779/07

Den 17. september 2007 blev i sag nr. 70.631:

xxx xxxxxxxxx xxxxxxx
xxxxxxxxxxx xxx xxxx
xxxx xxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har haft gruppelivsforsikring i PFA Pension, klager over at selskabet har afvist at bevilge ydelser i forbindelse med tab af erhvervsevne.

Selskabet har vurderet, at klagerens generelle erhvervsevne ikke var nedsat i dækningsberettigende grad, inden forsikringen ophørte med virkning fra 1/7 2004. Subsidiært har selskabet gjort gældende, at kravet er anmeldt for sent.

Det fremgår af sagen, at klageren den 7/9 1994 gennem sit pengeinstitut oprettede en gruppelivsordning, som giver ret til udbetaling af ydelser og fritagelse for præmiebetaling, hvis den generelle erhvervsevne er nedsat med 2/3. Forsikringen giver ret til halve ydelser, hvis erhvervsevnen nedsættes med mindst halvdelen og forsikrede samtidig har et indtægtstab, der svarer til mindst halvdelen.

Ved skrivelse udfyldt og underskrevet den 26/4 2004 opsagde klageren i forbindelse med skifte af bank forsikringen til ophør 1/7 2004. Selskabet bekræftede opsigelsen ved skrivelse af 6/5 2004 til klageren.

Ved skrivelse af 20/3 2006 til selskabet anmodede klageren om udbetaling ved tab af erhvervsevne. I anmeldelsen er oplyst, at klageren den 14/5 2004 skadede sin ryg, og at hun havde fået stillet diagnoserne diskusprolaps og spinal stenose.

I lægeattest dateret 10/4 2006 har klagerens læge oplyst:

> "Fra 17/5-31/5-2004 sygemeldt på fuld tid.
> Fra 1/6-17/11-04 var pt. sygemeldt en stor del af tiden i gn.snit ca. 2 dage om ugen, mange dage måtte pt. gå hjem efter blot et par timers arbejde. Fra 17/11-04 fuldt sygemeldt til afskedigelsen i sept. 2005.
> …
> Patienten har fået pension pga. sine kroniske ryg- og bensmerter. Førtidspensionen er bevilget med virkning fra 01.12.05.
> …
> Kroniske smerter med udstråling ned i specielt ve. ben, men nu også i hø. ben. Smerterne bevirker, at patienten ikke kan køre i bil, ikke kan sidde ned i længere tid af gangen, men må trippe rundt for at holde det ud.
> …
> Patienten er så godt som uarbejdsdygtig også i hjemmet."

I skrivelse af 21/12 2005 til klageren har ledende overlæge på R. hospital J.M. angivet:

> "Jeg har fået svar fra Rygcenteret …, og de mener desværre ikke at kunne tilbyde dig nogen form for behandling.
>
> Mulighederne for at hjælpe dig er således for mit vedkommende udtømte."

Af pensionsafgørelse dateret 6/12 2005 fremgår, at klageren fik bevilget førtidspension med virkning fra 1/12 2005.

Klageren har over for nævnet gjort gældende, at selskabet skal udbetale helbredsbetingede ydelser. Af klageskrivelse dateret 14/11 2006 fremgår:

> "Skaden skete den 14. maj 2004 altså på et tidspunkt, hvor forsikringen stadig var gældende.
> Skaden anmeldte jeg den 20. marts 2006 til PFA Pension.
> …
> PFA Pension henviser i afgørelsen til § 14, stk. 2 hvoraf det fremgår, at et krav der opstår efter forsikringens ophør skal fremsættes inden seks måneder efter det tidspunkt, hvor den forsikrede har fået kundskab om de omstændigheder, der kan begrunde kravet. Dette er også sket, idet jeg først i foråret 2006 blev orienteret om, at mulighederne for helbredelse var udtømte, og at jeg derfor kunne indstilles til smertebehandling på Å. Universitetshospital. Kravet blev anmeldt den 20. marts 2006, altså inden seks måneder efter, at jeg havde fået kundskab om de omstændigheder, der kan begrunde kravet.

Af sagens afgørelse fremgår det, at PFA Pension har vurderet, at jeg senest ved sygemeldingen den 17. november 2004 havde fået kundskab om de omstændigheder, som kunne begrunde kravet på forsikringsydelse.

