

Ankenævnet for Forsikring

Den 4. marts 2026 blev i sag nr. 103987:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Topdanmark - en del af If Skadeforsikring
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sygedriftstabsforsikring. I vedlagt klageskrivelse til klageskema af 17/7 2025 har klageren bl.a. anført:

"Jeg indgiver hermed en formel og velbegrundet klage over Topdanmarks afvisning af min anmeldelse under sygedriftstabsforsikringen i forbindelse med mit sygdomsforløb med Covid-19 i 2021. Jeg mener, at Topdanmarks afgørelse er urimelig, ikke tager hensyn til de faktiske omstændigheder under pandemien, og ikke er i overensstemmelse med god forsikringsetik.

1. Sagsforløb og fakta

- 24. februar 2021: Jeg blev testet positiv for Covid-19. Dokumentation for den positive test er fremsendt til Topdanmark.
- Umiddelbart efter 24. februar 2021: Jeg blev syg og uarbejdsdygtig som følge af Covid-19 og anmeldte straks skaden til Topdanmark via deres anmeldelsessystem. Jeg oplyste, at jeg var sygemeldt og uarbejdsdygtig grundet sygdommen.
- 9. april 2021: Jeg henvendte mig til min læge og oplyste, at jeg var smittet og sygemeldt grundet træthed. Dette fremgår af lægejournalen og er bekræftet af min læge.
- 2021: Jeg indsendte al tilgængelig dokumentation til Topdanmark, herunder positiv test og oplysninger om sygdomsforløbet.

BILAG 1. Sagsforløb og fakta

24. februar 2021: Jeg blev testet positiv for Covid-19. Dokumentation for den positive test er fremsendt til Topdanmark (jf. bilag 3).

Umiddelbart efter 24. februar 2021: Jeg blev syg og uarbejdsdygtig som følge af Covid-19 og anmeldte straks skaden til Topdanmark via deres anmeldelsessystem. Jeg oplyste, at jeg var sygemeldt og uarbejdsdygtig grundet sygdommen (jf. bilag 4 og bilag 5).

9. april 2021: Jeg henvendte mig til min læge og oplyste, at jeg var smittet og sygemeldt grundet træthed. Dette fremgår af lægejournalen og er bekræftet af min læge (jf. bilag 4 og bilag 5).

2021: Jeg indsendte al tilgængelig dokumentation til Topdanmark, herunder positiv test og oplysninger om sygdomsforløbet (jf. bilag 3, 4, 5).

1.A Tabt omsætning og mén

Som følge af min Covid-19-sygdom har jeg mistet mindst 3 måneders omsætning i min [...] virksomhed. I perioden efter den positive test den 24. februar 2021 var jeg uarbejdsdygtig og ude af stand til at varetage mit arbejde, hvilket har medført et betydeligt økonomisk tab (jf. bilag 3, 4, 5).

Efter sygdomsforløbet har jeg desuden oplevet langvarige mén og helbreds-mæssige følger, som fortsat har påvirket min arbejdsevne og indtjening negativt (jf. bilag 6, 7).

Jeg anmoder om, at både mit dokumenterede tab og de varige følger af sygdommen indgår i vurderingen af min sag, og at Topdanmark anerkender dækning i henhold til sygedriftstabsforsikringen.

Som følge af min Covid-19-sygdom har jeg mistet mindst 3 måneders omsætning i min [...] virksomhed, svarende til 50.000 kr. pr. måned – i alt 150.000 kr. (jf. bilag 3, 4, 5, 15).

Derudover var jeg så medtaget af sygdommen og dens eftervirkninger, at jeg ikke var i stand til at håndtere en uventet henvendelse fra kommunen, som uden varsel dukkede op på min adresse og forlangte, at min vej tilhørte dem. På grund af mine mén efter Corona formåede jeg ikke at klage rettidigt og til rette instans. Selvom jeg forsøgte at klage, havde jeg på daværende tidspunkt i 2022 ikke det fornødne overskud og funktionsniveau til at løfte opgaven. Dette har yderligere kostet mig 163.000 kr. som gældsstyrelsen insisterer på at inddrive.

De samlede konsekvenser har ikke blot været økonomiske, men har også medført betydelige psykiske belastninger. Det har påvirket mit ægteskab, min trivsel og min evne til at opretholde det funktionsniveau, der kræves for at drive og genopstarte min virksomhed. Samlet set har sygdommen haft en negativ effekt på både min økonomi og mit psykiske velbefindende.

Jeg anmoder derfor om, at alle disse forhold indgår i sagens vurdering, og at Topdanmark anerkender mit krav om dækning.

2. Topdanmarks afslag – dato og begrundelse

- 1. maj 2025: Jeg modtog et skriftligt afslag fra Topdanmark på min anmeldelse.

- Begrundelse for afslag:

I afslagsbrevet skriver Topdanmark blandt andet...:

'Vi kan desværre ikke dække din anmeldte skade, da der ikke foreligger lægelig dokumentation for sygemelding og uarbejdsdygtighed i den relevante periode, jf. forsikringsbetingelsernes pkt. 45820. Vi har gennemgået de fremsendte oplysninger, herunder din positive Covid-19-test og spørgeskemaer, men vi kan ikke se, at der foreligger en lægeerklæring eller journalnotat, der dokumenterer, at du har været uarbejdsdygtig som følge af sygdommen. Vi er opmærksomme på, at du har oplyst at have været syg og sygemeldt, men vi kan ikke fravige kravet om lægelig dokumentation.'

Ankenævnet *for* Forsikring

3.

103987

BILAG 2. Topdanmarks afslag – dato og begrundelse

1. maj 2025: Jeg modtog et skriftligt afslag fra Topdanmark på min anmeldelse (jf. bilag 2).

...

3. Særlige forhold under Covid-19-pandemien

Det er veldokumenteret, at myndighedernes og sundhedsmyndighedernes retningslinjer under Covid-19-pandemien var, at personer med milde eller moderate symptomer skulle blive hjemme og undgå fysisk kontakt med lægen. Det var derfor ikke muligt at få udstedt en traditionel lægeerklæring eller få noteret en sygemelding i journalen, medmindre der var tale om et alvorligt forløb. Dette bekræftes også af min læge, som i sin udtalelse skriver, at det ikke var muligt at møde op fysisk, og at forsikringsselskaber normalt selv indhenter de nødvendige oplysninger – hvilket Topdanmark ikke gjorde i mit tilfælde.

BILAG 3. Særlige forhold under Covid-19-pandemien

Dette bekræftes også af min læge, som i sin udtalelse skriver, at det ikke var muligt at møde op fysisk, og at forsikringsselskaber normalt selv indhenter de nødvendige oplysninger – hvilket Topdanmark ikke gjorde i mit tilfælde (jf. bilag 5).

4. Dokumentation

- Positiv Covid-19-test fra 24. februar 2021 (vedlagt).
- Lægeerklæring (vedlagt), hvor lægen bekræfter, at jeg var syg og sygemeldt, men at det på grund af myndighedernes restriktioner ikke var muligt at møde op fysisk eller få udstedt en traditionel lægeerklæring.
- Spørgeskemaer og anden dokumentation, hvoraf det fremgår, at jeg var sygemeldt i perioden efter den positive test.
- Kopi af anmeldelse til Topdanmark fra 2021 (vedlagt).
- Kopi af Topdanmarks afslag (1. maj 2025, vedlagt).
- Korrespondance med Topdanmark.

BILAG 4. Dokumentation

Positiv Covid-19-test fra 24. februar 2021 (jf. bilag 3).

Lægeerklæring (jf. bilag 5), hvor lægen bekræfter, at jeg var syg og sygemeldt, men at det på grund af myndighedernes restriktioner ikke var muligt at møde op fysisk eller få udstedt en traditionel lægeerklæring.

Spørgeskemaer og anden dokumentation, hvoraf det fremgår, at jeg var sygemeldt i perioden efter den positive test (jf. bilag 4, 5, evt. bilag 8).

Kopi af anmeldelse til Topdanmark fra 2021 (jf. bilag 8).

Kopi af Topdanmarks afslag (1. maj 2025, jf. bilag 2).

Korrespondance med Topdanmark (jf. bilag 8)

5. Kritikpunkter mod Topdanmark

- Sagen er rettidigt anmeldt, og al tilgængelig dokumentation er fremsendt.
- Topdanmark har ikke taget hensyn til de særlige forhold under Covid-19-pandemien, hvor det var umuligt at få traditionel lægelig dokumentation.

- Topdanmark har ikke fulgt almindelig praksis med selv at indhente supplerende oplysninger fra lægen, selvom dette er normal procedure.
- Kravet om dokumentation, som det var umuligt at fremskaffe under pandemien, er urimeligt og i strid med god forsikringsskik.
- Topdanmarks afvisning medfører reelt, at forsikringen bliver illusorisk for alle, der har fulgt myndighedernes anbefalinger.

BILAG 5. Kritikpunkter mod Topdanmark

Sagen er rettidigt anmeldt, og al tilgængelig dokumentation er fremsendt (jf. bilag 3, 4, 5, 8).

6. Praksis og god forsikringsskik

Flere udtalelser fra Ankenævnet for Forsikring og Forbrugerombudsmanden har understreget, at forsikringsselskaber skal udvise fleksibilitet og tage hensyn til de ekstraordinære samfundsforhold under pandemien. At fastholde et afslag alene på grund af manglende traditionel lægeerklæring, når det var umuligt at fremskaffe sådan én, er ikke i overensstemmelse med god forsikringsskik eller almindelig rimelighed.

7. Påstand

Jeg anmoder om, at Ankenævnet for Forsikring pålægger Topdanmark at anerkende min anmeldelse og udbetale dækning i henhold til sygedriftstabsforsikringen, idet sagen er rettidigt anmeldt, og dokumentationen – set i lyset af de ekstraordinære omstændigheder – må anses for tilstrækkelig.

Jeg har mistet mindst 3 måneders omsætning grundet Corona i omsætning af [...] virksomhed. Derudover har jeg efterfølgende haft store mén af dette og som har givet mig store følgevirkninger."

Selskabet har den 3/9 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen handler om, at klageren har anmeldt en sygemelding på hans Sygedriftstabsforsikring som følge af Covid-19 og han ønsker dækning for hans eventuelle driftstab.

Vi har afvist klagerens krav, da vi mener klageren ikke har dokumenteret at han har været sygemeldt i mere end 3 uger som følge af Covid-19 og klagerens krav nu er forældet.

Her følger fakta om forsikringen

Klageren har tegnet en Sygedriftstabsforsikring for virksomheden [...] den 10. august 2020, hvor klageren er sikret på policen, se vores bilag A – Forsikringsaftale 31.07.2020.

