

Ankenævnet for Forsikring

Den 18. februar 2026 blev i sag nr. 104225:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Bernstorffsgade 40
1577 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har pensionsordning. Han har i klageskema af 29/8 2025 og et bilag hertil til nævnet bl.a. anført:

"Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?"

Selskabet bør tilpligtes at betale 10 år tilbage i tid.

...

Sagsbeskrivelse:

Tidligere, ca. 2017, blev Danica Pension anmodet om udbetaling på en forsikring for tab på erhvervsevne. Som grundlag herfor blev medsendt eksisterende speciallægeerklæringer betalt af [selskab 1 og 2]. Det ville selskabet ikke acceptere – de afviste dækning med en begrundelse om, at dækningskriteret ikke var opnået. Det var allerede i 2017 mærkeligt, idet [selskab 1 og 2] havde begge accepteret dækning på hhv. tab af erhvervsevne og ulykkeskade forsikringer.

I 2024 blev der lavet fornyet henvendelse til Danica Pension om udbetaling på samme forsikring. Der var i 2024 lavet nye speciallægeerklæringer til [selskab 1] ([selskab 1's] ejendom), uden at der var sket ændringer af nogen art i indholdet, men nu kunne Danica i al fald få visualiseret, at speciallægeerklæringerne fra 2017 ikke var noget tilfælde.

Til at starte med ville Danica Pension gerne tage sagen op, men de ville have en ny anmeldelse. Det viste sig ikke at kunne lade sig gøre, idet deres system fejlagtigt meldte ud, at forsikringen var ikke til stede.

Efter at have brugt lang tid på at genopfriske Danica Pensions hukommelse, fandt de dog ud af, at det var deres systemer, der var noget galt med.

...

Ankenævnet for Forsikring

2.

104225

Da det endelig var opklaret, ville selskabet nødig betale for nye speciallægeerklæringer. Jeg fortalte selskabet, at der eksisterede nye speciallægeerklæringer, men da jeg ikke selv ville fremsende dem (de er [selskab 1's] ejendom), så lod Danica Pension sagen sylte og først efter lang tid fremskaffede Danica selv erklæringerne fra [selskab 1].

Dernæst kom der endelig klarmelding fra selskabet, at nu havde man genfundet forsikringen, man havde modtaget de nye speciallægeerklæringer og nu ville man gerne betale i henhold til forsikringen, men man ville kun betale 3 år tilbage grundet alm. forældelse.

Da jeg spurgte selskabet, hvorfor man ikke ville betale 10 år tilbage (personskader forældes først efter tidligst 10 år), fik jeg den undskyldning, at det ville selskabet ikke acceptere, grundet at de gamle speciallægeerklæringer der blev fremsendt i ca. 2017 ikke berettigede til erstatning. Det lød som en feberredning selskabet forsøgte sig med, idet der er ikke sket lægelige forværringer siden 2014/2015, hvorfra de gamle speciallægeerklæringer stammer og som også blev fremsendt til Danica.

Det skal noteres, at [selskab 1] har vurderet samme reduktion i erhvervsevne for begge sæt af speciallægeerklæringer (både 2024/15 og 2024 sættet).

Medicinsk er det også sjældent, at der sker betydelige forværringer efter at stationærtilstanden er nået (hvilket var nået i 2014/15). Så der er/var ingen grund til at tro, at der skulle være sket betydelige forværringer fra 1. sæt af speciallægeerklæringer (2014/15) til 2. sæt af speciallægeerklæringer (2024) som indsendt til Danica Pension.

Det påstås derfor, at Danica Pension skal tilpligtes at betale 10 år tilbage incl. renter.

Det påstås også, at Danica har misligholdt sin betalingspligt ved dels ikke at have betalt i 2017, dels ved at nægte at betale 10 år tilbage i 2024 og er derfor erstatningspligtig efter normale regler for misligholdelse af forsikringsaftale."

Klageren har i brev af 28/10 2025 til nævnet videre bl.a. anført:

"Forældelseslovens prg. 8 er gældende – ALLE betalinger, som selskabet foretager til kunder, sker i henhold til forældelseslovens prg. 8. Når selskabet erkender sin betalingspligt, vil den som udgangspunkt altid gå 10 år tilbage for pensionsbetalinger og ikke 3 år, som selskabet hævder. Der er heller ingen hjemmel i loven til at undtage visse typer af pensionsudbetalinger fra prg. 8.

'Forældelseslovens § 8

§ 8. En fordring på pension, livrente, aftægtsydelse, underholdsbidrag eller anden lignende ydelse, der forfalder med bestemte mellemrum og ikke er afdrag på en skyldig hovedstol, og som støttes på aftale eller afgørelse, forældes i sin helhed efter 10 år regnet fra den dag, da den sidste ydelse blev betalt, eller, hvis ingen betaling har fundet sted, fra den dag, da den første ydelse kunne kræves betalt, jf. dog § 25, stk. 5. Fordringerne på de enkelte ydelser forældes desuden efter §§ 2 og 3.'

Selskabet er i nærværende sag fuldt vidende om, at invaliditeten har sit udspring fra en trafikulykke i 2010. Ergo er der basis for at gå 10 år tilbage, når selskabet erkender betalingspligt.

I den forbindelse er det egentlig ligegyldigt, om tidligere kommunikation vedr. lægeerklæringer fra 2012/2014 (dvs. mere end 10 år gamle) har givet anledning til kommentarer fra selskabet om hvorvidt de gamle lægeerklæringer medførte dækning eller ej. De er som bekendt mere end 10 år gamle – og den nyligt erkendte betalingspligt går kun 10 år tilbage. Der er derfor ikke noget tidsmæssigt overlap, hvor der evt. kunne være tvivl om hvorvidt selskabets betalingspligt gjaldt eller ej grundet at der var gamle lægeerklæringer som Danica ikke mente var tilstrækkelige for dækning og nye lægeerklæringer (mindre end 10 år efter de gamle) hvor Danica mente, at de var tilstrækkelige for dækning.

Hvis Danica pr. ca. 2017 laver en vurdering der er negativ mht. dækning (reduktion i erhvervsevne ikke 66 % eller højere), sker det på basis af [selskab 1 og 2's] lægefaglige vurderinger fra 2012/2014, idet selskabet har ikke selv foranlediget lægeundersøgelser af nogen art. Ergo kan selskabet ikke konkludere andet end at med 2024 vurderingerne og erkendelse af betalingspligt skal der betales 10 år tilbage fra den dag, hvor den første ydelse kunne kræves betalt, jvf. forældelseslovens prg. 8.

Det er i øvrigt usandsynligt, at Danica har lavet en reel vurdering pr. ca. 2017, idet andre pensionselskaber med mindst lige så stor erfaring som Danica indenfor erhvervsevnevurdering, havde lavet en vurdering mellem 66 og 100 % erhvervsevnereduktion. Idet det er usandsynligt, at whiplash skader bliver substantielt værre med tiden, efter at stationært tilstanden er nået og Danica pr. 2024 kom til den konklusion, at man havde betalingspligt, er det lige så usandsynligt at den evt. vurdering som Danica påstod at have lavet i 2017, var korrekt.

Uanset hvilket argument man anvender – forældelsesmæssigt eller medicinsk – kan man ikke komme til anden konklusion end at Danica skal betale 10 år tilbage i tid, incl. procesrenter + momenter.