Hvordan i alverden skulle jeg dog på dette tidlige tidspunkt have fået 'kundskab om de omstændigheder, som kunne begrunde kravet på forsikringsydelse.' Da jeg blev fuldtidssygemeldt den 17. november 2004, kunne jeg ikke i min vildeste fantasi tro, at jeg ikke ville blive rask efter operationen, som jeg var indstillet til. Da jeg på sygemeldingstidspunktet var indstillet til operation, gik jeg selvfølgelig ud fra, at jeg ville blive helt rask igen, hvorefter jeg ville kunne genoptage arbejdet. Der er vel heller ingen ortopæder der giver sig i kast med sådan en operation, hvis ikke der var store chancer for helbredelse. På dette tidspunkt - 17. november 2004 - gik jeg absolut ikke med nogen formodning om, at jeg ikke kunne komme i arbejde igen, og således skulle søge om udbetaling af forsikringen.

Jeg har siden operationen været henvist til flere forskellige specialister, og så længe der stadig var nye undersøgelser stillet i udsigt, anså jeg stadig muligheden for helbredelse, og kunne derfor ikke anmelde skaden. Jeg har gjort alt, hvad der var menneskeligt muligt for at komme i arbejde igen.

I forsikringsaftalelovens § 29 og 30 som er ufravigelige er forældelsesfristen beskrevet. At jeg ikke anmeldte kravet den 17. november 2004 eller umiddelbart efter, fremgår af ovennævnte. Jeg anmeldte kravet den 20. marts 2006, og overholder således 2 års reglen for kravet. At jeg således ikke skulle være dækningsberettiget, har jeg meget svært ved at forstå."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Selskabet har til støtte herfor i skrivelse af 30/11 2006 til nævnet anført:

"• Det er vores principale påstand, at L.M.N. ikke har eller har haft noget krav i henhold til forsikringen, fordi der ikke er sket en forsikringsbegivenhed (nedsættelse af erhvervsevnen til 1/3 eller mindre, henholdsvis til mellem 1/2 og 2/3) i forsikringstiden.

- Subsidiært - hvis Ankenævnet ikke er enigt heri - gøres det gældende, at kravet er fremsat for sent, jf. forsikringsbetingelsernes § 14, stk. 2.

- Tertiært - for det tilfælde, at Ankenævnet mener, at en forsikringsbegivenhed er sket i forsikringstiden, og at kravet er fremsat rettidigt - gør vi gældende, at der i det højeste kan blive tale om tilkendelse af halv ydelse, da forsikringsbegivenheden ved nedsættelse af erhvervsevnen til 1/3 eller mindre, uomtvisteligt først er sket efter forsikringstiden.

…

Vores begrundelse for at fastholde afgørelsen

Vi har vurderet, at forsikredes erhvervsevne ikke har været nedsat med mindst halvdelen før den 17. november 2004, idet forsikrede under den delvise sygemelding har kunnet arbejde i gennemsnit tre dage om ugen. Det er ifølge forsikringsbetingelsernes § 4, stk. 1, en betingelse for dækning, at nedsættelsen af

erhvervsevnen har sin virkning i forsikringstiden. Vi finder således, at der ikke er dækning fra forsikringen, idet der ikke er sket en forsikringsbegivenhed i forsikringstiden.

Vi har endvidere vurderet, at forsikrede senest ved sygemeldingen den 17. november 2004, hvor hun blev fuldt sygemeldt, har fået kundskab om de omstændigheder, som kunne begrunde kravet på forsikringsydelse. Kravet blev anmeldt den 22. marts 2006. Vi har derfor fundet, at krav på udbetaling er bortfaldet, da anmeldelse af kravet er fremsat for sent, jf. forsikringsbetingelsernes § 14, stk. 2.

Dette meddelte vi forsikrede ved brev af den 31. maj 2006, bilag .. Ved brev modtaget den 25. juli 2006 anmodede forsikrede om at vi tog sagen op til fornyet overvejelse, bilag .. Ved brev af den 26. september 2006 til forsikrede, fastholdt vi vores afgørelse, bilag ..

