammen, og som jeg ikke har set før, og samlet viser det jo at a) jeg gik ned med stress i 2022, og efterfølgende uarbejdsdygtig i 6 måneder, arbejdsledig i 6 måneder, det er jo det der står policen dækker, den tilbydes jo i forbindelse med Billån hos Santander, og kan desværre også se den vel nærmest er at klassificere som rent bondefangeri, f.eks. kig blot på det faktum denne police er umulig at opsige (tidligere bilag), altså kan i (Forsikringsankenævnet) acceptere den adfærd Santander udviser her. men som tidligere nævnt går sagen samlet i medierne, det bliver interessant at hvor mange andre sager der dukker op af lignende karakter, for det her finder jeg helt utilstedeligt, vel nærmest grotesk."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af forsikringsbevis udstedt den 20/1 2020 fremgår bl.a.:

"Forsikringsdækningen afhænger af din beskæftigelse og din alder ved skadestilfældet. Afhængig af din situation ved skadestidspunktet kan du omfattes af følgende dækning:

Den månedlige ydelse på lånet i henhold til oprindelig tilbagebetalingsplan i tilfælde af:

- ufrivillig arbejdsløshed - kun for lønmodtagere
- midlertidig uarbejdsdygtighed
- hospitalsindlæggelse - kun for selvstændige

Indfrielse af saldoen i henhold til oprindelig tilbagebetalingsplan i tilfælde af:

- dødsfald

Se forsikringsbetingelser for nærmere oplysninger om forsikringen.

Forsikringsgebyr: 205,00 kr. pr. måned
Løbetid: 73 måneder
Forsikringen træder i kraft: 20-01-2020 og gælder indtil den opsiges (se faktaark, opsigelse i perioden)"

Af sundhedsforsikringsattest af 28/4 2022 fremgår bl.a.:

1	Hvor længe har du været patientens læge?	Dato:
2	Hvilke symptomer har patienten og hvornår startede de? Hvornår undersøgte du patienten for symptomerne første gang?	Dato for første symptom: 14/1-22 tiltænkte depressive symptomer som begyndte med suicidal forest. d. 19/1-22. forløb hos læge og psykolog til tilføjelse Dato: 23/1-22
3	Foreligger der en diagnose på tilstanden? Er sygdommen kronisk? Hvornår blev diagnosen stillet?	NEJ JA ☐ ☒ Hvis JA, hvilken diagnose (gerne på latin): Depressio major Suicidal forest. Dato: under indlæggelse d. 19/1-22

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"9. Om hvornår ophører forsikringsdækningen?

...

Hvis du opsiger forsikringsdækningen

Du har ret til når som helst at opsige forsikringsdækningen skriftligt med 30 dages varsel, således at opsigelsen gælder fra den første forfaldsdag efter udløbet af de 30 dage.

...

14. Om vilkår for udbetaling ved ufrivillig arbejdsløshed for lønmodtagere

...

Ved udbetaling for ufrivillig arbejdsløshed er det en forudsætning at du har været beskæftiget som lønmodtager (aflønnet for min. 16 timer pr. uge – se ordforklaringer punkt 24) i en periode på mindst 12 måneder umiddelbart før første ufrivillige arbejdsløsheds indtræden, som berettiger til udbetaling af forsikringsydelse. Arbejdsløshedsperioder på 14 dage eller mindre afbryder ikke perioden. Perioder hvor du er på supplerende dagpenge, tæller ikke med i beregningen af de 12 måneder.

Udbetaling af forsikringsydelse er betinget af, at du er ufrivillig arbejdsløs, er tilmeldt Jobcentret, og står til 100% rådighed for det almindelige danske arbejdsmarked.

...

'Ufrivillig arbejdsløshed' betyder, at du er blevet afskediget fra dit job og at din ansættelse herefter er ufrivilligt ophørt efter udløbet af gældende opsigelsesperiode. Det er en betingelse, at dette dokumenteres i form af en skriftlig opsigelse fra din arbejdsgiver eller anden dokumentation, som SIE sidestiller hermed. Arbejdsløshed, der skyldes, at du selv har opsagt dit job, uanset årsag, eller skyldes berettiget bortvisning, er således ikke omfattet af begrebet 'ufrivillig arbejdsløshed'. Skyldes arbejdsløsheden forhold eller handlinger fra din side som du foretog eller undlod at foretage, og disse var eller kunne være under din kontrol, er der ingen forsikringsdækning. Enhver form for arbejdsfordeling samt afskedigelse og tilbud om genansættelse på lavere arbejdstid, betragtes ikke som ufrivillig arbejdsløshed. Det samme gælder hvis der er tale om enhver form for lønnedgang.

...

17. Om vilkår for udbetaling ved midlertidig uarbejdsdygtighed

...

'Midlertidig uarbejdsdygtighed' betyder, at du på grund af sygdom eller et ulykkestilfælde, er fuldstændigt forhindret i at udføre dit almindelige, lønnede arbejde eller drive din selvstændige virksomhed.

Den midlertidige uarbejdsdygtighed regnes for indtrådt den dag, hvor du ifølge lægeerklæring blev erklæret uarbejdsdygtig.