Det er i øvrigt vanskeligt for Klager at se, hvordan selskabet skulle være u-informeret om forældelseslovens prg. 8, når man som virksomhed kun arbejder med udbetalinger, der sker i henhold til prg. 8. Klager kunne forstå, hvis selskabet ikke kendte 3-års forældelsesfristen, men at man ikke kender prg. 8 i forældelsesloven, er højest mærkeligt. Klager håber, at selskabet vil acceptere at dets udbetalinger til kunder sker i henhold til prg. 8, INKL. udbetalingerne til Klager og at sagen dermed kan komme ud af verden hurtigt.

Mht. nægtelse af betaling i henhold til forældelseslovens prg. 8 er der under alle omstændigheder tale om misligholdelse af betalingspligt. Konsekvensen af misligholdelse af betalingspligt vil medføre ret til erstatning for det fulde tab for Klager, dvs. såvel direkte som indirekte tab. Erstatningen kan ikke opgøres endeligt på nuværende tidspunkt, idet der er indirekte tab hvor pengeværdien ikke er Klager bekendt p.t.

...

TABSOPGØRELSE PR. 28.10.2025

P.t. kendte tab / aftaler:

1. Manglende betaling af rep. af jacuzzi (varmebehandling af nakkeskade), kr. 5.000
2. Manglende betaling af installation af varmepumper (ekstra varmeforsyning), kr. 8.500
3. Manglende betaling af etablering af skridsikre trappetrin ved husindgang, kr. 12.000
4. Manglende betaling af sikker transport (bil) m. plads til rollator, kr. 62.000"

Ankenævnet *for* Forsikring

4.

104225

I brev af 14/11 2025 fra selskabet til nævnet hedder det bl.a.:

"Hvilken forsikring er der tale om?"

Klager har den 1. november 1993 oprettet en gruppeinvalidiserende via ... Bank.

Ordningen blev tegnet med dækning ved tab af erhvervsevne, der giver ret til løbende fulde ydelser og fritagelse for indbetaling ved et midlertidigt og længerevarende erhvervsevnetab på mindst to tredjedele. Der er en karenperiode på tre måneder.

Siden 1998 har invaliderenten været en 'fripolice', idet den har fungeret som en præmiefri forsikring, hvor omkostningerne til at bevare dækningerne trækkes fra pensionsdepotet. Der henvises til vedlagte **bilag A**.

De for kravet gældende forsikringsbetingelser inklusiv dækningsoversigt vedlægges som **bilag B**.

Hvori består uenigheden?

Ifølge ankenævnsklagen med vedlagt 'Sagsbeskrivelse' mener klager, at han i ca. 2017 har anmodet Danica om udbetaling ved tab af erhvervsevne, og det er klagers påstand:

1. at Danica skal tilpligtes at betale tab af erhvervsevneydelser 10 år tilbage inklusiv renter, idet han anfører, at *'personskader forældes først efter tidligst 10 år'*
2. at Danica er erstatningspligtig efter normale regler for misligholdelse af forsikringsaftale, fordi selskabet dels ikke har betalt i 2017 og dels ved at nægte at betale 10 år tilbage i tid ved anerkendelse af kravet rejst i 2024.

Ifølge sagens akter pådrog klager sig en whiplashskade ved et trafikuheld **den 1. oktober 2010**. Klager var ikke sygemeldt i forbindelse med uheldet, og han fortsatte i sit hidtidige arbejde under forudsætning af mere fleksibilitet i forhold til at kunne arbejde hjemmefra. I 2013 fik klager en ny chef, der ikke ville acceptere de fleksible arbejdsforhold/skånehensyn, og klager blev sygemeldt den 31. januar 2014. Klager blev opsagt med lønophør til **den 1. oktober 2014**. Klager har ikke deltaget i beskæftigelsesindsatser eller været i arbejde siden.

Klagers forsikringskrav vedrører kun udbetaling ved tab af erhvervsevne, fordi klagers invaliderente allerede var gjort præmiefri, før den anmeldte skade opstod. Det betyder, at klager tidligst vil kunne rejse krav **den 1. januar 2015**, svarende til datoen for klagers lønophør den 1. oktober 2014 + 3 måneders karens.

Klager har rejst krav på dækning ved tab af erhvervsevne over for Danica to gange.

Klager gjorde krav gældende den 20. marts 2018. Danica meddelte afslag på kravet i afgørelse af 18. december 2019 og fastholdt afslaget i afgørelse af 19. januar 2020.

Klager har ikke forfulgt kravet om tab af erhvervsevne i de efterfølgende år 2021, 2022, 2023 og det meste af 2024.

Klager gjorde igen krav gældende i korrespondance fra den 8.-11. oktober 2024. Den 13. marts 2025 meddelte Danica, at klager ville blive vurderet dækningsberettiget i forhold til at få den lille restdækning på invaliderenten udbetalt som løbende månedlige ydelser. Klager blev samtidig oplyst, at retsvirkningen af forældelseslovgivningen var, at fordringer, der måtte ligge mere end 3 år tilbage i tid fra anmeldelsen i 2024, var bortfaldet grundet forældelse.

Klager påberåber sig nu den 10-årige forældelse i forhold til sit krav. Da dette vil stille klager dårligere end aktuelt, formoder selskabet, at klager er i vildfarelse omkring virkemåden af de lovbestemte forældelsesfrister. Klager synes således at tro, at den 3-årige og 10-årige forældelsesfrist hver især udsiger, hvor langt tilbage i tid, han har mulighed for at få udbetaling med tilbagevirkende kraft.

Det bemærkes derfor, primært til orientering af klager, at retsvirkningen af, at et krav bliver ramt af forældelse er, at kravet bortfalder. I følge Forældelsesloven (FÆL) og Forsikringsaftaleloven (FAL) vil et krav som udgangspunkt forældes **3 år** fra forfaldstidspunkt, jf. FÆL § 3, dog **senest 10 år** efter den dag, hvor den første ydelse kunne kræves betalt, jf. FAL § 29, stk. 3, og FÆL § 8.

Den 10-årige forældelse er en *absolut* forældelsesregel, hvor forældelsen rammer selve retten til at få udbetaling (= grundfordringen). Det betyder, at dersom klager ikke når at anmelde sit krav, inden der er gået 10 år fra kravets opståen, bortfalder kravet *i sin helhed*.

Uden en gældende grundfordring, har klager hverken krav på de fremadrettede eller bagudrettede ydelser. Konsekvensen af den 10-årige forældelsesregel er således ingen udbetaling.

Klager afbrød forældelse midlertidigt ved sin anmeldelse i marts 2018. Danica fastholder, at det med rette afviste dækningsberettigelse i forhold til 2018-kravet ud fra de daværende oplysninger i sagen. Da selskabet meddelte klager afslag på 2018-kravet, begyndte forældelse at løbe igen. Klager forfulgte ikke kravet før sine nye anmeldelse i oktober 2024.

Ved vurdering af den 10-årige forældelse, har Danica taget udgangspunkt i den 1. januar 2015 svarende til klagers lønophør + 3 måneders karen. Dette er i klagers favør, da det betyder, at hans krav ikke bliver ramt af den 10-årige forældelse; hverken da klager gjorde krav på ydelser den 20. marts 2018 eller den 8.-11. oktober 2024.

Når grundfordringen ikke er bortfaldet grundet den 10-årige forældelse, er det 'kun' den 3-årige forældelsesfrist, der slår igennem i forhold til successiv forældelse 3 år fra hver enkel månedlig udbetalings forfaldstidspunkt.

På denne baggrund fastholder Danica, at selskabet har behandlet klagers krav korrekt, herunder i overensstemmelse med forældelseslovgivningens regler.

I forbindelse med ankenævnsklagen er selskabet blevet opmærksom på, at klager, forud for anmeldelsen modtaget i selskabets Skadesafdeling den 11. oktober 2024, også har været i korrespondance med en pensionsspecialist henholdsvis den 8.-10. oktober 2024, hvor klager dels spurgte helt overordnet ind til, om Danica ville udbetale ud fra et andet selskabs dokumenter, og dels søgte vejledning til at skadesanmelde online (korrespondancen vedlægges sammen med skadesanmeldelsen af 2024 i **bilag N**).

Da selskabet bevilligede dækning med tilbagevirkende kraft i afgørelsen af 13. marts 2025, var det fordi selskabet valgte at lade enhver tvivl komme klager til gode. I lyset heraf, og fordi selskabet gerne vil fremme ankenævns sagen ved bedst mulig tilskæring af mulige tvistpunkter, har selskabet bedt Skadesafdelingen om at efterudbetale svarende til de 3 ekstra dage, hvor det er uklart, om klager påtænkte eller forsøgte at anmelde krav igen.

Sagsfremstilling

Klager var involveret i et trafikuheld den 1. oktober 2010, hvor han som føreren af en bil blev påkørt bagfra. Uheldet er beskrevet som et harmonikasammenstød. Klager var ikke sygemeldt i forbindelse med trafikuheldet, og han fortsatte i sin hidtidige fuldtidsansættelse som ... i ... men under forudsætning af mere fleksibilitet i forhold til at kunne arbejde hjemmefra. I 2013 fik klager en ny chef, der ikke ville acceptere de fleksible arbejdsforhold/skånehensyn, og klager sygemeldte sig den 31. januar 2014. Klager blev opsagt med lønophør til den 1. oktober 2014, og han har ikke deltaget i beskæftigelsesindsatser eller arbejdet siden opsigelsen (bilag D-G).

Klagers anmeldelse i 2018

Den 20. marts 2018 indsendte klager helbredsoplysninger sammen med en besked til Danica om, at han gerne ville anmelde uarbejdsdygtighed på sin forsikring, fordi 'situationen ikke så ud til at blive bedre'. Beskeden vedlægges som **bilag C**.

Klager eftersendte et anmeldesskema den 18. april 2018. Det fremgik heraf, at han havde været ansat som ... hos ..., hvor han havde arbejdet over 45 t/uge. Klager oplyste, at han havde været sygemeldt siden februar 2014 med fuld løn frem til oktober 2014, og at han ikke regnede med at genvinde sin erhvervsevne (**bilag D**).

Danica modtog helbredsoplysninger optaget i perioden 2012-2015 i form af 3 speciallægeerklæringer fra to forskellige speciallæger samt 1 neuropsykologisk og 1 fysioterapeutisk vurdering. Selskabet fremlægger disse lægelige erklæringer og sundhedsfaglige udtalelser i deres helhed som bilag E, F, G, H og I.

I det følgende skal selskabet fremhæve de passager fra bilag E-I, som selskabet har tillagt væsentlig betydning ved sin vurdering af klagers helbred og årsagen til det pludselige arbejdsophør 3,5 år efter trafikuheldet.

[Selskabets gennemgang og uddrag af:

- Neurokirurgisk speciallægeerklæring af 14/5 2012 (bilag E)
- Neurokirurgisk speciallægeerklæring af 29/12 2014 (bilag F)
- Neuropsykologisk speciallægeerklæring af 18/11 2014 (bilag G)
- Psykiatrisk speciallægeerklæring af 12/8 2015 (bilag H) og
- Udateret fysioterapeutisk beskrivelse (bilag I)

er udeladt.]

...

Ved sin behandling af klagers anmeldelse fra 2018, vurderede Danica det nødvendigt at få udfærdiget en neurologisk speciallægeerklæring til beskrivelse af klagers aktuelle smerte/helbredstilstand. Klager indvilligede i første omgang i at deltage heri, men undersøgelsen blev i sidste ende ikke gennemført, og klager indbragte spørgsmålet for Ankenævnet for Forsikring. Der henvises til kendelse AK 92.892 med medhold til selskabet (**bilag J**), hvor det blandt andet fremgik af kendelsens begrundelse, at:

'Nævnet bemærker indledningsvis, at nævnet ikke kan kritisere, at selskabet har ønsket en nyere speciallægeundersøgelse. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at de speciallægeundersøgelser af klageren, som han har fremsendt til selskabet, er fra 2010, 2012 og 2015.'

Der henvises også til mails fra klager samlet i **bilag K**, hvoraf det fremgår, at klager ikke længere var samarbejdsvillig omkring tilvejebringelse af en opdateret speciallægeerklæring.

Den 18. december 2019 traf Danica afgørelse på det foreliggende grundlag og meddelte afslag på krav om udbetaling ved tab af erhvervsevne. Afslaget blev fastholdt ved Den Klageansvarlige i Danica den 19. januar 2020[2021]. Afgørelserne med afslag på klagers krav rejst i 2018 fremlægges samlet som **bilag L**.

Danica har registreringer på en række henvendelser fra klager i 2020, 2022 og 2024, hvor klager udtrykker generel utilfredshed med selskabets sagsbehandlingstid og/eller evne til at skaffe afkast/udbytte ved genkøb mv., som står mål med klagers forventning. Klagers tone og konfrontatoriske tilgang har desværre gjort såvel dialog som samarbejde vanskeligt (**bilag M**).

Klagers anmeldelse i 2024

Klager var i korrespondance med Danica i perioden fra den 8.-10. oktober 2024, og den 11. oktober 2024 modtog selskabets Skadesafdeling et nyt anmeldelsesskema, hvori klager på ny gjorde krav gældende på udbetaling ved tab af erhvervsevne. I denne anmeldelse anførte klager, at han kun havde arbejdet mellem 5 og 15 t/uge i perioden fra trafikuheldet den 1. oktober 2010 til og med 2013, hvorefter han angav at have været fuldtidssygemeldt. Klager oplyste sin diagnose til kronisk whiplash syndrom, og han oplyste også, at der forelå speciallægeerklæringer fra 2012, 2014, 2015 og 2024 (**bilag N**).

Via klagers andet forsikringsselskab fik selskabet kopi af de to nye speciallægeerklæringer, således en neurokirurgiske speciallægeerklæring udfærdiget den 2. oktober 2024 (**bilag O**) og en neuropsykologisk vurdering udfærdiget den 22. oktober 2024 (**bilag P**).

Fra den neurokirurgiske speciallægeerklæring fra den 2. oktober 2024, skal selskabet fremhæve følgende om klagers forløb siden 2018 samt gener og funktionsniveau i 2024:

...

Fra den neuropsykologiske vurdering fra den 22. oktober 2024, skal selskabet fremhæve følgende vedrørende klagers forløb siden 2018 samt gener og funktionsniveau i 2024:

...

Den 13. marts 2025 meddelte Danica til klager, at han ville modtage udbetaling ved tab af erhvervsevne svarende til, at hans generelle erhvervsevne var nedsat i dækningsberettigende grad. Klager blev også oplyst, at selskabet ville udbetale ydelser 3 år tilbage i tid, men at retsvirkningen af forældelseslovgivningen betød, at fordringer, der måtte ligge mere end 3 år tilbage i tid fra skadesanmeldelsen modtaget den 11. oktober 2024, var bortfaldet grundet forældelse. Ifølge det opfølgende udbetalingsbrev androg klagers månedlige krav på forsikringsydelser herefter 1.207,90 kr. før Skat. Bevillingsbrev og udbetalingsbrev fremlægges samlet som **bilag Q**.

Klager har efterfølgende indbragt klage for Ankenævnet for Forsikring.

Selskabets begrundelse for at fastholde afgørelsen

Klager er en nu ...-årig herre, der for ca. 15 år siden var impliceret i et harmonikasammenstød. Klager var ikke sygemeldt i forbindelse med uheldet, og i de efterfølgende ca. 3,5 år fortsatte han i sin fuldtidsansættelse som ... i ... Ifølge sagens oplysninger fik klager en ny chef i 2013, som ikke accepterede klagers fleksible arbejdsvilkår, og klager sygemeldte sig den 31. januar 2014. Klager

blev opsagt med lønophør til den 1. oktober 2014, og han har hverken været i beskæftigelsesindsats eller arbejde siden.

Klager har anmeldt krav om udbetaling ved tab af erhvervsevne over for Danica i alt 2 gange henholdsvis den 20. marts 2018 og igen 6,5 år senere (tidligst) den 8. oktober 2024.

I begge anmeldelser har klager påstået vedvarende uarbejdsdygtighed grundet helbredsgener opstået på baggrund af trafikuheldet den 1. oktober 2010.

Klager har nu indbragt klage for Ankenævnet for Forsikring med påstand om, at den 10-årig forældelsesfrist bør finde anvendelse på det anerkendte krav fra 2024, og at Danica derudover har misligholdt sin forpligtigelse dels ved kun at gøre den 3-årige forældelse gældende og dels ved at afvise hans krav fra 2018. Klager mener, at han derfor også er berettiget til erstatning 'efter normale regler for misligholdelse af forsikringsaftale'.

Den 10-årige forældelse

Klager har gjort gældende, at den 10-årige forældelse i Forsikringsaftaleloven (FAL) og forældelsesloven (FÆL) bør finde anvendelse på hans krav i stedet for den 3-årige forældelse.

Selskabet bemærker indledningsvist, at klagers forsikringskrav er afgrænset til mulig udbetaling ved tab af erhvervsevne, fordi klagers invaliderente allerede var gjort præmiefri, inden klager var involveret i trafikuheldet, hvorved den anmeldte skade opstod (bilag A sammenholdt med oplysningerne i bilag D-H og bilag N, O og P).

Det betyder, at uanset klagers påstand om svingende arbejdstid siden 1. oktober 2010, har klager tidligst kunnet rejse et krav på forsikringsydelse **den 1. januar 2015**, svarende til datoen for klagers lønophør den 1. oktober 2014 + 3 måneders karenstid (bilag A).

I følge Forældelsesloven (FÆL) og Forsikringsaftaleloven (FAL) vil et krav som udgangspunkt forældes **3 år** fra forfaldstidspunkt, jf. FÆL § 3, dog **senest 10 år** efter den dag, hvor den første ydelse kunne kræves betalt, jf. FAL § 29, stk. 3 og FÆL § 8.

Den 10-årige forældelse er en *absolut* forældelsesregel, eftersom forældelsen rammer selve retten til at få udbetaling (= grundfordringen). Dette som følge af, at lovreglen foreskriver, at kravet bortfalder *i sin helhed*. Det betyder, at hvis klager ikke når at anmelde sit krav, inden der er gået 10 år fra kravets opståen, vil ingen udbetaling finde sted; hverken bagudrettet eller fremadrettet.

Det ville dermed ikke være i klagers favør, hvis hans krav fandtes at være ramt af den 10-årige forældelse i henhold til FAL § 29, stk. 3 og FÆL § 8.

Til brug for vurderingen af den 10-årige forældelse i klagers sag, har selskabet udarbejdet en tidslinje med de relevante nøgledatoer. Denne er vedlagt som '**Støttebilag – tidslinje**'. Som markeret med rød i den vedlagte tidslinje, bliver klagers krav *ikke* ramt af den 10-årige forældelse, fordi selskabet har taget udgangspunkt i den 1. januar 2015; hverken ved kravet rejst den 20. marts 2018 eller ved kravet rejst (tidligst) den 8. oktober 2024.

Når selve grundfordringen *ikke* er bortfaldet grundet den 10-årige forældelse, vil det 'kun' være den 3-årige forældelsesfrist, der slår igennem i forhold til successiv forældelse 3 år fra forfaldstidspunktet for hver enkel månedlig ydelse.

Den 3-årige forældelse

I klagen indbragt for Ankenævnet stiller klager spørgsmålstegn dels ved (1) rigtigheden i selskabets afslag på dækning ved krav rejst i 2018 og dels ved (2) rigtigheden i, at selskabet har gjort den 3-årige forældelsesfrist gældende ved anerkendelse af krav rejst i 2024.

Det er selskabets opfattelse, at spørgsmål 1, om rigtigheden af selskabets afslag på 2018-anmeldelsen, bliver juridisk uinteressant, når dette krav under alle omstændigheder er ramt af forældelse, fordi klager ikke på relevant vis forfulgte det i perioden fra selskabets seneste afslag af 19. januar 2020[2021] og frem til den nye anmeldelse (tidligst) den 8. oktober 2024. Selskabet tillader sig i den forbindelse af citere direkte fra Ankenævnet for Forsikrings hjemmeside ...

Det forhold, at klager nu i 2025 har inkluderet spørgsmålet i sin klage til Ankenævnet for Forsikring, er ikke tilstrækkeligt til at undgå forældelse af et krav, der blev rejst tilbage i marts 2018 og afvist og fastholdt den 19. januar 2020[2021].

Det er herefter selskabets påstand, at forældelse blev midlertidigt afbrudt ved klagers anmeldelse til selskabet den 20. marts 2018 (bilag C-I), men da selskabet meddelte afslag på kravet den 18. december 2019 og fastholdt den 19. januar 2020[2021] (bilag L), begyndte forældelsen igen at løbe. Klager har ikke på relevant vis forfulgt dette krav hen over årene 2021, 2022, 2023 samt det meste af 2024.

Tidligst den 8. oktober 2024 påbegyndte klager igen anmeldelse af et krav på tab af erhvervsevne-nydelser og nu med nye helbredsoplysninger, der beskrev en væsentlig tilstandsforværring siden 2018 (bilag N, O og P).

Den 3-årige forældelse i henhold til FÆL § 3, stk. 1, medfører, at forfaldne ydelser, der ligger mere end 3 år tilbage i tid er bortfaldet/mistet som følge af forældelse.

Selskabet har i sin bevillingsafgørelse af 13. marts 2025 valgt at stille klager bedst muligt ved at anse klager for dækningsberettiget med tilbagevirkende kraft svarende til 3 år tilbage i tid fra selskabets modtagelse af skadesanmeldelsen. På afgørelsestidspunktet blev datoen for Skadeafdelingens modtagelse af det udfyldte anmeldelsesskema lagt til grund (bilag Q).

Som det fremgår ovenfor under 'Hvori består uenigheden?' har selskabet valgt også at lade tvivlen komme klager til gode i forhold til anmeldelsesdatoen, hvorefter den 8. oktober 2024 lægges til grund som datoen for klagers 2024-krav. Selskabets udbetalingsafdeling er orienteret om at gennemføre den økonomiske del af korrektionen.

Påstand om misligholdelse

Selskabet bestrider klagers påstand om erstatningsansvar på grund af misligholdelse af forsikringsaftalen med henvisning til, at selskabets bevisafvejning og afgørelse om dækningsberettigelse faldt anderledes ud i 2024 end i 2018.

I den forbindelse kan selskabet i kort punktform påpege de dokumenterede forhold i bilag E-I, der talte imod, at klager havde løftet bevisbyrden for et længerevarende helbreds-betinget erhvervs-evnetab på to tredjedele, og at selskabet derfor med rette afviste det nu forældede 2018-krav:

- **at** klager havde demonstreret gennem 3,5 år, at han, under tilpassede forhold med mere hjemmearbejde, var i stand til at passe sit arbejde som ... på fuld tid og tilfredsstillende vis, uagtet nakkeskaden opstået ved trafikuheldet.
- **at** klager først sygemeldte sig i starten af 2014, da en ny chef ændrede på klagers fleksible arbejdsforhold/skånehensyn i den konkrete ansættelse.
- **at** en sammenligning af speciallægeerklæringerne fra 2012 og 2014 viser, at klagers helbreds-gener fra nakkeforstuvningen ikke er beskrevet objektivt men *subjektivt* forværrede, og der blev lægeligt peget på en social deroute. Lægen vurderede dog fortsat kun klagers erhvervsevne forringet svarende til at være 'påvirket i nogen grad'.
- **at** det fremgik af speciallægeerklæringen fra 2015, at klagers behandlingsmuligheder ikke var udtømte, hverken i forhold til smerterne udgående fra nakken eller i forhold til den depressive belastningstilstand grundet aktuel 'materiel og psykisk usikkerhed' på grund af skilsmisse og tab af job og status.
- **at** klagers faktiske erhvervsevne i relevant, skånsomt arbejde ikke var belyst via arbejdsrettede tiltag efter opsigelsen i 2014.
- **at** klager ikke ville samarbejde om indhentelse af en neurologisk speciallægeerklæring til be-lysning af hans aktuelle helbredstilstand i 2018 (bilag J og K)

Da klager igen rejste krav om udbetaling ved tab af erhvervsevne i oktober 2024, var det på et ændret oplysningsgrundlag, hvor to nye speciallægeerklæringer fra oktober 2024 beskrev gradvis helbredsforværring over tid til en nu væsentlig nedsat funktionsevne både fysisk og kognitivt (bi-lag O og P).

Selskabet bemærker, at det fremgår af de tidsaktuelle speciallægeerklæringer fra oktober 2024, at klagers helbred kun delvist kunne forklare klagers betydelige nedsatte funktionsniveau, og at der igen var beskrevet et ikke ubetydeligt element af 'social deroute'. Ydre forhold/livsvilkår er ik-ke 'sygdom' i forsikringsaftalens forstand, og kan derfor ikke danne grundlag for udbetaling af for-sikringsydelser. Erhvervsevnetabet på mindst 2/3 skal kunne bæres alene af klagers dokumente-rede helbred (bilag A).

Selskabet kan imidlertid oplyse til Ankenævnet for Forsikring, at det af to årsager forekom selska-bet at være en god og pragmatisk løsning for alle parter, at selskabet foretog en lempelig bevis-vurdering i 2024.

For det første havde klager flere gange udvist uvilje til at samarbejde med Danica omkring tilveje-bringelse af sagsoplysninger, samtidig med at han ved flere lejligheder havde været konfrontato-risk i sin tilgang og grov i sin tone over for selskabets medarbejdere, jf. korrespondanceeksem-plerne fremlagt som bilag (bilag J, K og M).

For det andet vedrørte klagers 2024-krav en lille, velafgrænset ydelse, idet der dels var indtrådt forældelse og dels var tale om en fripolice med et nu lille restbeløb og snarlig udløb (bilag A, B og Q).

Den økonomiske risiko ved at lade den bevismæssige tvivl komme klager til gode forekom selska-bet at være inden for det rimelige og tålelige.

På denne baggrund bestrider selskabet, at det skulle have handlet ansvarspådragende over for klager i forbindelse med behandlingen af de rejste krav på ydelser ved tab af erhvervsevne, og at det i den henseende ikke skal lægges selskabet til last, at det i 2024 valgte at imødekomme klagers krav på det ændrede bevisgrundlag.

Kort konklusion

På baggrund af ovenstående fastholdes det,

- **at** selskabet har behandlet klagers krav korrekt i relation til forældelseslovgivningens regler, og
- **at** selskabet til fulde har levet op til sine forpligtigelser i relation til forsikringsaftalen med klager.

Det bør derudover ikke lægges selskabet til last, at det i 2024 valgte at imødekomme klagers krav ud fra et ændret oplysningsgrundlag og ud fra en lempeligere bevisvurdering, ligesom det heller ikke bør lægges selskabet til last, at det nu igen vælger at udvise velvillighed ved at skære ankenævntvisten mest mulig til ved at forlænge dækningen svarende til de 3 dage, hvor det er uklart, om klager påtænkte eller forsøgte at anmelde på ny."

Klageren har i brev af 19/11 2025 til nævnet bl.a. bemærket:

"Danica Pension kommer med en række vurderinger, der umiddelbart kan tilbagevises. Noget af den information, som selskabet kommer med, er Klager usikker på hvordan det skal vurderes – enten er indholdet så uldent/uklart at Klager ikke kan læse det eller også illustrerer selskabet at være i direkte modstrid med alm. medicinsk viden.

1. Danica påstår nu, at vurderingen i 2024 er givet ud fra 'lempeligere bevisvurdering', hvilket er noget vrøvl at komme med. Der er foretaget en vurdering, der giver anledning til dækning ud fra et krav om 66 % eller højere reduktion i erhvervsevne.
2. Danica påstår nu, at man i 2024 'har ladet den bevismæssige tvivl komme kunden til gode'. Er det ikke normal god skik for ethvert forsikringsselskab for alle skader? Generelt gælder, at det er skadelidte som har bevisbyrden for at der er sket en forsikringsskade. Det er forsikringsselskabet, som har bevisbyrden mht. dækningsundtagelser. Det er Klagers forventning, at det skal forsikringsselskabet altid gøre – det er Klagers krav, at præcis den samme vurdering og bevismæssige tvivl skulle Danica have lavet for 10 år siden.
3. Danica påstår nu (s.17) at selskabets skadesvurdering afhænger af den økonomiske belastning, som udbetalingerne repræsenterer. For det første fremgår det ikke af forsikringspolicens vilkår, for det andet er det ikke i overensstemmelse med god skik. Selskabets vurderinger skal UDELUKKENDE handle om medicinske forhold. Selskabet bedes oplyse om det er noget, man udelukkende har gjort overfor Klager eller om det er et generelt princip som man har anvendt overfor mange andre kunder med afslag på kunders ansøgning om forsikringsudbetaling til følge. At øge beviskravet kunstigt for derigennem at kunne nægte kunderne udbetaling er sikkert noget, som Finanstilsynet gerne vil høre om. Klager er af den opfattelse at alene denne tilståelse fra selskabets side bør give anledning til at selskabet pålægges fuld betalingspligt OG at selskabet bliver pådømt misligholdelse af forsikringsaftalen.
4. Danica påstår nu, (s.16), at 'Ydre forhold/livsvilkår er ikke 'sygdom' i forsikringsaftalens forstand', hvilket Danica udmærket godt ved er noget vrøvl. Enten skyldes skaderne en ulykke – eller også skal skaderne tilskrives hvad der er uafhængigt af ulykken (konkurrerende årsager). Hvis Danica i ca. 2017 vurderede, at der var tale om konkurrerende årsager, må Klager anmo-

de selskabet om at fremstille de medicinske beviser/redegørelser for uafhængighed af ulykken – selskabets jurist kan ikke bare komme med nogle betragtninger om 'ydre forhold' der er grebet ud af luften.

5. Som dokumentation for, at Danica's betragtninger om 'ydre forhold' øjensynligt ER grebet ud af luften og ikke rummer spor af bevis, skal fremlægges bekræftelse fra [selskab 1] (Bilag 1), som vel ikke generelt kan betragtes som et useriøst selskab. [Selskab 1] har lavet en tilsvarende vurdering af erhvervsevnetab og fundet, at erhvervsevnereduktionen med basis i såvel de gamle som de nye speciallægeerklæringer ('tidsaktuelle', jvf. Danicas kommentarer på s. 16), har været mellem 66 og 100 %. [Selskab 1's] vurderinger er således i overensstemmelse med det generelt accepterede princip (jvf. Retslægerådets information om whiplash), at whiplash skader kan ikke forventes at blive værre med tiden. Danicas kommentarer er derimod i direkte modstrid med gældende medicinsk viden, idet Danica først laver en vurdering om at der ingen dækning er – og på basis af nye undersøgelser fra 2024 der viser præcist det samme billede, kommer Danica frem til, at der er dækning. Nu ved vi dog, hvad der er baggrunden for at Danicas vurderinger ikke følger den accepterede medicinske erfaring – det skyldes, at Danica dels anvender højere beviskrav som funktion af forsikringens økonomiske konsekvens for Danica, dels accepterer Danica argumenter om konkurrerende årsager uden nogen form for respekt for selskabets bevisbyrde for uafhængighed af ulykken.

Selskabet har således selv dokumenteret, at

- Selskabet har optrådt useriøst i 2017 ved ikke at lade bevismæssig tvivl komme kunden til gode og i øvrigt har lavet vurderingen uden nogen form for bevisførelse af uafhængighed af ulykken for konkurrerende årsager. Dermed bliver den af selskabet opfattede erhvervsudygtighed markant lavere end hvis den bliver målt og vejlet af seriøse pensionsselskaber.
- Selskabet har dokumenterbart opnået en lavere vurdering af Klagers erhvervsevnereduktion grundet disse useriøse vurderinger – andre selskaber har nået et helt andet resultat ved at lave seriøse vurderinger, hvor der er ladet bevismæssig tvivl komme kunden til gode og at andre selskaber har lavet vurderingen (som man skal, jvf. medicinsk definition på konkurrerende årsag) under hensyntagen til selskabets bevisbyrde vedr. uafhængighed af ulykken for konkurrerende årsager.
- Af disse årsager skal selskabet selvfølgelig pådømmes betalingspligt (næsten) 10 år tilbage – mere præcist nok 3 år tilbage fra selskabets såkaldte vurdering fra 2017."

Selskabet har i brev af 24/11 2025 til nævnet bl.a. bemærket:

"Danica har modtaget klagers kommentarer fra november 2025 bilagt en afgørelse, fra et andet forsikringsselskab, truffet ud fra dette selskabs konkrete aftale og tilgængelige oplysninger om klager i september 2018.

Det andet selskabs afgørelse fra 2018 og klagers kommentarer fra 2025 giver ikke selskabet anledning til at ændre sin vurdering ud fra forældelseslovgivningens objektive regler.

Selskabet henviser derfor i det hele til sit svar til Ankenævnet for Forsikring af 14. november 2025 og fastholder konklusionerne heri, herunder såvel sin positive tilkendelse af tab af erhvervsevneydelser ud fra det nye bevisgrundlag i 2024, som at eventuelle krav på allerede forfaldne udbetalinger, er ramt af den 3-årige forældelse."

Ankenævnet *for* Forsikring

14.

104225

Ankenævnet for Forsikring

15.

104225

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Af pensionsoversigt af 30/10 2012 fremgår bl.a.:

"

Hvis du mister din erhvervsevne

Årlig udbetaling

Hvis din erhvervsevne bliver nedsat med mindst to tredjedele som følge af sygdom eller ulykke, udbetaler vi årligt

Udbetaling
i kroner

13.791 "

Af mail af 20/3 2018 fra klageren til selskabet fremgår bl.a.:

"Jeg har ikke fået nogen bekræftelse på min email fra i går. Jeg vil gerne anmelde uarbejdsdygtighed på min forsikring, idet situationen desværre ikke ser ud til at blive bedre."

Af skadeanmeldelse af 12/4 2018 fremgår bl.a.:

"

Udfyldes af forsikrede. Alle spørgsmål skal besvares. Brug eventuelt en blank side, hvis der ikke er plads nok i de enkelte rubrikker.	
1.	OMLØBER 2010 →
Første sygedag?	Dato FEB. 2014 (KOLLAPS)
2.	
Hvad hedder sygdommen/tilstanden eller hvilke helbredsmaessige gener giver sygdommen/tilstanden dig?	WHIPPLASH SYNDROM + SVÆR PSYKISK BELASTNINGSSREAKTION

"

I brev af 18/12 2019 fra selskabet til klageren hedder det bl.a.:

"Vurdering af din erhvervsevne

Jeg har fået oplysninger fra dig om, at du ikke ønsker at deltage i en ny speciallægeundersøgelse i det du fastholder, at de fremsendte lægelige akter er tilstrækkelig til, at vi kan vurdere din anmeldelse.

Vi skal gøre dig opmærksom på, at vi i henhold til forsikringsbetingelserne kan kræve en erklæring fra en læge som vi vælger for at kunne vurdere, om din erhvervsevne er længerevarende nedsat, således at der i henhold til forsikringen er ret til udbetaling.

...

På baggrund af de informationer, som vi har modtaget, har vi bedt vores lægekonsulent vurdere din generelle erhvervsevne. Vores lægekonsulent har vurderet, at din generelle erhvervsevne er nedsat, men ikke til 1/3 del eller mindre. Lægekonsulenten lægger blandt andet vægt på, at der er kroniske nakke/hovedsmerter men uden mistanke om nerverods påvirkning og uden tegn på sygdom i det periferende eller centrale nervesystem. Der er ømhed i nakken og nedsat sidebevægelse."

Ankenævnet for Forsikring

16.

104225

Af selskabets brev af 19/8 2020 til klageren fremgår bl.a.:

"Din henvendelse vedr. tab af erhvervsevne

Vi har modtaget din skrivelse hvor du klager over afkastet på dine pensionsordninger. Dette vil du modtage svar på fra min kollega.

Du forespørger endvidere til, hvorfor vi ikke udbetaler tab af erhvervsevne. Jeg må henvise til vores brev fra 18. december 2019, hvori dette forklares."

Af selskabets brev af 19/1 2021 til klageren fremgår bl.a.:

"Vurdering ved tab af erhvervsevne

Tak for dine henvendelser, senest af 7. januar 2021, hvor du klager over vurderingen ved tab af erhvervsevne.

Først vil jeg gerne beklage, at vi ikke fik svaret på din klage af 25. december 2019, hvilket er meget uheldigt.

Jeg må imidlertid oplyse, at det på det foreliggende grundlag ikke er dokumenteret, at din generelle erhvervsevne er nedsat med to tredjedele, og at du derfor ikke er berettiget til udbetaling ved tab af erhvervsevne.

Vi henviser til vores brev af 18. december 2019."

Selskabet har i mail af 8/10 2024 til klageren bl.a. anført:

"Tak for dine e-mails fra henholdsvis den 4. og 5. oktober 2024.

Du efterspørger dokumentation for ændringen af din pensionsordning tilbage i 2012. Det vedhæfter jeg her til din orientering.

Med henvisning til vores svar fra den 4. oktober 2024 på din klagehenvendelse er det vores klare opfattelse, at der ikke er sket misligholdelse af vores kontraktlige forpligtelser, som du selv udtrykker det. Af samme årsag ser vi ingen grund til at kommentere på de tab, du oplister i din e-mail fra den 4. oktober 2024."

Klageren har i mail af 8/10 2024 til selskabet bl.a. anført:

"Tak. Jeg vil nærlæse tingene og vende tilbage.

Jeg har fra [selskab 1] en reduktion af erhvervsevne med mellem 66 og 100 %. Vil I acceptere [selskab 1] dokumenterne som baggrund for udbetaling af jeres forsikring?"

Hertil har selskabet i mail af 9/10 2024 til klageren bl.a. anført:

"Vi har ikke mulighed for at starte udbetaling af din dækning ved tab af erhvervsevne i Danica Pension på baggrund af den vurdering, der er foretaget af [selskab 1].

Ankenævnet for Forsikring

17.

104225

Jeg vil dog anbefale dig at anmelde din skade til din forsikring med nummer ..., hvorefter vi vil foretage vores egen vurdering af din helbredsmæssige tilstand. Du anmelder din skade her."

Af klagerens skadeanmeldelse af 10/10 2024 fremgår bl.a.:

"

4.

Er din uarbejdsdygtighed opstået som følge af et ulykkestilfælde/en ulykke?	Nej ☐ Ja ☒	Hvis nej (besvar spørgsmål 3a til 3b): Hvis ja (besvar spørgsmål 3c til 3f):
Hvis nej: a. Hvornår mærkede du de første symptomer på sygdommen/tilstanden?		
b. Har du tidligere haft samme tilstand?	Nej ☐ Ja ☐	Hvis ja: Hvornår? _____
Hvis ja: c. Hvornår skete det?		Dato <u>01.10.2010</u> Klokken <u>18</u>
d. Hvordan skete det og hvad var den direkte årsag?		<u>Trafikuheld. Anden bil påkører mig med ca. 100 km/t, mens jeg holder stille før en rundkørsel.</u>
Spørgsmålene skal besvares nøjagtigt og udførligt, så Danica Pension kan danne sig et klart billede af, hvad der skete ved den pågældende lejlighed.		

...

5.

a) Beskriv de helbredsmæssige gener, din tilstand/sygdom giver dig:		<u>Massive nakkesmerter, stivhed i nakke, konstant hovedpine, nedsat kognitiv evne</u>
b) Har du fået en diagnose på din tilstand/sygdom?	Nej ☐ Ja ☒	Hvad er diagnosen? <u>Kronisk whiplash syndrom</u>

...

8.

Er du fuldstændig uarbejdsdygtig og har du været det siden første sygedag?	Nej ☒ Ja ☐	Hvis nej (besvar spørgsmål 8a til 8d)																																
a. Udfyld antal timer du har arbejdet pr. uge eksklusiv frokost – alle uger du har arbejdet helt eller delvist																																		
Udfyld med 0 timer de uger, hvor du har været fuldt sygemeldt																																		
		<table border="1"><thead><tr><th>Kalenderuge</th><th>Antal timer pr. uge</th></tr></thead><tbody><tr><td>2010</td><td>5</td></tr><tr><td>2011</td><td>5-10 (flextid)</td></tr><tr><td>2012</td><td>5-10 (flextid)</td></tr><tr><td>2013</td><td>10-15 (flextid)</td></tr><tr><td>2014</td><td>alt</td></tr><tr><td>2015</td><td>alt</td></tr><tr><td>2016</td><td>alt</td></tr><tr><td>2017</td><td>alt</td></tr><tr><td>2018</td><td>alt</td></tr><tr><td>2019</td><td>alt</td></tr><tr><td>2020</td><td>alt</td></tr><tr><td>2021</td><td>alt</td></tr><tr><td>2022</td><td>alt</td></tr><tr><td>2023</td><td>alt</td></tr><tr><td>2024</td><td>alt</td></tr></tbody></table>	Kalenderuge	Antal timer pr. uge	2010	5	2011	5-10 (flextid)	2012	5-10 (flextid)	2013	10-15 (flextid)	2014	alt	2015	alt	2016	alt	2017	alt	2018	alt	2019	alt	2020	alt	2021	alt	2022	alt	2023	alt	2024	alt
Kalenderuge	Antal timer pr. uge																																	
2010	5																																	
2011	5-10 (flextid)																																	
2012	5-10 (flextid)																																	
2013	10-15 (flextid)																																	
2014	alt																																	
2015	alt																																	
2016	alt																																	
2017	alt																																	
2018	alt																																	
2019	alt																																	
2020	alt																																	
2021	alt																																	
2022	alt																																	
2023	alt																																	
2024	alt																																	

...

Ankenævnet for Forsikring

18.

104225

b. Øvrige kommentarer til din genoptagelse af arbejdet	Jeg tror ikke længere på genoptagelse af arbejde.
	Lægerne har ikke troet på det siden for lang tid siden.
	Der er speciallægeerklæring fra 2012, 2014, 2015, 2024 "

I brev af 13/3 2025 fra selskabet til klageren hedder det bl.a.:

"Behandling af din anmeldelse

Vi bekræfter at have modtaget alle relevante helbredsoplysninger.

Du har ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne fra den 11. oktober 2021, og længst til den 1. september 2031, hvor din forsikring ophører.

Vi har vurderet, at din generelle erhvervsevne er nedsat til 2/3 på grund af kroniske senfølger som konstant hovedpine, nakkestivhed, massive nakkesmerter efter whiplash samt kognitive udfordringer.

Forældelse

Du skal være opmærksom på, at har anmeldt dit krav til forsikringen for sent.

Din første sygedag var den 1. oktober 2010. Dit krav til forsikringen opstod den 1. januar 2011, som var dagen for karenperiodens udløb.

Ifølge Forsikringsaftalelovens § 29 bliver dit krav til forsikringen forældet tre år efter den dag, hvor du kunne have været berettiget til udbetaling ved tab af erhvervsevne.

For dig betyder det, at du skulle have anmeldt dit krav til forsikringen inden den 1. januar 2014. Da vi først har modtaget din anmeldelse den 11. oktober 2024, kan vi kun gå tre år tilbage fra denne dato. Det er årsagen til, at du først har ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne fra den 11. oktober 2021."

Af selskabets brev af 14/4 2025 til klageren fremgår bl.a.:

"Information om udbetaling

Vi skrev til dig den 25. marts 2025 om din bevilling ved tab af erhvervsevne. Du modtager hermed yderligere information om udbetalingen.

Udbetaling ved tab af erhvervsevne

Den månedlige udbetaling er 1.207,90 kroner før skat. Udbetalingen udgør den fulde forsikringsydelse.

...

Udbetalingen for tidligere år er:

2021: 3.234,05 kroner før skat

2022: 14.494,80 kroner før skat

2023: 14.494,80 kroner før skat

2024: 14.494,80 kroner før skat

Ankenævnet for Forsikring

19.

104225

Da du først får dine penge efter en længere sagsbehandling, har du ret til renter af beløbet. Renterne skal indgå i din kapitalindkomst. Det betyder, at du skal oplyse beløbet på din årsopgørelse i rubrik 39. Beløbet er 789,54 kroner."

Nævnet udtaler:

Klageren har en privattegnet pensionsordning med dækning ved et erhvervsevnetab på mindst 2/3. I 2010 var klageren udsat for en trafikulykke, og han lider af piskesmældssyndrom med psykiske og kognitive følger. Han blev sygemeldt i februar 2014 og fratrådte med lønophør den 1/10 2014. Klageren anmeldte i marts 2018, at han havde et erhvervsevnetab. Der forelå blandt andet neurokirurgiske speciallægeerklæringer af 14/5 2012 og 29/12 2014, neuropsykologisk speciallægeerklæring af 18/11 2014 og psykiatrisk speciallægeerklæring af 12/8 2015. Selskabet ønskede, at der blev indhentet en ny speciallægeerklæring, men klageren og selskabet blev ikke enige herom. Den 18/12 2019 afviste selskabet, at klagerens generelle erhvervsevne var nedsat med 2/3, hvilket selskabet fastholdt i breve af 19/8 2020 og 19/1 2021.

Den 11/10 2024 indsendte klageren en ny skadeanmeldelse om erhvervsevnetab. Der er i oktober 2024 udarbejdet en neurokirurgisk og en neuropsykologisk speciallægeerklæring. Den 13/3 2025 anerkendte selskabet, at klagerens generelle erhvervsevne er nedsat med 2/3 på grund af kroniske senfølger efter trafikulykken, og selskabet har tilkendt klageren fuld forsikringsdækning på 1.207,90 kr. om måneden. Selskabet har betalt ydelser og renter pr. 11/10 2021 under henvisning til den 3-årige forældelsesregel. Selskabet har efter klagen til nævnet rykket starttidspunktet for ydelserne til den 8/10 2021, idet klageren og selskabet den 8/10 2024 havde en mailkorrespondance angående genoptagelse af klagerens erhvervsevnetabssag. Klageren ønsker, at selskabet skal betale ydelser 10 år tilbage i tid med renter.

Klageren har anført, at personskader først forældes tidligst efter 10 år, og han henviser til forældelseslovens § 8. Klageren har anført, at selskabet har misligholdt sin erstatningspligt siden 2017-2018. Klagerens andet forsikringsselskab accepterede allerede dengang at yde erhvervsevnetabsdækning, og erhvervsevnetabet var dokumenteret med speciallægeerklæringer. Klageren har anført, at det medicinsk er sjældent, at der sker betydelige forværringer af en piske-

Ankenævnet for Forsikring

20.

104225

smælds-skade efter stationærtidspunktet, og at der ikke er grund til at tro, at der skulle være sket betydelige forværringer fra 1. sæt af speciallægeerklæringer i 2014-2015 til 2. sæt af speciallægeerklæringer i 2024. Der er ikke sket ændringer i indholdet af speciallægeerklæringerne. Når selskabet nu erkender 2/3 erhvervsevnetab, skal selskabet også betale 10 år tilbage i tid. Klageren har anført, at konsekvensen af selskabets misligholdelse er, at selskabet er erstatningsansvarlig for hans fulde tab. Klageren har lavet en foreløbig tabsopgørelse pr. 28/10 2025 angående reparation af jacuzzi til varmebehandling, installation af varmepumper, etablering af skridsikre trappetrin og bil med plads til rollator, i alt 87.500 kr.

Selskabet har anført, at det følger af den 3-årige forældelsesfrist, at klagerens krav på ydelser vedrørende tiden mere end 3 år før hans nye henvendelse til selskabet den 8/10 2024 er forældet. Selskabet vurderede i 2018-2019 klagerens erhvervsevne og fandt, at klageren ikke var berettiget til dækning. Selskabet baserede sin afgørelse på de foreliggende lægelige oplysninger og lagde vægt på, dels at klageren havde arbejdet 3½ år efter ulykken, før han blev sygemeldt umiddelbart efter, at hans nye chef ændrede hans fleksible arbejdsforhold, dels at klagerens erhvervsevne ikke var belyst med arbejdsrettede tiltag efter opsigelsen i 2014. Selskabet har anført, at klageren ikke har påklaget selskabets afgørelse af 19/12 2019 for derved at afbryde forældelsen. Selskabet har anført, at det fremgår af de tidsaktuelle speciallægeerklæringer fra oktober 2024, at klagerens helbred kun delvist kan forklare hans betydeligt nedsatte funktionsniveau, idet sociale faktorer spiller ind. Selskabet har dog foretaget en lempelig bevisvurdering i klagerens favør og har tilkendt dækning. Selskabet har anført, at selskabet har levet op til sine forpligtelser i forsikringsaftalen og de forældelsesretlige regler.

Det fremgår af selskabets brev af 18/12 2019 til klageren, at "Jeg har fået oplysninger fra dig om, at du ikke ønsker at deltage i en ny speciallægeundersøgelse i det du fastholder, at de fremsendte lægelige akter er tilstrækkelig til, at vi kan vurderer din anmeldelse. ... På baggrund af de informationer, som vi har modtaget, har vi bedt vores lægekonsulent vurdere din generelle erhvervsevne. Vores lægekonsulent har vurderet, at din generelle erhvervsevne er nedsat, men ikke til 1/3 del eller mindre. Lægekonsulenten lægger blandt andet vægt på, at der er kroniske nakke/hovedsmerter men uden mistanke om nerverods påvirkning og uden tegn på syg-

dom i det periferende eller centrale nervesystem. Der er ømhed i nakken og nedsat sidebevægelse."

Det fremgår af forældelseslovens § 8, at "En fordring på pension, livrente, aftægtsydelse, underholdsbidrag eller anden lignende ydelse, der forfalder med bestemte mellemrum og ikke er afdrag på en skyldig hovedstol, og som støttes på aftale eller afgørelse, forældes i sin helhed efter 10 år regnet fra den dag, da den sidste ydelse blev betalt, eller, hvis ingen betaling har fundet sted, fra den dag, da den første ydelse kunne kræves betalt, jf. dog § 25, stk. 5. Fordringerne på de enkelte ydelser forældes desuden efter §§ 2 og 3".

Nævnet bemærker, at forældelseslovens § 8 finder anvendelse for erhvervsevnetabsydelser som de omhandlede. Bestemmelsens sidste punktum og forældelseslovens §§ 2 og 3 fører til, at klagerens ydelser forældes enkeltvis 3 år efter, at den pågældende ydelse kunne kræves betalt.

Nævnet bemærker desuden, at den 10-årige frist i forældelseslovens § 8, 1. punktum, angår den situation, hvor fordringshaver først anmelder sit krav mere end 10 år efter, at han var berettiget til første udbetaling. Retsvirkningen af reglen er, at fordringshavers ret til udbetalinger bortfalder i sin helhed. Bestemmelsen er ikke gjort gældende af selskabet og er ikke relevant for afgørelsen.

På den baggrund finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at betale ydelser, der forfaldt før den 8/10 2021, under henvisning til, at klagerens eventuelle krav på disse ydelser er forældet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren kontaktede selskabet den 8/10 2024 for at anmelde erhvervsevnetab. Den 3-årige forældelsesfrist, der følger af forældelseslovens § 8, sidste punktum og §§ 2 og 3, skal derfor regnes bagud fra denne dato.

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet den 19/12 2019 afviste at yde dækning efter klagerens skadeanmeldelse i marts 2018. Dermed begyndte forældelsen af klagerens eventuelle da-

Ankenævnet for Forsikring

22.

104225

værende krav at løbe. Klageren har ikke i forlængelse af selskabets afvisning i 2019 taget retslige skridt til at forfølge sit krav og derved afbryde forældelsen.

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at der er grundlag for at pålægge selskabet på erstatningsretligt grundlag at dække klagerens opgjorte tab angående reparation af jacuzzi til varmebehandling, installation af varmepumper, etablering af skridsikre trappetrin og bil med plads til rollator.

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.



Hans-Jørgen Nymark Beck