Der bliver tegnet en forsikring for klagerens eventuelle sygedriftstab eller rimelige og nødvendige dokumenterede meromkostninger, som følge af den sikredes hele eller delvise erhvervsudygtighed grundet sygdom eller ulykkestilfælde.

De gældende vilkår ved indtegningen og sygemeldingen er 9918-2 juni 2017, se vores bilag B – Forsikring betingelser 9918-2 Juni 2017.

Der gælder ingen selvrisiko for forsikringen, men det tab, der måtte være de første 3 uger ved Sygedriftstabsdækningen, er ikke omfattet af forsikringen, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 45870.10 på side 6.

Sådan har sagsforløbet været

Vi modtager en opringning fra klageren den 17. marts 2021, hvor han oplyser mundtligt, at han har fået konstateret Covid-19 den 24. februar 2021.

Sagsbehandleren sender efterfølgende et e-mailbrev til klageren den 17. marts 2021, hvor vi orienterer ham om, at vi har brug for flere oplysninger og hvordan forsikringen dækker, se vores Bilag C – Vi har fået din anmeldelse om sygemelding 17.03.2021.

Efterfølgende modtager vi et underskrevet samtykke fra klageren. Vi kontakter hans bopælskommune og egen læge for belysning af sygemeldingen, hvor lægen har noteret i svarfeltet, at klageren er testet positiv for Covid-19 den 24. februar 2021 og han først den 9. april 2021 oplyser lægen telefonisk, at han er sygemeldt på grund af træthed, se vores bilag D – Svar fra læge 09.04.2021 og Bilag E – Kommunen har ikke nogen sygedagpengesag på klageren 10.05.2021.

Den 27. maj 2021 kontakter vi klageren, da vi ikke har hørt fra ham og spørger hvorfor han ikke har sygemeldt sig hos kommunen, se vores bilag F - Beder klageren svare på hvorfor han ikke er sygemeldt og rykker for bilag 27.05.2021. Klageren svarer os efterfølgende samme dag, at han ikke er sygemeldt, fordi han er pensionist og derfor ikke kan få sygedagpenge, se bilag G – E-mail fra klager 27. maj 2021.

Klageren vender retur 21. oktober 2021 og meddeler han stadig er ramt af senfølger efter Covid, se bilag I – svar fra klager 21.10.2021. Vi beder klageren redegøre for om han har anden lægelig dokumentation udover den positive Covid-19 test fra den 24. februar 2021, men klageren vender ikke retur og vi slutter sagen igen den 24. februar 2022, se bilag J – Slutter sagen overfor klageren 24.02.2022.

Samme dag den 24. februar 2022 vender klageren retur og oplyser, at han har rapporteret senfølger til SSI, samt oplyser den danske læge stand ikke er i stand til at vurdere sygdommen, samt Topdanmark skal betale den af ham anmeldte sygemelding, se bilag K – Klageren meddeler han har rapporteret senfølger til SSI 24.02.2022.

Sagsbehandleren beder om en opdateret lægejournal fra klagerens praktiserende læge, som vi modtager den 10.03.2022. Lægen oplyser i svarfeltet, at klageren blev testet positiv for Covid-19 den 24. februar 2021 og angiver ikke nogen andre konsultationer efter den 9. april 2021, se bilag L – Opdateret journal fra egen læge 10.03.2022.

Klageren fremsender spørgeskema fra SSI, se Bilag M – Spørgeskema fra SSI 03.03.2022. Sagsbehandleren meddeler klageren den 28. marts 2022, at det fremgår af hans spørgeskema til SSI under spørgsmålet 'Har du i tiden omkring du blev testet d. 24. februar 2021 eller siden da på noget tidspunkt været sygemeldt?' at han svarer 'Nej, på intet tidspunkt', samt afslutter sagen igen den 28.

marts 2022, se bilag N – Meddeler klageren vi slutter sagen 28.03.2022.

I det efterfølgende forløb er klageren uenig i vores vurdering og vi meddeler klageren den 15. december 2022, at vi fastholder sagen er afsluttet, se Bilag O – Meddeler klageren sagen fortsat er afsluttet 15.12.2022. Klageren sender en klage til selskabets klageansvarlige den 1. maj 2025, som selskabets klageansvarlige besvarer den 7. juli 2025 med henvisning til klagerens krav er forældet, se Bilag P – Klage og svar fra selskabets klageansvarlige 07.07.2025.

Her får I vores syn på sagen

Det er ubestridt, at klageren er testet positiv for Covid-19 den 24. februar 2021. Herefter starter uenigheden mellem klageren og selskabet, da selskabet vurderer, at klageren ikke har dokumenteret eller sandsynliggjort en sygdomsmelding på mere end 3 uger efter hans Covid-19 test i februar 2021.

Ad sygdomsmeldingen

I forsikringsbetingelserne 9918-2, se bilag B, er det et krav at erhvervsudygtigheden grundet sygdom skal kunne dokumenteres ved lægelige oplysninger, jf. punkt 45820.10. Det er desuden et krav, at klageren er helt eller delvis sygdomsmeldt, jf. punkt 45820.11, samt afgørelsen om erhvervsudygtigheden, sker på en samlet vurdering af sygdommen og dens indvirkning på arbejdsevnen, jf. punkt 45820.12.

Her skal det samtidig pointeres, at forsikringen ikke dækker erhvervsudygtigheden og det eventuelle tab, hvis det er en følge af subjektive klager over smerter, gener eller lignede, der ikke ved en lægelig undersøgelse kan påvises som mén eller sygdom, jf. punkt 45840.18.

Det fremgår af sagen, at klageren først kontakter egen læge telefonisk med klager over subjektive gener i form af træthed den 9. april 2021, se bilag D, hvilket er efter selskabet har modtaget klagerens anmeldelse og gjort ham opmærksom på han skal kunne dokumentere en sygdomsmelding i bilag C.

Klageren søger ikke yderligere læge konsultation umiddelbart efter og mener i øvrigt ikke de danske læger er i stand til fagligt at vurdere følger efter Covid-19, se bilag K og L. I spørgeskemaet til SSI har klageren svaret eksplicit, at han ikke har været sygdomsmeldt siden testen den 24. februar 2021 og han før testdatoen generelt var plaget af træthed eller udmattelse, se bilag M på side 3-5.

På baggrund af ovenstående, så er det vores vurdering, at klageren ikke har dokumenteret en erhvervsudygtighed som følge af sygdom, der er længere end 3 uger efter den 24. februar 2021 og der er tale om subjektive symptomer i form af træthed og udmattelse, som klageren også i forvejen døjede med ifølge hans svar på spørgeskemaet til SSI.

Her kan det nævnes, at hvis klageren forinden havde de samme symptomer på træthed og udmattelse generelt før testen 24. februar 2021, så dækker forsikringen ikke erhvervsudygtigheden ved sygdom med disse symptomer, fordi de er opstået før forsikringstiden eller inden udløbet af karenperioden, som er den 10. februar 2021, da forsikringen er købt og tegnet den 10. august 2020, se bilag A.

Ad forældelse

Selskabet har under forløbet ikke anerkendt, at der foreligger en dækningsberettiget skade, men afsluttet sagen og fastholdt stillingtagen i sagen overfor klageren løbende.

I svaret fra kundeklager gennemgås sagsforløbet i punktform, hvor selskabet den 28. marts 2022 fastholdt afvisning af kravet og afslutning af sagen. I de efterfølgende henvendelser fastholder selskabet sin stillingtagen og tidligere afslutning af sagen. Det er først den 24. februar 2025, at klageren ønsker genoptagelse af sagen og efterfølgende klager til selskabets klageansvarlige.

Forældelsesfristen for et erstatningskrav løber fra tidspunktet for skadens indtræden, jf. Forældelsesloven § 2, stk. 4. Her er forældelsesfristen 3 år medmindre andet følger af andre bestemmelser, jf. Forældelsesloven § 3, stk. 1.

Det følger samtidig, at hvis en skade inden forældelsesfristens udløb er anmeldt til selskabet, så indtræder forældelse 1 år efter selskabet har meddelt, at de helt eller delvis afviser krav, jf. Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5, 1. pkt.

Klagerens skade er indtrådt den 24. februar 2021 og forældelsen indtræder derfor den 24. februar 2024, jf. Forældelsesloven § 3, stk. 1. Selskabet har reelt hele tiden afvist kravet og lukket sagen, men hvis selskabets svar den 28. marts 2022 anses som den første afvisning af kravet, så indtræder forældelsesfristen fortsat den 24. februar 2024, da den 1-årige frist i Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5, 1. pkt. falder inden for den 3-årige frist i Forældelsesloven § 3, stk. 1.

I og med klageren først kontakter selskabet igen og indbringer sagen for Ankenævnet i 2025, så anses kravet i sagen for forældet.

Vi fastholder vores stillingtagen

Vi vurderer klageren ikke har sandsynliggjort, at han har været uarbejdsdygtig i mere end 3 uger og frem, med afsæt i en enkelt telefonisk læge konsultation 1 ½ måned efter han blev testet positiv for Covid-19.

Dette underbygges samtidig af, at der er tale om subjektive klager i form af træthed og udmattelse, som ikke er påvist ved en lægelig undersøgelse og ifølge klagens svar til SSI generelt har været til stede før han blev smittet med Covid-19. Her er det værd at nævne, at klageren modsiger sig selv med at han skulle være sygemeldt, da han til SSI har svaret, at han ikke var sygemeldt på noget tidspunkt.

Både klageren og selskabets vurdering af uarbejdsdygtigheden er ikke af afgørende betydning, da klagerens krav er forældet den 24. februar 2024."

Klageren har i brev af 9/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Eksekutiv opsummering

Denne sag handler om min anmeldelse af sygedriftstab i forbindelse med min positive Covid-19-test den 24. februar 2021. Jeg var fra denne dag reelt syg og uarbejdsdygtig, men Topdanmark har afvist min anmeldelse med henvisning til manglende lægelig dokumentation, misfortolkning af SSIspørgeskemaer og påstand om forældelse.

Jeg må understrege:

- Jeg var sygemeldt fra 24. februar 2021, men kunne ikke få lægeerklæring pga. myndighedernes Covid-19-restriktioner.

- Topdanmark har fejlfortolket mine svar i SSI-spørgeskemaet: 'træthed' relaterede sig til karate-træning, og 'nej' til sygemelding betød alene, at jeg ikke var sygedagpengeregistreret.
- Jeg modtog ikke sygedagpenge, da jeg som nyopstartet selvstændig ikke kendte til muligheden. Topdanmark har en vejledningspligt efter FAL § 4, men har aldrig informeret mig herom.
- Min sag var aktiv hos Topdanmark indtil mindst december 2022, hvorfor forældelse ikke kan anses for indtrådt i februar 2024.