Ydelser ved midlertidig uarbejdsdygtighed

Efter 30 sammenhængende hele dages midlertidig uarbejdsdygtighed (optjeningsperiode), betales en måneds ydelse i henhold til den oprindelige tilbagebetalingsplan.

Udbetaling sker ved førstkommende ydelses forfald, dog tidligst når SIL har modtaget dokumentation for din midlertidige uarbejdsdygtighed i perioden og SIL har anerkendt din anmeldelse (jf. punkt 8).

For hver yderligere periode på 30 sammenhængende hele dages midlertidig uarbejdsdygtighed efter optjeningsperiodens udløb betaler SIL en ydelse i henhold til den oprindelige tilbagebetalingsplan, dog tidligst når SIL har modtaget dokumentation for din midlertidige uarbejdsdygtighed i perioden (jf. punkt 8). Bemærk at der skal være tale om 30 sammenhængende hele dages midlertidig uarbejdsdygtighed.

SIL betaler i op til 12 ydelser pr. uarbejdsdygtighedsperiode, og i alt op til 36 ydelser ved flere adskilte uarbejdsdygtighedsperioder.

...

19. Om undtagelser i dækningen for midlertidig uarbejdsdygtighed.

SIL udbetaler ikke forsikringsydelser ved midlertidig uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden er opstået som en direkte eller indirekte følge af:

...

7. Psykisk eller nervøs sygdom inklusive stress eller dertil relateret lidelse eller tilstand."

Nævnet udtaler:

Klageren har den 20/1 2020 tegnet økonomisikring i forbindelse med et billån. Forsikringen dækker blandt andet ved ufrivillig arbejdsløshed samt midlertidig uarbejdsdygtighed. Klageren ønsker at få ydelsesdækning fra januar 2022 til december 2022.

Klageren har anført, at han i januar 2022 fik en alvorlig depression/stress, og at han efter et par måneder mistede sit arbejde. Klageren har oplyst, at han var uarbejdsdygtig 6 måneder, og derefter var arbejdsledig i 6 måneder. Klageren har også anført, at det er umuligt at opsige forsikringen.

Selskabet har afvist at yde dækning. Selskabet har anført, at der ikke kan ydes dækning for en sygdomsperiode, hvor den primære årsag til sygemelding skyldes psykisk eller nervøs sygdom, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 19, litra 7.

På det foreliggende sparsomt oplyste grundlag finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at han har krav på forsikringsydelser i perioden januar til december 2022. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

Ankenævnet for Forsikring

9.

99250

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at forsikringen ikke dækker midlertidig uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden er opstået som en direkte eller indirekte følge af psykisk eller nervøs sygdom inklusive stress eller dertil relateret lidelse eller tilstand, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 19, litra 7. Nævnet har i denne forbindelse lagt vægt på, at det af sundhedsforsikringsattesten af 28/4 2022 fremgår, at klageren den 14/1 2022 fik tiltagende depressive symptomer, og at han den 19/1 2022 – under indlæggelse – fik stillet diagnosen depressio mentis.

Nævnet bemærker, at der ikke er fremlagt oplysninger, der belyser om klageren er berettiget til udbetaling af forsikringsydelse ved ufrivillig arbejdsløshed. Der fremgår herom i forsikringsbetingelserne, at klageren – umiddelbart inden første ufrivillige arbejdsløsheds indtræden, som berettiger til udbetaling af forsikringsydelse – skal have været beskæftiget som lønmodtager i en periode på mindst 12 måneder, ligesom det er et krav, at arbejdsløsheden er ufrivillig, og at der fremlægges dokumentation herfor i form af en skriftlig opsigelse fra arbejdsgiveren.

Opsigelse

Af forsikringsbetingelserne fremgår det, at "Du har ret til når som helst at opsiges forsikringsdækningen skriftligt med 30 dages varsel, således at opsigelsen gælder fra den første forfaldsdag efter udløbet af de 30 dage". Klageren har i klageskemaet anført, at han pr. mail har anmodet selskabet om at opsiges forsikringen. Der fremgår imidlertid ikke oplysning om, hvornår han fremsendte mailen til selskabet. Nævnet finder på denne baggrund, at det som ubestridt må lægges til grund, at klageren skriftligt har opsagt forsikringen. Selskabet skal derfor opsiges forsikringen med virkning pr. hovedforfald den 20/1 2023, hvis klageren har fremsendt mailen til selskabet mere end 30 dage forud for den 20/1 2023. I modsat fald skal selskabet opsiges forsikringen pr. 20/1 2024.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Ankenævnet for Forsikring

10.

99250

Selskabet, AXA Financial Insurance Company v/CNP Santander Insurance, V/CNP Santander Insurance Life Dac, skal opsige klagerens forsikring med virkning pr. hovedforfald den 20/1 2023, hvis klageren har fremsendt mailen til selskabet mere end 30 dage forud for den 20/1 2023 og tilbagebetale eventuelt for meget betalt præmie med tillæg af renter. I modsat fald skal selskabet opsige forsikringen pr. 20/1 2024.

I øvrigt får klageren ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales.



Jens Kruse Mikkelsen

formand