Forsikrede anfører i klagen, at hun først i foråret 2006 blev orienteret om, at mulighederne for helbredelse var udtømte og derfor først i foråret 2006 fik kundskab om de omstændigheder, der kunne begrunde kravet. Det er dog ikke et krav for udbetaling af forsikringsydelse at mulighederne for helbredelse er udtømte. Begrebet generel erhvervsevne er grundlaget for vurdering af, hvorvidt forsikrede er berettiget til forsikringsydelser. Begrebet generel erhvervsevne er behandlet i forsikringsbetingelserne § 5. Vi mener ikke, at den omstændighed, at forsikrede ikke satte sig ind i forsikringsbetingelserne, kan medføre udsættelse med fristen i forsikringsbetingelserne § 14, stk. 2.

Skulle Ankenævnet finde, at en forsikringsbegivenhed er sket i forsikringstiden, og at anmeldelsen er sket rettidigt, finder vi, at der kun kan være tale om udbetaling af halv dækning ved tab af erhvervsevne, idet forsikringsbegivenheden, som kan medføre udbetaling af fuld dækning ved tab af erhvervsevne, først skete den 17. november 2004, hvor forsikrede blev fuldt sygemeldt."

Klageren har her over for i skrivelse af 11/12 2006 til nævnet anført:

"Jeg har modtaget kopi af PFA Pensions udtalelse til klagen og har følgende bemærkninger:

- under 'Hændelsesforløb' skriver PFA at jeg i gennemsnit var syg 2 dage om ugen. PFA begrunder fastholdelsen af afgørelsen med, at jeg således kunne arbejde i 3 dage og at min erhvervsevne ikke har været nedsat med mindst halvdelen før den 17. november 2004. Dette er ikke korrekt, idet jeg arbejdede på nedsat tid, og således kun var på arbejde 4 dage ugentlig. Jeg havde onsdag fri, så jeg kun skulle på arbejde 2 dage ad gangen. På disse fridage var jeg ikke i stand til at foretage mig noget, og måtte derfor ligge hele dagen. Jeg brugte disse onsdage til at 'lade op' så jeg kunne passe mit arbejde så godt som muligt. På mine arbejdsdage måtte jeg ofte tage hjem efter blot et par timers arbejde. Selvom jeg havde mange smerter og var dækket ind med morfin, forsøgte jeg at gøre en ekstra indsats, da jeg var bange for at miste mit arbejde. PFA har vurderet, at min erhvervsevne ikke har været nedsat med mindst halvdelen før den 17. november 2004, dette er ikke korrekt, jeg var i perioden sygemeldt med mere end halvdelen, jf. ovenstående.

- PFA vurderer endvidere, at jeg senest ved sygemeldingen den 17. november 2004, hvor jeg blev fuldt sygemeldt, havde fået kundskab om de omstændigheder, som kunne begrunde kravet på forsikringsydelse. Som jeg tidligere har skrevet, var jeg på dette tidspunkt indstillet til operation, og skulle opereres den 7. januar 2005. Efter operationen forventede jeg naturligvis at kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet. Kravet blev anmeldt straks efter at jeg blev underrettet om, at mulighederne for helbredelse var udtømte. Indtil foråret 2006 gik jeg stadig i den tro, at jeg ville få det bedre."

Selskabet har her over for i skrivelse af 10/1 2007 til nævnet anført:

" Vi mener, at vi må støtte os til de oplysninger, som forsikredes egen læge har afgivet (bilag ..), når vi skal vurdere erhvervsevnen. Lægen forholder sig til og beskriver situationen på en objektiv og professionel måde mens forsikredes oplysninger fremstår udokumenteret og ikke i overensstemmelse med foreliggende sygemeldinger."

Klageren har her over for i skrivelse af 15/1 2007 til nævnet anført:

"- Jeg er fuldstændig uvidende om, hvad det er PFA henviser til, når de skriver at jeg ikke har kunnet dokumentere mine egne oplysninger, og at de ikke er i overensstemmelse med foreliggende sygemeldinger. Jeg har derfor medsendt kopi af lægeerklæring hvoraf fremgår, at jeg fra skadetidspunktet den 14. maj 2004 var sygemeldt ca. halvdelen af tiden indtil jeg den 17. november 2004 måtte sygemeldes på fuld tid. Det vil sige, at jeg i perioden 1. juni til 17. november 2004 var på arbejde i gennemsnit 2 dage pr. uge. Det skal nævnes, at min egen læge i sin tid har indhentet oplysningerne gennem mig og ToldSkat.