Topdanmark har dermed tilsidesat både sin vejledningspligt og princippet om fleksibilitet under pandemien. Jeg anmoder derfor Ankenævnet for Forsikring om at pålægge Topdanmark at anerkende min anmeldelse og udbetale dækning under sygedriftstabsforsikringen.

Svar til Topdanmarks høringssvar af 3. september 2025

1. Jeg var sygemeldt og uarbejdsdygtig fra 24. februar 2021

- Jeg blev testet positiv for Covid-19 den 24. februar 2021 og var fra denne dag reelt sygemeldt og uarbejdsdygtig. Inden da havde jeg været syg i knap en uge.
- At jeg først kontaktede lægen den 9. april 2021 skyldes myndighedernes Covid-19-restriktioner, som forhindrede fysisk fremmøde, ikke at jeg ikke var syg.

2. Misfortolkning af SSI-spørgeskema

- Mit svar 'nej' til sygemelding i SSI-skemaet handler om officiel sygedagpengesygemelding, ikke om min faktiske helbredstilstand.
- Mit svar om træthed og muskelsmerter handler udelukkende om min kampsportstræning ([...] – ikke sygdom).

3. Symptomvurdering

- Jeg var testet positiv for Covid-19 og meget syg.
- Lægelig undersøgelse og sygemelding var ikke mulig for milde/moderate tilfælde, jf. myndighedernes anbefalinger under epidemien.
- Topdanmark burde indhente supplerende oplysninger fremfor at afvise.

4. Manglende vejledning

- Jeg kendte som nyopstartet selvstændig ikke til muligheden for sygedagpenge.
- Topdanmark har aldrig vejledt mig herom, men bruger nu mit manglende kendskab imod mig.
- Dette er i strid med forsikringsaftalelovens § 4, som pålægger selskabet at give forsikringstager relevante oplysninger.

5. Forældelse

- Kravet blev anmeldt rettidigt marts 2021.
- Sagen var aktiv hos Topdanmark indtil mindst december 2022.
- Afvisning/afslutning i 2022 udløste ny 1-års frist, jf. FAL § 29, stk. 5.
- Derfor kan kravet ikke anses som forældet i februar 2024.

6. Konklusion

Jeg var reelt syg og uarbejdsdygtig i mere end 3 måneder fra den (18.2) efter 24. februar 2021. Topdanmark har misforstået mine svar, tilsidesat sin vejledningspligt og fejlfortolket SSI-spørgeskemaet. Forældelse kan ikke anses for indtrådt.

Ankenævnet *for* Forsikring

10.

103987

På denne baggrund anmoder jeg Ankenævnet for Forsikring om at pålægge Topdanmark at anerkende min anmeldelse og udbetale dækning i henhold til sygedriftstabsforsikringen."

Selskabet har i brev af 20/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Ad Sygemelding og uarbejdsdygtighed

Klageren har oplyst, at han var sygemeldt og uarbejdsdygtig fra 24. februar 2021, men valgte først at kontakte lægen 9. april 2021, hvilket er godt 1 ½ måned efter han blev smittet med Covid og efter sagsbehandleren i forbindelse med anmeldelsen har gjort klageren opmærksom på uarbejdsdygtigheden skal kunne dokumenteres ved lægelige oplysninger, se Bilag C.

Klageren har i sit svar oplyst, at han ikke kunne få en lægeerklæring pga. myndighedernes Covid-19 restriktioner. Vi vil gerne bemærke, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med Covid-19 epidemien har udmeldt i 2020 – altså før klagerens sygemelding opstod –, at patienter ikke skal holde sig tilbage med at søge læge ved behov og få behandling, se Bilag Q – Udmelding fra Sundhedsstyrelsen 31.03.2020.

I tillæg til dette, så var Danmark genåbnet delvist den 1. marts 2021 og genåbner mere hen mod april 2021, hvor klageren vælger at kontakte sin læge, se Bilag R – Tidslinje for Covid 19 (Statens Serum Institut).

Det er klagerens opfattelse, at han ikke kunne søge læge på grund af restriktioner under Covid-19. Vi gør opmærksom på, at klageren i telefonsamtalen den 21. juli 2021 meddelte, at han ikke har været hos egen læge, fordi lægen ifølge klageren ingenting ved. Ved telefonsamtalen den 8. april 2022 nævnte klageren, at lægerne ikke ved hvad de skal gøre med Covid-19 og vi burde have sendt klageren til lægen, se klagerens BILAG – Interne notater, på side 2 og 5. Klagerens synspunkt om at gå til lægen er også udtrykt på skrift, hvor klageren ikke har meget tiltro til lægerne, se vores Bilag K.

Det er vores vurdering, at klagerens forklaring om at han ikke opsøger læge udover en telefonkonsultation den 9. april 2021 på grund af restriktioner i samfundet, ikke er i overensstemmelse med hans tidligere forklaringer.

Ad Fortolkning af svar i SSI-spørgeskema

Klageren har gjort gældende, at han har svaret nej til sygemelding i SSI-skemaet, fordi der ud fra hans fortolkning er tale om en officiel sygedagpengesygemelding og ikke den faktiske helbredstilstand.

Vi må her bemærke, at det fremgår af spørgeskemaet fra SSI i bilag M, at der ikke spørges ind til noget i forhold til en officiel sygemelding med sygedagpenge. Der står eksplicit følgende:

'Har du i tiden omkring du blev testet d. 24 februar 2021 eller siden da på noget tidspunkt været sygemeldt'

Vi kan derfor ikke genkende, at der i spørgeskemaet bliver spurgt ind til bestemt form for sygemelding som oplyst af klageren.

Videre har klageren anført, at hans svar omkring træthed og muskelsmerter udelukkende handler om kampsportstræning. Vi tænker, at klageren henviser til spørgsmålet nederst på side 4 i Bilag M, hvor det står:

'Plejede du også før testdatoen d 24 februar 2021 generelt (dvs. ofte eller kronisk) at være plaget af nogen af følgende fysiske symptomer.'

Vi må påpege, at klageren ikke har svaret 'ja' til feltet omkring muskelsmerter i spørgsmålet. Der er alene svaret 'ja' i forhold til træthed eller udmattelse i det pågældende spørgsmål, hvor det har været noget som han generelt eller kronisk har været plaget af før han blev smittet med Covid-19.

Ad symptomvurdering

Klageren har påberåbt, at det ikke var muligt at blive lægelig undersøgt. Vi henviser til vores svar under 'Ad sygemelding og uarbejdsdygtighed', hvor landet var delvist genåbnet og Sundhedsstyrelsen havde forinden udstedt en udmelding omkring man bør søge behandling for sine symptomer.

Dernæst er der tale om uarbejdsdygtighed som er baseret på klagerens egne subjektive oplysninger, hvor vurderingen af klagerens helbredstilstand og arbejdsformåen i høj grad ses at være baseret udelukkende på klagerens egne angivelser i form af træthed.

Klageren mener Topdanmark bør indhente supplerende oplysninger, fremfor at afvise. Her må vi henvise til, at klageren selv skal kunne dokumentere sin sygemelding og løbende har givet udtryk for han ikke ønskede at søge læge, fordi han ikke har tiltro til deres faglige kunnen i forbindelse med Covid-19.

Ad selskabets vejledningspligt

Klageren gør gældende, at Topdanmark ikke har vejledt ham i forhold til muligheden for Sygedagpenge som selvstændig og det er i strid med Forsikringsaftalelovens § 4.

Vi må her bemærke, at Forsikringsaftaleloven § 4 ikke er en bestemmelse om vejledningspligt. Bestemmelsen handler om forsikringstagerens urigtige oplysninger til forsikringsselskabet ved tegning af forsikringen. Vi er derfor uforstående overfor klagerens henvisning til bestemmelsen.

Vi kan i stedet henvise til, at vi har vejledt klageren om at sygemelde sig hos kommunen. Vi meddeler i bekræftelse på hans anmeldelse i Bilag C, at 'Har den sygemeldte ret til sygedagpenge fratrækkes beløbet i driftstabet'.

Videre har selskabet i Bilag F bedt klageren sygemelde sig, fordi der ikke er nogen sag hos kommunen på sygemeldingen. Klageren har efterfølgende svaret i Bilag G, at han ikke kan få sygedagpenge og vi skal gemme hans e-mail, hvis tvivlen igen opstår.

Med ovenstående håber vi nu, at der er klarhed over selskabet har vejledt klageren - uagtet bestemmelsen, som der er henvist til tjener et andet formål. Vi henviser samtidig til, at klageren selv har svaret, at han ikke kan modtage sygedagpenge, fordi han modtager tjenestemandspension, hvorfor henvisningen til manglende vejledningspligt ikke giver nogen mening. Se gerne klagerens bilag Interne notater, se notaterne 14. april 2021 og 8. april 2022.

Ad forældelse

Klageren gør gældende, at hans krav ikke er forældet i februar 2024, samt der gælder en ny 1-års frist, jf. Forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5.

Vi må henvise til, at selskabet på intet tidspunkt har anerkendt, at der foreligger en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed. Klageren har samtidig i sit svar på vores første høringsvar gjort

gældende, at sagen var aktiv hos Topdanmark indtil mindst december 2022. Dette er vi uenige i, da vi reelt afviser kravet 28. marts 2022 i Bilag N og fastholder denne stillingtagen den 15. december 2022 i Bilag O. Uanset om sagen afvises i marts eller december 2022, så ændrer det ikke på at den 1-årige frist udløber i 2023.

Klagerens skade er indtrådt den 24. februar 2021 og forældelsen indtræder derfor den 24. februar 2024. Klageren har først indbragt sagen for Ankenævnet for Forsikring i 2025, hvorfor sagen og kravet er forældet inden da.

Opsummerende

Selskabet gør gældende, at klagerens forklaring til hvorfor han ikke opsøger læge er divergerende og ikke i overensstemmelse med de faktiske forhold. Det begrunder vi med, at klageren overfor os siger han ikke stoler på lægerne, mens han senere ændrer forklaring til det skyldes restriktionerne i samfundet, selvom Sundhedsstyrelsen anbefaler man søger behandling.

Hvad angår klagerens svar til spørgeskemaet til SSI, så må selskabet henvise til, at klagerens fortolkning er modstridende i forhold til de faktiske spørgsmål.

I relation til den anmeldte uarbejdsdygtighed, så er den udelukkende baseret på klagerens egne subjektive oplysninger i en telefonisk konsultation med lægen, hvor vurderingen af klagerens helbredstilstand og arbejdsformåen skulle være påvirket af træthed. Vi vurderer på den baggrund og sagens øvrige oplysninger, at klageren ikke har sandsynliggjort eller dokumenteret, at han skulle være uarbejdsdygtig som følge af Covid-19 i mere end 3 uger.

Afslutningsvis må vi fastholde, at klagerens krav og sag er forældet den 24. februar 2024."

Klageren har i breve af 5/10 2025 og 11/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"1. Resumé og påstand

- Jeg blev sygemeldt med Covid-19 den 24.02.2021 og havde efterfølgende vedvarende symptomer med væsentligt nedsat arbejdsevne.
- Topdanmark har afvist dækning med henvisning til 'manglende dokumentation' og gør gældende forældelse pr. 24.02.2024.
- Jeg anmoder om, at:
 1. pandemikonteksten og lægepraksis i 2021 lægges til grund for bevisvurderingen,
 2. min sygemelding pr. 24.02.2021 og efterfølgende forløb anses som tilstrækkeligt belyst i lyset af omstændighederne,
 3. Topdanmark pålægges at anerkende dækning, alternativt at gennemføre fornyet realitetsbehandling med relevant speciallægelig vurdering,
 4. forældelsesindsigelsen ikke tages til følge, bl.a. under hensyntagen til sagsforløbet i 2022 og selskabets håndtering af rådgivnings- og oplysningspligter.

2. Faktum, dokumentation og pandemikontekstens betydning

- Ved mine tidligere indsendelser fremsendte jeg al den dokumentation, jeg faktisk havde adgang til på tidspunktet. Det var den praktiske realitet under Covid-19.
- Jeg ringede til lægepraksis og talte med sekretæren for at få en tid, da jeg var syg. Jeg blev henvist til først at få foretaget en Covid-test, og oplyst at hvis testen var positiv, kunne jeg ikke møde fysisk.

- Det var alment kendt i samfundet: der var restriktioner for fysisk fremmøde i almen praksis, især ved mistanke/positiv test. Telefon- og screeningskrav før fremmøde var standard.
- I den kontekst er det misvisende, når Topdanmark lægger vægt på fravær af tidlige fysiske konsultationsnotater. Det er en overfortolkning af 'mangler', som i realiteten følger af pandemiens rammer og ikke af min passivitet. Jeg fulgte de anvisninger, jeg fik, og indsendte løbende alt materiale, som var muligt at fremskaffe.

3. Bemærkninger til Topdanmarks 'Andet høringssvar' (29.09.2025)

3.1 Sygemelding og uarbejdsdygtighed (side 1/4)

- Topdanmark fremhæver, at jeg først kontaktede lægen 09.04.2021 og henviser til SST's generelle opfordring til at søge behandling (Bilag Q) samt delvise genåbninger (Bilag R). Min bemærkning: Den praktiske lægehåndtering udelukkede fysisk fremmøde ved smitte/positiv test. Jeg fulgte instrukserne (test først, ellers ingen fremmøde) og anvendte telefonkonsultation, med sekretæren. Det forklarer dokumentationsformen i akutfasen og kan ikke begrunde en negativ bevisformodning mod mig.
- Topdanmark citerer interne notater om, at jeg udtrykte ringe tiltro til lægerne (21.07.2021 og 08.04.2022) og bruger dette til at underminere forklaringen om restriktioner. Min bemærkning: Eventuelle frustrationsudtalelser ændrer ikke den objektive kontekst: klinikker praktiserede reelle adgangsbeskrænkninger ved smitte. Der foreligger test- og journalspor samt efterfølgende lægelig opfølgning, der samlede dokumenterer forløbet. De mistolker og fordrejer det som var skrevet til deres fordel og ikke det reelle der var ment der.

3.2 SSI-spørgeskema (side 2/4)

- SSI-spørgsmålet 'Har du ... været sygemeldt' forstod jeg som formel sygedagpengesygemelding. Jeg beklager misforståelsen. Min faktiske helbredstilstand og arbejdsevne fremgår af øvrige bilag.
- 'Ja' til træthed før testdatoen afspejler min sportslige baseline som aktiv kampsportsudøver – ikke en kronisk, arbejdsevnereducerende tilstand. Efter Covid-19 opstod et kvalitativt andet træthedsbillede og funktionsfald.

3.3 Symptomvurdering og dokumentation (side 3-4/4)

- Topdanmark anfører, at uarbejdsdygtighed 'udelukkende' bygger på mine subjektive oplysninger og en telefonkonsultation, og at jeg ikke har sandsynliggjort uarbejdsdygtighed ud over 3 uger.
Min bemærkning: I akutfasen var telefonkonsultation standard. Der foreligger desuden test/labs (fx 'Laboratoriesvar...' og 'svar på coronatest.pdf') samt efterfølgende journaloplysninger ('læge.pdf'), som underbygger varighed og funktionspåvirkning. Et proportionalt sagsforløb tilsiger, at selskabet, hvis der fortsat er tvivl efter den foreliggende dokumentation, indhenter en speciallægelig vurdering fremfor at afvise – særligt i en pandemi med atypiske dokumentationsveje.

3.4 Vejlednings- og oplysningspligt (side 3/4)

- Topdanmark anfører, at FAL § 4 ikke er en vejledningsregel, og at de 'har vejledt' om sygemelding hos kommunen.
Min bemærkning (retligt og konkret):
 - Jeg var ikke bekendt med, at jeg som selvstændig kunne have ret til sygedagpenge. Jeg har aldrig tidligere modtaget sygedagpenge og havde ingen erfaring med systemet. Netop derfor var der behov for klar og konkret vejledning fra Topdanmark – ikke en generisk

henvisning til kommunen. At henvise til, at jeg 'burde' vide dette, er ansvarsforflyttelse, som ikke kan bære, når selskabet samtidig afviser for 'manglende dokumentation'.

- Forsikringsaftalelovens system og almindelige principper om god forsikringsskik indebærer loyal skadebehandling og medvirken til sagens oplysning. Når afvisningsgrunden er 'manglende dokumentation', må selskabet loyalt og konkret anvise, hvad der skal fremskaffes under de faktiske vilkår (fx specifik lægeattest, henvisning til relevante speciallæge/long covid-klinik, eller – som min læge oplyser – at selskabet selv henvender sig for supplerende oplysninger, hvilket er normal praksis i forsikringssager).
- I stedet blev jeg alene generisk henvist til kommunen. Der var ingen praktisk, individuel vejledning om, hvordan jeg kunne opfylde dokumentationskravene for sygedriftstabsdækningen under Covid-restriktioner.
- Jeg anmoder Ankenævnet om at pålægge Topdanmark at dokumentere hvornår, hvordan og hvad de konkrete vejledte mig om vedrørende lægelig dokumentation og sygedagpenget: dato, medium (brev, mail, telefon), præcist indhold og instruks. Min oplevelse – understøttet af min læges oplysning om, at 'forsikringsselskaber plejer selv at henvende sig' – er, at den nødvendige vejledning manglede. Denne mangel har haft reel betydning for min mulighed for rettidigt at fremskaffe den 'rigtige' dokumentation og må komme mig til gode i bevisvurderingen.

3.5 Forældelse (side 3-4/4) – Forsikringsaftaleloven § 29

- Topdanmark gør gældende, at forældelse indtræder 24.02.2024 under henvisning til afvisning 28.03.2022 (Bilag N) og fastholdelse 15.12.2022 (Bilag O).
Min bemærkning:
 - Jeg gør gældende, at sagen blev realitetsbehandlet ind i 2. halvår 2022, og at der tidligt og løbende var uklarhed om de konkrete dokumentationskrav. En skånsom fristvurdering er derfor påkrævet.
 - Efter Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5 løber der en ny 1-årig frist fra afslagstidspunktet. Samtidig må selskabets håndtering af rådgivnings- og oplysningsforpligtelser indgå i vurderingen; hvor selskabet ikke konkret har anvist dokumentationsveje, kan en streng frist-anvendelse ikke komme forsikringstageren til skade.
 - På den baggrund bør forældelsesindsigelsen ikke føre til afvisning.

4. Retlige anbringender – principper og henvisninger

- **Helheds- og proportionalitetsprincip i bevisvurderingen:** Dokumentationskrav skal tilpasses pandemiens faktiske vilkår (telefon/video, screeningskrav, ingen fysisk fremmøde ved smitte).
- **God forsikringsskik og loyal skadebehandling:** Selskabet skal optræde redeligt og medvirke aktivt til sagens oplysning. Når afvisningsgrunden er 'manglende dokumentation', indebærer dette en konkret vejlednings- og oplysningsforpligtelse om, hvilke oplysninger der kræves og hvordan de realistisk kan indhentes under givne forhold.
- **Bevisbyrde og rimelighed:** Hvor selskabet undlader at anvise realistiske dokumentationsveje i en ekstraordinær samfundssituation, kan der ikke fastholdes et skærpet beviskrav mod forsikringstageren. Ved resttvil bør der indhentes sagkyndig vurdering frem for afvisning.
- **Forældelse – Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 5:** Ny 1-årig frist fra afslag; ved uklar sagsoplysning og manglende konkret vejledning bør fristen bedømmes skånsomt til forsikringstagerens fordel.

5. Påstand

- Primær påstand: Topdanmark pålægges at anerkende dækning under sygedriftstabsforsikringen for det dokumenterede sygdoms- og indtægtstab.
- Subsidiær påstand: Sagen hjemvises til fornyet realitetsbehandling med krav om:
 - a) indhentelse af relevant speciallægelig vurdering,
 - b) konkret og dokumenteret vejledning til mig om, hvilke lægelige oplysninger der skal indhentes for at opfylde dokumentationskravene, og
 - c) at Topdanmark selv retter henvendelse til min læge for supplerende dokumentation.
- Yderligere påstand: Topdanmark pålægges at redegøre skriftligt for, hvornår, hvordan og hvad de konkrete har vejledt mig om vedrørende (1) sygedagpengeret som selvstændig, (2) de forsikringsbetingede dokumentationskrav og (3) selskabets egen indhentning af journaloplysninger/erklæringer. Manglende eller utilstrækkelig dokumentation herfor bør tillægges vægt til min fordel.
- Mere subsidiært: Forældelsesindsigelsen tages ikke til følge under hensyn til sagsforløb, vejledningsmangler og pandemikontekst, jf. FAL § 29, stk. 5.

...

Afslutning

Jeg anmoder om, at Ankenævnet lægger pandemiens praktiske vilkår til grund, vurderer beviset helhedsorienteret og proportionalt, og tillægger Topdanmarks manglende konkrete vejledning og manglende medvirken til sagsoplysning vægt.

Afvisning begrundet i 'manglende dokumentation' er urimelig, når jeg fulgte de instrukser, jeg faktisk fik, og løbende indsendte alt, jeg kunne fremskaffe. Mindst bør der ske hjemvisning til realitetsbehandling med speciallægelig vurdering og dokumenteret, konkret vejledning fra Topdanmark, jf. god forsikringsskik og FAL § 29, stk. 5 om førstevurderingen.

Hvis Ankenævnet finder det nødvendigt, kan jeg straks fremlægge bankkontoudtog for den relevante periode, som dokumenterer, at jeg i mindst 5 måneder ikke havde indtægter. Det underbygger det faktiske sygedriftstab og den væsentlige arbejdsevnenedsættelse.

...

Jeg indbringer hermed min klage over Topdanmark vedrørende selskabets afvisning af min anmeldelse om dækning under sygedriftstabsforsikringen i forbindelse med positiv Covid-19-test og efterfølgende sygdom. Jeg gør særligt gældende, at Topdanmark har svigtet sin oplysnings- og vejledningspligt — herunder ved ikke at oplyse om muligheder og relevante tilskudsordninger (fx sygedagpenge for selvstændige eller vejledning om fonds-/støttemuligheder), hvilket har forværret mit økonomiske tab og min private økonomiske situation.

...

Påstande — manglende vejledning og sagsbehandlingsmangler

1. **Topdanmark har ikke leveret nødvendigt og relevant oplysnings- og vejledningsmateriale under sagsbehandlingen. Særligt mangler jeg dokumentation for, at selskabet oplyse om:**
 - muligheder for sygedagpenge som selvstændig, og hvordan disse søges, samt konsekvenser heraf;
 - mulige kompensations- og fondsordninger under nedlukningen;
 - hvilke specifikke dokumenter og bilag der skulle indsendes for at sikre korrekt vurdering af mit indtægtstab.
2. **Topdanmarks konklusion ved afvisning synes ikke at have taget behørigt hensyn til, at:**
 - mange indbetalinger i perioden vedrører arbejde udført eller faktureret før sygdom;

- lockdown og adgangsbegrænsninger i 2021 forhindrer mig i at udføre arbejde hos kunder i et år;
 - fonds- og statslige kompensationsmidler er separate forhold, som Topdanmark byrde har vejledt mig om, men som ikke blev formidlet.
- 3. Som følge af manglende vejledning og den afviste dækning har jeg lidt et økonomisk tab (dokumenteret ved kontoudtog) samt alvorligt privat økonomisk pres som anført ovenfor.

Hvad jeg anmoder Forsikringsankenævnet om

- At konstatere, om Topdanmark har tilsidesat sin oplysnings- og vejledningsforpligtelse i min sag.
- At pålægge Topdanmark at genoptage sagen og foretage en ny, korrekt vurdering under behørig hensyntagen til: dokumentation for tabt omsætning, at indbetalinger kan vedrøre arbejde udført før sygdom, fonds- og statslige kompensationsmidler, og min manglende viden om sygedagpenge som selvstændig pga. manglende oplysning fra selskabet.
- At tilkende den dækning, som følger af policens vilkår for sygedriftstab, hvis Ankenævnet finder, at betingelserne er opfyldt, inkl. betaling for dokumenterbart tab, lejer og eventuelle sagsomkostninger."

Selskabet har i brev af 3/11 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Ad klagerens udtalelser og selskabets vejledningspligt

Vi må overordnet konstatere, at klageren mener hans tidligere udtalelser om, hvorfor han ikke opsøgte læge eller behandling for sine påståede Covid-19 senfølger skyldes 'frustrationsudtalelser'. Vi er ikke enige heri, da klageren udtaler sig ret direkte og eksplicit om, hvorfor han ikke ønsker behandling, idet han ikke stoler på lægerne.

Hvad angår hvorvidt selskabet har vejledt klageren i forbindelse med anmeldelsen, så henviser selskabet til beskrivelsen af sagsforløbet og tilhørende bilag i selskabets første høringsvar. Her fremgår det, at selskabet informerer klageren om hans erhvervsudygtighed skal kunne dokumenteres, og der fratrækkes sygedagpenge i et eventuelt dokumenteret driftstab som følge af klagerens erhvervsudygtighed, samt følger op på om klageren er sygemeldt hos kommunen.

Ad forældelse

Klageren har videre i sit svar gjort gældende, at der ikke indtræder forældelse, fordi klageren – efter selskabets fortolkning af klagerens svar - mener selskabet ikke har handlet efter reglerne om god skik. Vi vurderer selskabet har handlet i god skik og et rejst krav overfor Ankenævnet ikke vil kunne afbryde forældelsen ved at genanmelde den samme skade, efter selskabet har afvist kravet.

Ad klagerens redegørelse for driftstab

I klagerens tillæg har klageren redegjort for hans vurdering af et driftstab. Vi må her påpege, at Sygedriftstabsforsikringen ikke dækker faste omkostninger, men et dokumenteret driftstab som afspejler, hvad virksomheden forventeligt ville kunne tjene under erhvervsudygtigheden. Dette beregnes ud fra forventede omsætning i dækningsperioden og fratrækkes vareforbrug, sparede omkostninger og ydelser fra anden side (indtægter og offentlige sygedagpenge mv.), jf. forsikringsbetingelsernes punkt 45881.20.

Her er det vigtigt at påpege i forhold til ovenstående, at Ankenævnet for Forsikring ikke har kompetence til at behandle et krav om driftstab, da et sådan krav udelukkende er af erhvervsmæssig karakter, jf. nævnets vedtægter per 1. februar 2025 § 2, stk. 5. Dermed gør selskabet gældende, at klagerens krav for det første ikke er omfattet af forsikringens dækning, ikke er dokumenteret i henhold til de gældende forsikringsbetingelser og falder uden for nævnets kompetence.

Ad selskabets afsluttende bemærkninger

Klageren har fået påvist en positiv Covid-19 test den 24. februar 2021 og kontakter først sin læge den 9. april 2025 telefonisk, hvor han angiver subjektive symptomer i form af træthed.

Klageren søger ikke yderligere lægekonsultation eller behandling mod sine symptomer. Han svarer til gengæld på et spørgeskema fra SSI, at han ikke har været sygemeldt, og at han generelt før testdatoen var plaget af træthed og udmattelse, jf. Bilag M.

Selskabet vil gøre opmærksom på, at forsikringen er tegnet den 10. august 2020, og der løber en karenperiode på 6 måneder herefter, som udløber den 10. februar 2021.

Med afsæt i tidligere høringssvar og ovenstående gør selskabet følgende gældende:

At klageren med en positiv Covid-19 den 17. marts 2021 og et telefonopkald til sin læge 1,5 måned den 9. april 2025 efterfølgende, ikke har dokumenteret eller sandsynliggjort en erhvervsudygtighed som følge af Covid-19 på mere end 3 uger efter en samlet vurdering, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 45820.10, 45820.11 og 45820.12.

At klagerens symptomer i form af træthed er subjektive klager, der ikke i aktuelle sag ved lægelig undersøgelse kan påvises som mén eller sygdom, hvorfor den anmeldte erhvervsudygtighed er undtaget for dækning, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 45840.18.

At klagerens symptomer i form af træthed er baseret på klagerens egne subjektive oplysninger, hvor vurderingen af klagerens helbredstilstand og erhvervsudygtighed i det hele taget udelukkende ses at være baseret på klagerens egne angivelser.

At i det tilfælde klagerens symptomer i form af træthed kan begrunde en erhvervsudygtighed, så har symptomerne været til skade inden forsikringens udløb af karenperioden den 10. februar 2021, idet klageren generelt har været plaget af træthed og udmattelse før testdaten den 17. marts 2021, jf. Bilag M.

At klagerens forklaring til Ankenævnet om svar til, hvorfor han ikke søger læge og forståelse af svarene til spørgeskemaet fra SSI er modstridende i forhold til spørgsmålene i SSI-spørgeskemaet, samt de tidligere forklaringer til selskabet og derfor ikke skal tillægges værdi.

At klageren ikke kan genanmelde sit krav, idet hans krav er forældet den 24. februar 2024.

At klagerens fremsatte krav og opgørelse af driftstab i hans tillæg ikke er dokumenteret eller i øvrigt er dækket, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 45881.20

At nævnet ikke har kompetence til at behandle klagerens fremsatte krav og opgørelse af driftstab i hans tillæg, jf. nævnets vedtægter § 2, stk. 5."

Klageren har i brev af 24/11 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Efter min opfattelse bygger selskabets indlæg på flere faktuelle fejl og en meget ensidig fortolkning af forsikringsbetingelserne. Samtidig nedtoner selskabet mine dokumenterede helbredsproblemer og det reelle driftstab, jeg har lidt. Jeg vil derfor gennemgå de væsentligste uenigheds punkter.

1. Faktuelle fejl i selskabets tidslinje svækker deres vurdering

Selskabet anfører bl.a.:

- at jeg har fået påvist positiv COVID-19 test den 17. marts 2021,
- at der først er lægekontakt den 9. april 2025, (lægen ville ikke se mig før)
- og bruger dette til at hævde, at jeg ikke har søgt læge eller behandling i relevant tid.

Dette er faktisk forkert og dokumenteret i sagens bilag:

- Min positive COVID-19 test fremgår af Bilag 3 – svar på coronatest dateret 24. februar 2021, ikke 17. marts 2021.
- Lægekontakt og lægelig vurdering af mit helbred fremgår bl.a. af:
 - Bilag D – Svar fra læge 09.04.2021.pdf,
 - Bilag L – Opdateret journal fra læge 10.03.2022.pdf,
 - samt Bilag 4 – lægeskriv/billede, hvor lægen beskriver min tilstand i den relevante periode.

Der er således tale om lægekontakt i 2021, ikke 2025. Når selskabet i et samlet høringssvar til Ankenævnet ikke kan gengive de mest grundlæggende datoer korrekt, svækker det efter min opfattelse vægten af deres efterfølgende konklusioner om, at jeg ikke skulle have søgt læge i tide eller have dokumenteret mit sygdomsforløb tilstrækkeligt.

2. Erhvervsudygtighed og 'subjektive klager' – forkert brug af betingelse 45840.18

Selskabet forsøger at bringe forsikringsbetingelsernes punkt 45840.18 i anvendelse og hævder, at mine symptomer blot er 'subjektive klager over træthed', som ikke kan påvises ved lægelig undersøgelse, og derfor er undtaget fra dækning.

Jeg er uenig af følgende grunde:

1. COVID-19 er en konkret, dokumenteret sygdom

- Der foreligger en objektiv positiv COVID-19 test (Bilag 3, 24.02.2021).
- COVID-19 og efterfølgende senfølger er bredt anerkendt som en reel medicinsk tilstand.
- Når jeg efterfølgende udvikler vedvarende symptomer i kølvandet på en bekræftet infektion, kan dette ikke reduceres til 'subjektive klager' i 45840.18-forstand.

2. Der er lægelig vurdering af mit forløb

- Mine symptomer og min funktionsnedsættelse er beskrevet i lægejournaler (bl.a. Bilag 4 og Bilag L).
- Selskabet tilsidesætter reelt lægens faglige vurdering og erstatter den med sin egen, uden selv at have undersøgt mig.

3. Formålet med 45840.18

- Bestemmelsen tager sigte på tilfælde, hvor en forsikret alene fremfører gener uden nogen lægelig forklaring eller dokumentation.

- I min sag foreligger der en klart identificeret sygdom (COVID-19), dokumenteret ved test og fulgt op af lægejournaler. At kalde dette for 'subjektive klager, der ikke kan påvises som sygdom' er efter min opfattelse en urimelig og udvidende fortolkning af undtagelsesbestemmelsen.

Jeg skal derfor anmode Ankenævnet om at lægge til grund, at der i sagen foreligger en dækningsberettiget sygdom, og at 45840.18 ikke kan anvendes til at afskære dækning i en sag, hvor både sygdom og efterfølgende helbredsmaessige begrænsninger er lægeligt dokumenteret.

3. Påstanden om forud bestående sygdom og karens – ingen diagnose, intet driftstab før COVID
Selskabet hævder, at mine gener stammer fra en forud bestående tilstand, og at jeg ifølge et SSI-spørgeskema (Bilag M) skulle have været plaget af træthed/udmattelse allerede før COVID-testen. (Dette grundet kampsporten naturligvis) Ud fra dette forsøger selskabet at knytte symptomerne til tiden før karensudløbet 10. februar 2021.

Jeg mener, dette er en urimelig læsning og vil præcisere følgende:

- Jeg har aldrig været sygemeldt med træthed.
- At der i spørgeskemaet er svaret, at jeg kunne være træt/udmattet før COVID, skyldes alene, at jeg gennem mange år har trænet kampsport intensivt, hvilket naturligt medfører fysisk træthed i perioder med hård træning. Det var denne almindelige, sportsrelaterede træthed, jeg henviste til – ikke en sygdomstilstand, og slet ikke noget, der har medført sygemelding eller erhvervsudygtighed.
- I årene op til COVID-infektionen var jeg tværtimod fuldt arbejdende som selvstændig og i gang med at opbygge min virksomhed.

Der foreligger ingen lægelig diagnose før forsikringstegning eller før karensudløb, som dokumenterer en sygdom, der gjorde mig erhvervsudygtig. At en selvstændig i en opstartsfase – og samtidig aktiv kampsportsudøver – kan være træt og fysisk udmattet, er ikke i sig selv en sygdom i forsikringsretlig forstand, men en naturlig følge af livsstil og hård arbejde/træning.

Vilkår 45840.14 omhandler 'enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, der er diagnosticeret inden tegning'. Selskabet har ikke fremlagt én eneste diagnose før tegning eller karensudløb, der opfylder dette. Der var heller ikke dokumenteret driftstab eller erhvervsudygtighed i denne periode.

Den reelle erhvervsudygtighed og det egentlige driftstab opstår først i kølvandet på COVID-19-forløbet, og det er netop denne efterfølgende periode, sygedriftstabsforsikringen skal tage sigte på.

4. Vejledning, lægekontakt og min sårbare situation som selvstændig

Selskabet lægger vægt på enkelte formuleringer fra min side om utilfredshed med lægesystemet og forsøger at bruge dette som udtryk for, at jeg ikke har ønsket at søge lægehjælp eller behandling.

Jeg skal understrege:

- Jeg har søgt lægehjælp og været i kontakt med lægen, jf. bl.a. Bilag D, Bilag L og Bilag 4.
- Jeg har i hele forløbet svaret på selskabets henvendelser og indsendt materiale efter bedste evne.

- Mine frustrerede udtalelser skal forstås i lyset af et langstrakt og belastende sygdoms- og skadesforløb, ikke som et bevidst fravalg af behandling.

Jeg er som selvstændig i opstarts- og vækstfase særligt sårbar, når jeg rammes af sygdom. Et midlertidigt, men markant tab af arbejdsevne giver mig et uforholdsmæssigt stort økonomisk tab. Jeg har ikke ønsket at spekulere i forsikring; jeg har blot ønsket at få den dækning, jeg tegnede forsikringen for at have, netop hvis jeg som nøgleperson i virksomheden blev syg.

5. Driftstab – svar på selskabets kritik

Selskabet anfører, at mit driftstab ikke skulle være dokumenteret i overensstemmelse med vilkår 45881.20, og bruger dette som begrundelse for at afvise dækning.

Jeg er uenig i denne vurdering og bemærker følgende:

1. Jeg har indsendt reel økonomisk dokumentation
Jeg har indsendt regnskabs- og kontooplysninger, som viser virksomhedens omsætning og indtjening før min COVID-sygdom, samt et markant fald i omsætning og indtjening i perioden efter sygdomsforløbet, hvor jeg var helbredsmæssigt begrænset.
2. Jeg har fremlagt en konkret og saglig opgørelse
Jeg har fremlagt en konkret opgørelse over driftstabet på 3 måneder à 50.000 kr. (i alt 150.000 kr.), baseret på virksomhedens hidtidige omsætning og de reelle konsekvenser af, at jeg ikke kunne arbejde som før. Opgørelsen er udarbejdet loyalt og uden at overdrive. Jeg tjener almindeligvis minimum 50.000 kr. i mdr. som [...].
3. Manglende konkretisering fra selskabets side
Hvis selskabet har ment, at der manglede specifikke dokumenter eller tal, har de ikke rettidigt og præcist oplyst mig, hvilke konkrete oplysninger de manglede for at kunne godkende driftstabsopgørelsen.
Som lægmand må jeg kunne forvente, at selskabet – i stedet for blot generelt at anføre, at 'dokumentation mangler' – klart vejleder mig om:
 - hvilke regnskabsbilag,
 - hvilken periode, og
 - hvilken dokumentationsform der kræves for at opfylde 45881.20.
4. Loyal medvirken fra min side
5. Jeg har i hele forløbet samarbejdet loyalt og indsendt de bilag, jeg er blevet bedt om, samt svaret på henvendelser. Hvis der efter selskabets opfattelse fortsat manglede en nøjere opdeling eller yderligere bilag, kan dette efter min opfattelse ikke bagudrettet bruges som begrundelse for helt at afvise dækning.

På den baggrund anmoder jeg Ankenævnet om:

1. at lægge til grund, at jeg har gjort, hvad der med rimelighed kan kræves af en selvstændig forsikringstager for at dokumentere driftstab, og
2. at pålægge selskabet enten:
 - at anerkende, at der er dækning og foretage en korrekt opgørelse af driftstabet på baggrund af de foreliggende oplysninger, eller
 - klart og konkret at specificere, hvilke helt præcise yderligere oplysninger der måtte være nødvendige, så opgørelsen kan færdiggøres – frem for generelt at afvise kravet.
 - At de også burde have vejledt mig om at jeg kunne have søgt sygedagpenge, men der var ingen vejledning af nogen art fra jer.

Ankenævnet *for* Forsikring

22.

103987

6. Forældelse – sagen har løbende været under behandling

Selskabet gør gældende, at mit krav er forældet pr. 24. februar 2024, og at jeg ikke kan 'genanmelde' via Ankenævnet.

Jeg bemærker:

- At jeg løbende har været i dialog med selskabet, besvaret deres spørgsmål og indsendt yderligere bilag.
- At selskabet selv gentagne gange har behandlet sagen og udarbejdet nye svar og vurderinger – senest i form af et tredje høringssvar til Ankenævnet.
- At jeg som lægmand har haft en klar og berettiget forventning om, at min sag var under egentlig behandling og ikke endeligt afsluttet for længst.

Jeg skal derfor anmode Ankenævnet om en selvstændig vurdering af forældelsesspørgsmålet med udgangspunkt i det faktiske, løbende sagsforløb – herunder selskabets egne handlinger – og ikke alene på baggrund af en isoleret datoangivelse.

7. Ankenævnets kompetence og behovet for en principiel afgørelse

Selskabet anfører, at Ankenævnet slet ikke har kompetence, fordi der er tale om et rent erhvervsmæssigt driftstab. Jeg er indforstået med, at nævnet har visse begrænsninger vedrørende rent erhvervsmæssige spørgsmål, men det fritager efter min opfattelse ikke Ankenævnet for at tage stilling til de forsikringsretlige hovedspørgsmål:

1. Om mit dokumenterede COVID-19-forløb og efterfølgende erhvervsudygtighed i princippet er omfattet af min sygedriftstabsforsikring.
2. Om selskabets brug af undtagelsesbestemmelserne (forudbestående lidelse og 'subjektive klager') og forældelsesreglerne er korrekt.

Selv hvis Nævnet måtte finde, at den præcise opgørelse af driftstab i kroner og øre ligger uden for dets kompetence, vil en principiel afgørelse om dækningspligt i mit konkrete forløb være helt afgørende. Jeg beder derfor Nævnet om ikke at afskære sig selv fra at tage stilling til dette ved at følge selskabets meget snævre kompetencefortolkning.

8. Samlet konklusion og anmodning

Jeg beder Ankenævnet om:

1. At lægge til grund, at selskabets tidslinje og helbredsbedømmelse indeholder væsentlige fejl og udeladelser.
2. At anerkende, at mit COVID-19-forløb og de efterfølgende helbredsbedømmelse begrænsninger udgør en dækningsberettiget sygdom efter forsikringen, og at 45840.18 ikke kan anvendes i en sag med dokumenteret infektion og lægejournaler.
3. At tilsidesætte selskabets påstand om forudbestående sygdom før karens, idet der ikke foreligger dokumenteret diagnose eller erhvervsudygtighed før COVID-19, og idet min tidligere træthed udelukkende knytter sig til intensiv kampsportstræning og ikke til sygdom eller sygdomsmeddelelse.
4. At foretage en selvstændig vurdering af forældelsen under hensyn til det langvarige og løbende sagsforløb.
5. At fastslå, at min situation i princippet er omfattet af sygedriftstabsforsikringen, og at selskabet derfor skal anerkende dækning og – i det omfang Ankenævnet ikke selv kan fastsætte beløbet – pålægges at foretage en korrekt skadeopgørelse på baggrund af den dokumentation, der allerede foreligger, og eventuelle konkretiserede supplerende krav til dokumentation.

Jeg ønsker ikke mere, end jeg er berettiget til efter vilkårene – men heller ikke mindre. Som selvstændig i opstartsfase har sygdommen ramt mig særligt hårdt, og jeg beder alene om en fair, saglig og helhedsorienteret vurdering af mit forløb.

Jeg er målløs over, at jeg igen og igen skal oplyse og korrigere Topdanmark, fordi de vedvarende mistolker forskellige oplysninger og uden at blive hørt men fortsætter med at fejlinformere om mig."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af selskabets brev af 25/11 2021 fremgår bl.a.:

"Jeg skriver til dig, fordi vi har fået din email fra den 21. oktober, og jeg vil indledningsvis gerne beklage mit sene svar.

Du skriver i din e-mail fra den 21. oktober 2021, at du stadig er ramt af følger efter COVID-19 i form af træthed. Det oplyste du også telefonisk den 21. juli 2021.

Det fremgår af betingelserne for sygedriftstabs pkt. 45820, at sygedriftstabsforsikringen dækker under forudsætning af, at der foreligger lægelig dokumentation for, at der er tale om en erhvervsudygtighed grundet sygdom og, at forsikrede er sygemeldt efter reglerne i Sygedagpenge-lovens § 7.

Indtil videre er den positive corona-test eneste dokumentation for din sygemelding. foruden din telefonopringning til din læge den 9. april 2021, hvor du oplyser, at du er sygemeldt pga træthed.

Jeg vil bede dig oplyse, om du siden testen har været i kontakt med læge eller har anden behandler for dine COVID-19 senfølger?

Såfremt dette er tilfældet vil jeg bede dig oplyse, hvor og hvornår du har været til undersøgelse/behandling.

Så har jeg mulighed for at indhente kopi af journaler, før vi tager stilling til, om der er dækning for sygemeldingen på sygedriftstabsforsikringen.

Sådan kan du kontakte os

Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at ringe eller sende os en e-mail. Det er vigtigt, at du oplyser skadenummeret."

Af selskabets brev af 24/2 2022 fremgår bl.a.:

"Jeg skriver til dig, fordi jeg kan se, at du ikke har svaret på vores brev fra den 25. november 2021.

Idet der ikke foreligger lægelig dokumentation for din sygemelding, henviser jeg til betingelserne for sygedriftstabsforsikringen pkt. 45820 samt pkt 45840.18, og afslutter herefter sagen.

Sådan kan du kontakte os

Ankenævnet for Forsikring

25.

103987

Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at ringe eller sende os en e-mail. Det er vigtigt, at du oplyser skadenummeret."

Af selskabets brev af 26/3 2022 fremgår bl.a.:

"Jeg skriver til dig, fordi vi har fået dine e-mail, hvor du har medsendt spørgeskemaer fra SSI, og vi har gennemgået materialet.

Vi gør opmærksom på, at de tre spørgeskemaer ikke er daterede.

Det fremgår af spørgeskemaet på 8 sider, at du på side 5 har svaret på spørgsmålet: 'Har du i tiden omkring du blev testet den 24. februar 2021 eller siden da på noget tidspunkt været sygemeldt?':
Du svarer: 'Nej, på intet tidspunkt'

I samme skema på side 3 og 4 svarer du på spørgsmålet:
'Plejede du også før testdatoen den 24. februar 2021 generelt (dvs. ofte eller kronisk) at være plaget af nogen af følgende fysiske symptomer?'
Du svarer: 'Ja, Træthed eller udmattelse'

Det fremgår af det ene spørgeskema på 4 sider, at du på side 2 har svaret på spørgsmålet:
'Plejede du også før testdatoen den 24. februar 2021 generelt (dvs. ofte eller kronisk) at være plaget af nogen af følgende fysiske symptomer?'
Du svarer: 'Ja' til felterne:
1) Muskel- eller ledsmerter
2) Træthed, udmattelse eller nedsat muskelkraft'

Vi må derfor endnu engang fastholde, at ud fra det materiale vi har fået tilsendt, så er der ikke lægelige dokumentation for, at du har været sygemeldt efter sygedagpengelovens forstand - se betingelsernes pkt. 45.820.

Derudover dækker sygedriftstabsforsikringen ikke subjektive klager over smerter, gener eller lignende, er ikke ved en lægelig undersøgelse kan påvises som men eller sygdom, se betingelsernes pkt. 45.840.18.

På baggrund af ovenstående er sagen afsluttet fra vores side.
"

Sådan kan du kontakte os

Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at ringe eller sende os en e-mail. Det er vigtigt, at du oplyser skadenummeret."

Af selskabets brev af 15/12 2022 fremgår bl.a.:

"Jeg skriver til dig, fordi vi har indhentet en opdateret kopi af din lægejournal i forbindelse med din anmeldelse fra den 24. februar 2021.

Vi har læst din journal, og vi må konstatere, at der ikke er tilkommet nye lægelige oplysninger, der ændrer vores tidligere stillingtagen i sagen.

På baggrund af dette må vi henvise til vores tidligere breve, og vi betragter fortsat sagen for afsluttet fra vores side.

Sådan kan du kontakte os

Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at ringe eller sende os en e-mail. Det er vigtigt, at du oplyser skadenummeret."

Af selskabets brev af 21/3 2025 fremgår bl.a.:

"Jeg skriver til dig, fordi du har sendt os en e-mail den 24. februar 2025, hvor du beder om, at den anmeldte sag over sygedriftstabsforsikringen bliver genoptaget.

Vi har læst din e-mail og de vedhæftede bilag, og sagen har været forelagt for vores sygedriftstabssteam for at sikre, at du får den korrekte afgørelse.

Når du tegner en forsikring, er der nogle vilkår, som bestemmer rammerne omkring, hvornår forsikringen dækker og hvornår den ikke dækker. Det er en del af den forsikringsaftale, som vi har indgået, da du tegnede sygedriftstabsforsikringen.

Blandt andet fremgår det af forsikringsvilkårene, at en af betingelserne for at opnå dækning på sygedriftstabsforsikringen er, at man erklæres helt eller delvis erhvervsudygtig efter reglerne i sygedagpengelovens §7.

Dokumentationen for, at du har været sygemeldt iht. sygedagpengelovens § 7, har du ikke kunnet sende til os. Vi har - i flere omgange - indhentet journal fra din egen læge, men i journalen fra egen læge fremgår det heller ikke, at du har været så syg, at du har været sygemeldt og uarbejdsdygtig efter reglerne i sygedagpengelovens § 7 forstand.

Den erklæring fra din psykolog, som du har sendt med til os, dokumenterer ikke, at du har været sygemeldt som følge af senfølger fra Covid19. Erklæringen forklarer, at der har været helt andre årsager til, at du ikke har kunne arbejde i dit firma, end senfølger fra Covid19.

Vi er opmærksomme på, at du er pensionist og derfor ikke kan få sygedagpenge fra det offentlige, men der er ikke nogen form for lægelig dokumentation for, at du har været sygemeldt.

Derudover dækker sygedriftstabsforsikringen ikke subjektive klager over smerter, gener eller lignende, der ved en lægelig undersøgelse ikke kan påvises som mén eller sygdom, se betingelsernes pkt. 45840.18.

Der er fortsat ikke fremsendt materiale, der dokumenterer, at du var sygemeldt som følge af COVID19 tilbage til den 24. februar 2021, og vi har indhentet journaler fra din læge, som ikke dokumenterer en sygemelding.

Vi henviser til vores tidligere breve, blandt andet vores brev fra den 28. marts 2022, og vi fastholder, at sagen er afsluttet fra vores side.

Endelig vil vi ikke undlade at gøre opmærksom på, at det er vores opfattelse, at selvom der eventuelt skulle være dækning på din forsikring, er dit krav forældet.

Din sygemelding starter 24. februar 2021 og forælder efter 3 år, det vil sige den 24. februar 2024 jf. reglerne i Forsikringsaftalelovens § 29 stk. 1, som igen henviser til reglerne i Forældelsesloven.

Da du først henvender dig den 24. februar 2025, er dit krav forældet."

Af selskabets brev af 1/5 2025 fremgår bl.a.:

"Jeg skriver til dig, fordi vi har fået dine henvendelser senest fra den 4. april 2024 vedrørende anmeldelsen om Covid-19 over sygedriftstabsforsikringen, og det fremgår af dine henvendelser, at du ikke er enig i vores fastholdelse af, at din sag er afsluttet fra vores side.

Som oplyst i vores brev fra den 24. april 2025, har sagen på ny været forelagt vores sygedriftstabs-team, der har gennemgået sagens akter.

Vi har læst sagen igennem

Du har den 4. april 2025 sendt en e-mail vedhæftet resultat af Covid-19 test fra den 24. februar 2021 og en udtalelse fra din psykolog dateret den 15. august 2024.

Det fremgår af udtalelsen af 15. august 2024 fra din psykolog, at du har oplevet en række stressende vilkår, som har haft en alvorlig indvirkning på dit mentale overskud, og det er vi naturligvis kede af på dine vegne.

Det ændrer imidlertid ikke på det faktum, at der i den anmeldte sag over den tegnede sygedriftstabsforsikring ikke foreligger lægelig dokumentation for, at du har været sygemeldt og uarbejdsdygtig som følge af Covid-19.

Du har den 9. april 2021 ringet til din læge og oplyst, at du var blevet smittet med Covid-19 og, at du var sygemeldt pga. træthed.

Derudover er der intet materiale i sagen, der dokumenterer, at du var sygemeldt som følge af Covid-19 tilbage til den 24. februar 2021 og frem, og vi har indhentet journaler fra din læge, som heller ikke dokumenterer en sygemelding

Den 16. marts 2022 har du sendt en kopi af SSI-spørgeskema, hvoraf det fremgår, at du, i tiden omkring du blev testet den 24. februar 2021 eller siden da, på intet tidspunkt har været sygemeldt.

Vi kan ikke dække din sygemelding

Som oplyst i vores brev fra den 21. marts 2025 dækker sygedriftstabsforsikringen ikke subjektive klager over smerter, gener eller lignende, der ved en lægelig undersøgelse ikke kan påvises som mén eller sygdom, se betingelsernes pkt. 45840-18.

På baggrund af ovenstående fastholder vi, at der ikke foreligger lægelig dokumentation for, at du har været sygemeldt som følge af Covid-19, og vi må derfor fastholde, at vi ikke kan tilbyde dækning over den tegnede sygedriftstabsforsikring.

Jeg henviser til vores tidligere breve og vedhæfter til orientering kopi af de forsikringsbetingelser, der var gældende for den tegnede sygedriftstabsforsikring.

Hvis du fortsat er uenig

Hvis du fortsat ikke er enig i vores afvisning, har du mulighed for at klage over vores afgørelse til selskabets klageansvarlige. "

Af brev af 7/7 2025 fra selskabets klageansvarlig fremgår bl.a.:

"Jeg har nu haft lejlighed til at se lidt nærmere på din henvendelse og sagens øvrige oplysninger og jeg vender hermed tilbage til dig.

Indledningsvis vil jeg gerne beklage, at det ikke har været muligt for mig at vende tilbage til dig med et svar før nu.

Følgende fremgår af sagens oplysninger:

- 24. februar 2021 bliver du testet positiv for Covid-19
- 17. marts 2021 bekræftet vi anmeldelsen til sygedriftstabsforsikringen
- 14. april 2021 beder vi dig om nogle økonomiske oplysninger
- 27. maj 2021 beder vi dig vende tilbage til os på vores tidligere breve
- 21. oktober 2021 meddeler vi dig, at vi afslutter sagen, da vi ikke har fået svar på vores brev af 14 april 2021. Du kontakter os samme dag og oplyser, at du stadig har følger efter Covid-19
- 25. november 2021 sender vi dig nye brev og bede dig vende tilbage med oplysninger
- 24. februar 2022 meddeler vi dig igen, at vi slutter sagen, da du ikke er vendt tilbage. Du kontakter os samme dag, at du har ind rapporteret til SSL.
- 28. marts 2022 skriver vi, at vi ikke mener, at der er lægelig dokumentation for dit krav og kravet afvises og sagen afsluttes. Du meddeler os samme dag, at du er uenig.
- 8. april 2022 ringer vi dig og fastholder afgørelsen. Efterfølgende oplyser du om nye lægeundersøgelser hvorefter yderligere journal indhentes
- 15. december 2022. Vi oplyser dig at de opdaterede lægejournaler ikke ændrer på vores afgørelse og afvisningen af dit krav fastholdes. Du skriver samme dag at du er uenig og vi besvarer samme dag til dig omkring dine fremadrettede klagemuligheder
- 28. februar 2023 meddeler du, at du ønsker at påklage afgørelsen og skriver ikke yderligere
- 13. marts 2023 søger du indsigt og vores indsigtsafdeling besvarer din indsigtsanmodning
- 24. februar 2025 ansøger du genoptagelse af sagen
- 21. marts 2025 vi besvarer din henvendelse og gør opmærksom på, at dit krav er forældet
- 22. marts 2025 klager du igen og mener at forældelsesfristen har været afbrudt med henvisning til Forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5. Du skriver igen 1. april, 4. april og 23. april
- 1. maj 2025 meddeler vi dig at vi ikke mener, at der er nye oplysninger til sagen som ændrer vores vurdering og vi fastholder. Vi henviser til tidligere svar
- 2. maj 2025 klager du til kundeklager

På baggrund af ovennævnte forløb, må jeg meddele dig, at jeg er enig med vores skadeafdeling i at dit krav er forældet.

Det fremgår af Forældelseslovens § 3, stk. 1 at din forsikringssag forældes den 24. februar 2024, som er 3 år efter din sygemeldingsdato. I henhold til Forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1 forældes krav i anledning af forsikringsaftalen efter reglerne i Forældelsesloven.

Følgende fremgår af Forsikringsaftale lovens § 29, stk. 5 som du henviser til:

Stk. 5. Er en skade inden forældelsesfristens udløb anmeldt til selskabet, indtræder forældelse af krav, som skaden giver anledning til, tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det helt eller delvis afviser kravet. Hvis selskabet anerkender, at der foreligger en dækningsberettiget skade, men anmoder om yderligere oplysninger med henblik på opgørelse af kravets størrelse, indtræder forældelse 3 år efter selskabets meddelelse herom.

Vi har på intet tidspunkt anerkendt, at der foreligger en dækningsberettigende skade, hvorfor 2. led af bestemmelsen ikke er spil her. I forhold til 1. led af bestemmelsen, så indtræder forældelsen tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det afviser kravet. Kravet har hele vejen igennem været afvist og blev derfor forældet 3 år efter skadetidspunktet altså den 24. februar 2024. Derfor var kravet også forældet, da du først henvender dig igen i februar 2025, hvor vi ikke havde hørt fra dig i 2 år.

Så jeg er enig i vores skadeafdelings brev til dig af 21. marts 2025, hvori de oplyser dig, at kravet er forældet.

Allerede derfor kan vi ikke tilbyde dig igen at vurdere dækning og erstatning efter den anmeldte forsikringsbegivenhed på din Sygedriftstabsforsikring.

Hvis du fortsat er uenig i min afgørelse, har du mulighed for at få prøvet sagen ved Ankenævnet for Forsikring. Klagen skal ske på særligt klageskema og mod gebyr. Du kan læse nærmere herom på www.ankeforsikring.dk"

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"45820 Dokumentation

45820.10 Det skal dokumenteres, at der er tale om en erhvervsudygtighed grundet sygdom eller ulykkestilfælde. Dette kan eksempelvis gøres ved lægeattest eller ved at give Topdanmark samtykke til at indhente nødvendige journaloplysninger.

45820.11 Det er et krav, at forsikrede erklæres helt eller delvist erhvervsudygtig efter reglerne i sygedagpengelovens § 7.

45820.12 Afgørelse om hel eller delvis erhvervsudygtighed sker på grundlag af en samlet vurdering af sygdommen og den indvirkning på sygemeldtes arbejdsevne.

...

45840 Hvilke tab og meromkostninger bliver ikke erstattet?

...

45840.14 Enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, der er diagnosticeret inden tegning.

...

45840.18 Subjektive klager over smerter, gener eller lignende, der ikke ved en lægelig undersøgelse kan påvises som mén eller sygdom.

...

45870 Dækningsperiode*

45870.10 Dækningsperioden begynder 3 uger efter erhvervsdygtigheden opstår. Det tab, der måtte være de første tre uger, er ikke omfattet af forsikringen. "

Nævnet udtaler:

Den 17/3 2021 anmeldte klageren til sygedriftstabsforsikringen, at han den 24/2 2021 havde fået konstateret covid-19. Den 17/3 2021 efterspurgte selskabet yderligere oplysninger. Den 25/11 2021 efterspurgte selskabet om der var yderligere oplysninger fra egen læge. Den 24/2 2022 meddelte selskabet afslag på dækning og oplyste, at sagen var afsluttet. Samme dag meddelte klageren, at der var rapporteret senfølger til SSI, og klageren fremsendte udfyldt spørgeskema fra SSI. Den 28/3 2022 meddelte selskabet afslag på dækning. Den 15/12 2022 fastholdt selskabet, at sagen var afsluttet. Den 24/2 2025 anmodede klageren om at få sagen genoptaget. Den 21/3 2025 og den 1/5 2025 fastholdt selskabet afslag på dækning og oplyste, at kravet var forældet. Den 1/5 2025 sendte klageren sagen til selskabets klageansvarlige. Den 7/7 2025 meddelte den klageansvarlige, at kravet var forældet. Klageren ønsker dækning.

Klageren har anført, selskabet skal udvise fleksibilitet og tage hensyn til ekstraordinære samfundsforhold under pandemien, og at afslag alene pga. manglende traditionel lægeerklæring – som var umulig at fremskaffe pga. pandemien – ikke er i overensstemmelse med god forsikringsskik eller almindelig rimelighed. Klageren blev den 24/2 2021 testet positiv for covid-19 og svar uarbejdsdygtig og ude af stand til at varetage arbejdet, hvilket har medført et betydeligt økonomisk tab. Klageren har anført, at myndighedernes retningslinjer var, at personer med milde eller moderate symptomer skulle blive hjemme og undgå fysisk kontakt med lægen, hvilket bekræftes af klagerens læge. Klageren har anført, at selskabet har tilsidesat sin vejledningspligt, og at selskabet har misfortolket spørgeskemaerne. Klageren var som nyopstartet selvstændig ikke bekendt med muligheden for sygedagpenge, og selskabet ikke gav klar og konkret vejledning herom. Klageren har anført, at der skal foretages en selvstændig vurdering af forældelsesspørgsmålet med udgangspunkt i det faktiske, løbende sagsforløb, og ikke alene på bag-

grund af en isoleret datoangivelse. Selskabet har gentagne gange behandlet sagen og udarbejdet nye svar og vurderinger, hvorfor klageren har haft en klar og berettiget forventning om, at sagen var under behandling og ikke endeligt afsluttet for længst.

Selskabet har anført, at klageren ikke har dokumenteret en erhvervsdygtighed som følge af sygdom, der er længere end 3 uger efter den 24/2 2021, og at der er tale om subjektive symptomer i form af træthed og udmattelse, som klageren også i forvejen døjede med. Selskabet har anført, at klagerens krav er forældet, inden klageren indbragte sagen for nævnet i 2025. Klagerens skade er indtrådt den 24/2 2024, hvorfor forældelsen indtrådte den 24/2 2024. Selskabet har anført, at selskabets svar af 28/3 2022 må anses som første afvisning, hvorfor den 1-årige tillægsfrist falder inden for den 3-årige forældelsesfrist.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, og forældelseslovens § 2 og § 3, at et krav på forsikringsdækning forældes 3 år efter det tidligste tidspunkt, hvor klageren kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning over for sygedriftstabsforsikringen.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt., at hvis en skade er anmeldt til selskabet, inden forældelsesfristens udløb, indtræder forældelse af krav, som skaden giver anledning til, tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det helt eller delvist afviser kravet.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klagerens eventuelle krav var forældet forud for, at klageren den 17/7 2025 indbragte sagen for nævnet. Nævnet kan derfor ikke pålægge selskabet at yde dækning.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at 3-årsfristen som udgangspunkt kan regnes fra det tidspunkt, hvor klageren blev sygemeldt med følger efter covid-19, og i hvert fald må regnes fra det tidspunkt, hvor klageren anmeldte kravet til selskabet, hvilket var den 17/3 2021. Den 3-årige forældelse er derfor indtrådt forud for klageren den 17/7 2025 indbragte sagen for nævnet.

Ankenævnet for Forsikring

32.

103987

Nævnet har også lagt vægt på, at den 1-årige tillægsfrist ligeledes er udløbet. Det gælder også, hvis man regner fristen fra den 15/12 2022, hvor selskabet oplyste, at selskabet har indhentet en opdateret kopi af klagerens lægejournal og meddelte, at der ikke er tilkommet nye lægelige oplysninger, der ændrer selskabets tidligere stillingtagen i sagen, hvorfor selskabet fortsat betragter sagen for afsluttet.

Nævnet har videre lagt vægt på, at selskabets svar af 21/3 2025, af 1/5 2025 og af 7/7 2025 ikke har haft karakter af en ny realitetsbehandling af klagerens krav, hvorfor der ikke er grundlag for at regne 1 års fristen fra et af disse tidspunkter.

Nævnet har herefter ikke haft anledning til at tage stilling til, om der er indtrådt en dækningsberettigende erhvervsudygtighed som følge af sygdom.

Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet har ageret på en sådan måde, herunder har ydet en mangelfuld/forkert rådgivning, at der er grundlag for at pålægge selskabet et erstatningsansvar.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Peter Thønnings