- At min læge har skrevet 'fuld tid' betyder for mit vedkommende en ugentlig arbejdstid på 30 timer fordelt på 4 dage, idet jeg i maj måned 2004, på grund af min sygdom kom på deltid. Jeg har vedlagt kopier af mine lønsedler for perioden hvoraf fremgår, at min aflønningsbrøk var på 30/37.

- Min forsikring hos PFA Pension dækkede udbetaling ved tab af erhvervsevne, hvorfor jeg er ganske uforstående overfor PFA Pensions argumentation om, at mine oplysninger ikke er dokumenterede. Sagen er, at jeg på grund af skaden er blevet erklæret uarbejdsdygtig og er blevet tilkendt en offentlig førtidspension, hvilket fremgår af sagens akter, se bilag fra egen læge. Dette kan der vel ikke herske nogen tvivl om."

Selskabet har her over for i skrivelse af 2/2 2007 til nævnet anført:

"Vi mener fortsat, at vi må støtte os til de oplysninger, som forsikredes egen læge har afgivet (bilag ..), når vi skal vurdere erhvervsevnen. Lægen angiver, at forsikrede var sygemeldt i gennemsnit 2 dage om ugen. Vi er opmærksomme på, at sygemeldingen er beskrevet som et gennemsnit. Dette kan altså betyde dage med sygefravær på, mere end halv tid, og dage med sygefravær på mindre end halv tid. Vi mener ikke, at en sygemelding med et fravær som i gennemsnit udgør 2 dage om ugen er svarende til sygemelding på halv tid.

Hvis Ankenævnet finder, at en forsikringsbegivenhed er sket i forsikringstiden, og at kravet er fremsat rettidigt ønsker vi at gøre gældende, at der ikke er ret til udbetaling fra forsikringen, idet forsikrede ikke har et indtægtstab i forbindelse med sygemeldingen fra den 1. juni 2004. Dette fremgår af de lønsedler som forsikrede har fremsendt.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Dækning**
§ 4. Det er en betingelse for dækning, at nedsættelsen af erhvervsevnen har sin virkning i forsikringstiden.
…
Generel erhvervsevnenedsættelse
§ 5 Begrebet generel erhvervsevne er grundlaget for vurdering af, hvorvidt forsikrede er berettiget til forsikringsydelser ved nedsættelse af erhvervsevnen.

Stk. 2. Ved generel erhvervsevne forstås evnen til at arbejde som almindelig fuldtidsbeskæftiget ikke blot i forsikredes nuværende eller tidligere erhverv, men i alle erhverv.

Stk. 3. Ved nedsættelse af den generelle erhvervsevne forstås, at forsikrede alene af helbredsmæssige årsager som følge af sygdom eller ulykkestilfælde ikke længere er i stand til at arbejde som almindelig fuldtidsbeskæftiget, og samtidig har et indtægtstab, der mindst svarer til henholdsvis to trediedele eller halvdelen af indtægten før nedsættelsen af erhvervsevnen."

Nævnet udtaler:

Nævnet må lægge til grund, at klagerens forsikringsdækning bortfaldt, da forsikringen blev opsagt 1/7 2004. En forudsætning for muligheden for at opnå dækning er herefter, at klagerens erhvervsevne kan anses for nedsat med 2/3 inden dette tidspunkt, alternativt at erhvervsevnen er nedsat med mindst halvdelen tillige med at der har været et indtægtstab på mindst halvdelen.

Nævnet lægger til grund, at klageren i tiden indtil 17/11 2004 var ansat til at arbejde 4 dage ugentligt, og at hun var sygemeldt ca. to dage om ugen, hvor til kommer, at hun andre dage måtte gå hjem efter få timers arbejde. Nævnet lægger endvidere til grund, at klageren i denne periode oppebar fuld løn.

Nævnet finder på denne baggrund, at klagerens erhvervsevne ikke kan anses for nedsat med mindst 2/3 før dækningen bortfaldt 1/7 2004. Nævnet finder herefter, at klageren ikke har krav på fulde ydelser. Da klagerens indtægt ikke var nedsat med mindst halvdelen, kan nævnet heller ikke pålægge selskabet at tilkende klageren halve ydelser.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann