828/09

Den 5. oktober 2009 blev i sag nr. 74.769:

xxxxxx xxxxx
xxxxxx xxx xx
xxxx xxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har livsforsikring med erhvervsevnetabsdækning i PFA Pension, klager over selskabets afvisning af at bevillige ydelser under hendes sygemelding i perioden forud for hendes anmeldelse til selskabet.

Klageren har været sygemeldt fra den 10/7 2006, frem til hun begyndte i fleksjob den 1/5 2008. Selskabet har afvist at udbetale ydelser før klagerens anmeldelse til selskabet den 22/4 2008 med henvisning til, at det af forsikringsbetingelserne fremgår, at forsikringen ikke omfatter udbetaling for tiden forud for fremsættelsen af kravet, hvis dette først rejses efter, at der er forløbet et år.

I bilag til klageskemaet har klageren bl.a. anført:

> "Forløbet var som følger:
> Min første sygedag var mandag d. 10. juli 2006, idet jeg i R. i Tyskland, faldt ned ad trappen i vores båd.
>
> Jeg brækkede 3 ribben og var af den overbevisning, at jeg skulle tilbage på mit job på almindelige vilkår, når mine ribben var helet så meget, at jeg kunne fungere.
>
> At det gik helt anderledes, havde jeg ikke drømt om i sommeren 2006. Godt nok var jeg meget stresset og nedkørt, men jeg havde da en forventning om, at jeg efter en sygeperiode med brækkede ribben, havde hvilet så meget ud, at jeg kunne klare mit job igen.

Jeg blev af min arbejdsgiver … Kommune henvist til psykologsamtaler 2 x 5 timer, stadigvæk med det for øje, at jeg skulle tilbage til mit arbejde på almindelige vilkår.

Den 29. marts 2007 udfærdiger min praktiserende læge en statusattest, hvor hun skriver:

PROGNOSE:
Gradvis restituering, forventer at pt. kan vende tilbage til hidtidige arbejdstid på 32 timer pr. uge. Såfremt fortsat god effekt af Antidepressive behandling og samtaleterapi, finder jeg det realistisk, at pt. kan vende tilbage på 32 timer pr. uge inden 31. juli 2007.

Jeg havde i forårsmånederne 2006 kontakt med egen læge og psykolog, som begge gav mig en tro på, at jeg nok skulle blive helt rask igen, så jeg kunne genoptage mit arbejde fuldt ud.

Således gik faktisk hele sommeren 2006, indtil jeg af sagsbehandleren i … Kommune blev foreslået, kontakt til Arbejdsmedicinsk Klinik og senere tilbudt en neuropsykologisk undersøgelse. Først da er det ved at gå op for mig, at jeg måske ikke vil kunne genoptage mit arbejde på normale vilkår.

Neuropsykologundersøgelsen foregik den 24. august 2007, så det var faktisk først i slutningen af august måned 2007/starten af september 2007, at jeg blev klar over, hvordan min situation faktisk så ud.

Jeg er i 2 breve fra PFA af henholdsvis d.26. august 2008 og 24. september 2008 blevet gjort opmærksom på forsikringsbetingelserne.

§ 4, stk. 2
Krav om udbetaling af invalidepension og eller ydelse af præmiefritagelse i tilfælde af invaliditet skal fremsættes inden et år efter det tidspunkt, da forsikringstageren har fået kundskab om de omstændigheder, der begrunder kravet.

Forsikringen omfatter ikke udbetaling for tiden forud for fremsættelsen af kravet, hvis dette rejses efter, at der er forløbet et år.

For at bruge ordlyden i § 4, så fik jeg kundskab om de omstændigheder, der begrunder kravet i august/september 2007, og jeg fik kontakt med PFA i april måned 2008, og således gik der ca. 7 måneder, indtil anmeldelse skete til PFA.

Det siger jo sig selv, at der ikke sker nogen anmeldelse, så længe man er i den tro, at arbejdsforholdet genoptages på normale vilkår.

Yderligere vil jeg påpege, at da det først gik op for mig, at jeg formentlig ikke kunne genoptage mit arbejde på normale vilkår, brød min verden sammen. Jeg havde slet ikke forestillet mig, at jeg skulle komme i en sådan situation. Og når man er så ked af det og har yderst vanskeligt ved at fungere nogenlunde i en normal hverdag, så er det ikke lige anmeldelse til PFA, man fokuserer mest på.

Jeg mener derfor, at jeg opfylder betingelserne for anmeldelse indenfor 1 år efter det tidspunkt, hvor jeg som forsikringstager fik kundskab om de omstændigheder, som min situation var og er."

Selskabet har hertil ved skrivelse af 22/10 2008 til nævnet bl.a. bemærket:

"**Begrundelse for at fastholde beslutningen**
Forsikringsbegivenheden er indtruffet den 1. juli 2006, og vi vurderer, at hendes erhvervsevne og indtjeningsevne er nedsat i dækningsberettiget grad i hele perioden … frem til hun starter i fleksjob den 1. maj 2008 (bilag ..), hvor indtjeningen ikke længere er nedsat i dækningsberettiget grad, jf. forsikringsbetingelserne - (bilag ..) afsnit C, § 1, stk. 6.

PFA Pension finder ikke, at der er særlige omstændigheder, som kunne tale for at vi bortser fra fristreglerne for fremsættelse af krav i forsikringsbetingelserne (bilag ..) afsnit C, § 4, stk. 2. [Klageren] har været i stand til at udfylde omfangsrigt ressource profil den 15. april 2007, og hun har suppleret/kommenteret ressourceprofilen den 17. oktober 2007 (bilag ..). Hun har endvidere anmeldt og besvaret spørgeskema til arbejdsskadestyrelsen i juli 2007, ingen dato på bilag fra forsikrede (bilag ..).

Endvidere skriver egen læge i lægeerklæring fra den 15. september 2006 (bilag ..), at hun er 3/4 delvis uarbejdsdygtig, realistisk at hun kan arbejde på nedsat tid, svarende til halv tid. Hun har været delvis raskmeldt fra den 4. september 2006 - 9. oktober 2006 og igen fra den 26. februar 2007 - 10. september 2007, hvor hun i sidstnævnte periode har haft overskud til at udfylde ressourceprofil og anmelde skaden til arbejdsskadestyrelsen i juli 2007.

PFA Pension vurderer derfor, at [klageren] har haft overskud til også at fremsætte sit krav over for PFA Pension indenfor fristen på 1 år. Det skal endvidere påpeges, at hun i første omgang fortæller, at hun indsender anmeldelsesblanketten (bilag ..) for sent, da hun troede vi først kunne afgøre sagen omkring invalidepension, når fleksjobsagen var afsluttet i kommunen (bilag ..).

Konklusion
PFA Pension fastholder, at vi først kan tilkende invalidepension fra det tidspunkt, hvor vi modtager anmeldelsesblanketten (bilag ..), idet fristen på 1 år for fremsættelse af krav er overskredet.

Vi er desuden af den opfattelse, at hendes sygdom ikke har været af en sådan art eller intensitet, at den har hindret hende i rettidigt at fremsætte sit krav i anledning af skaden."

Ved skrivelse af 10/11 2008 til nævnet har klageren hertil bl.a. anført:

"Da jeg som sagsbehandler, gennem mange år i sygedagpengesager og kontanthjælpssager i kommunen, har besvaret adskillige henvendelser fra forsikringsselskaber, har jeg ikke oplevet forsikringsselskaberne træffe deres afgørelser, før der er tilsendt kopi af kommunens afgørelser tillige med kopi af lægelige oplysninger, hvorvidt der er tale om erhvervsevnetab eller ej.

PFA anmodede om at få kopi af hele sagen (også beslutningerne fra … Kommune), og det bekræfter mig således i, at PFA skulle gennemgå hele sagens akter, før berettigelse til invalidepension fra PFA kunne vurderes.
…
Ved faldet brækkede jeg 3 ribben. Brækkede ribben heles igen og jeg havde derfor en forventning om, at jeg skulle på arbejde igen på almindelige vilkår efter nogle ugers forløb.

Jeg havde overhovedet ikke nogen mistanke om, at jeg ikke ville blive klar til at starte arbejde igen på almindelige vilkår.

Jeg er derfor uenig i at forsikringsbegivenheden indtraf d. 1. juli 2006. Jeg mener derimod at forsikringsbegivenheden indtraf på det tidspunkt, hvor jeg måtte erkende (hvad enten jeg ville eller ej) at jeg ikke mere kommer til at magte et job på almindelige vilkår altså august/september 2007. Og fuldstændig som ordlyden i § 4, stk. 2, tidspunktet, hvor forsikringstageren får kundskab om omstændighederne, der begrunder kravet.
…
Jeg mener ikke der er grund til at bortse fra fristreglerne, fordi forsikringsbegivenheden efter min overbevisning indtraf i august/september 2007. Men hvis der ikke kan ændres ved at forsikringsbegivenheden indtraf d. 1. juli 2006, så mener jeg helt klart, at der i mit tilfælde er særlige omstændigheder, som taler for at bortse fra fristreglerne.

Jeg har som sagsbehandler i kommunen udfærdiget utallige ressourceprofiler desuden har jeg jo kendskab til sagsbehandlingstiden i kommunerne og kunne være nervøs for at man ville trække ud, hvilket jeg ikke ønskede at blive udsat for.

Da jeg i april 2007 udarbejdede min egen ressourceprofil, håbede jeg på at den ikke skulle anvendes, men jeg vidste også, at der ikke kunne foretages videre sagsbehandling i min sag i … kommune, hvis ikke der forelå en ressourceprofil i min sag.

Som det fremgår af ressourceprofilen, så var mit energiniveau meget meget lavt. Jeg udrettede de ting, som jeg absolut var nødt til, f.eks. udarbejdelse af ressourceprofil og besvarelse af spørgeskema til Arbejdsskadestyrelsen (med hjælp fra min ægtefælle).

Jeg mener, at resultatet af den neuropsykologiske undersøgelse begrunder, hvorfor jeg ikke selv formåede også at tænke på kontakt til PFA (som også min mand oplyser i brevet af 5/9 08) Jeg bliver stadig meget træt meget hurtigt, når jeg skal koncentrere mig. Det er komplet umuligt for mig at overkomme alt, hvad jeg gerne selv vil. Jeg oplever ustandselig, at jeg glemmer, at jeg slet ikke har tænkt nødvendige tanker, som var helt naturlige for mig før i tiden.
Min funktionsevne var og er hæmmet væsentligt.

Hvis jeg havde fejlet noget fysisk, så jeg psykologisk og tankemæssigt fungerede uforandret, ville jeg ikke kunne pege på særlige omstændigheder, som taler for at bortse fra fristreglerne.

I første afsnit på side 3 skriver H.L. [selskabet] som følger:
Endvidere skriver egen læge i lægeerklæring fra den 15. september 2006 (bilag ..), at hun er delvis uarbejdsdygtig, realistisk at hun kan arbejde på nedsat tid, svarende til halv tid. Hun har været delvis raskmeldt fra d. 4. sept. 06 - 9. okt. 06 og igen fra d. 26. februar 07 - 10. sept. 07, hvor hun i sidstnævnte periode har haft overskud til at udfylde ressourceprofil og anmelde skaden til Arbejdsskadestyrelsen i juli 2007.

Som jeg utallige gange har beskrevet, så var jeg frem til august 2007 af den tro, at jeg ville blive rask og vende tilbage til mit arbejde på almindelige vilkår.

Derfor er det jo helt naturligt, at min læge udfærdiger en lægeerklæring, hvor jeg 'presses' tilbage og realistisk med halv tid. Jeg ville gerne selv tilbage til arbejdet, men kunne ikke i det omfang, jeg selv forventede.

Det handler ikke om at jeg havde overskud til at udfylde ressourceprofil og anmelde skade til Arbejdsskadestyrelsen. Det var en nødvendighed for at der kunne arbejdes videre med min sag i kommunen med hensyn til profilen. Anmeldelsen skete til Arbejdsskadestyrelsen fra

Arbejdsmedicinsk Klinik og ikke fra mig. Spørgeskemaet fra Arbejdsskadestyrelsen udfyldte jeg i samarbejde med min mand, hvilket jo også var en nødvendighed."

Ved skrivelse af 6/3 2009 har nævnets sekretariat udbedt sig selskabets kommentarer til, hvordan forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, efter selskabets opfattelse skal læses i sammenhæng med bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes § 4, stk. 2.

Selskabet har i skrivelse af 24/3 2009 til nævnet hertil anført:

"**Hvad er der rent faktisk sket?**
Præmiebetaling ophørte den 1. april 2008. I den anledning sendte vi i overensstemmelse med vores praksis et brev til forsikrede dateret april 2008 (bilag ..).

I brevet oplyste vi, at forsikringsdækningerne uanset den manglende præmiebetaling opretholdes i tre måneder dvs. til den 1/7 2008. Herefter vil policen, hvis ikke anden aftale forinden bliver indgået, blive ændret til en fripolice. Betydningen af dette begreb forklares.

Endelig forklares de tre muligheder, som forsikrede har som alternativ til omskrivningen af policen til fripolice:

1. Videreførelse i nyt ansættelsesforhold eller privat
2. Fortsættelse i en periode uden præmiebetaling (henstand)
3. Overførelse af ordningen til anden pensionsleverandør

Denne tre måneders henstand er ikke nogen ny aftale, men er blot administration af den indgåede aftale, hvor fremgangsmåden er foreskrevet i forsikringsbetingelsernes afsnit B, § 3, stk. 1. I den periode på tre måneder, som fulgte efter at præmiebetalingen var stoppet, var forsikringen således i kraft fuldt ud, og uden at der var aftalt ændringer.

I denne periode modtog vi den 22/4 2008 anmeldelse af invaliditet, og i denne periode fik forsikrede ansættelse i fleksjob.

Der er således ikke tale om, at klageren efter den 31/12 2007 var overgået til selvbetaling eller henstand efter afskedigelse før tidspunktet for anmeldelsens modtagelse.

Redegørelse for forholdet til den ændrede FAL § 29, stk. 6
Ifølge den ændrede regel i FAL § 29, stk. 6, kan reglerne i § 29, stk. 1-5, ikke ved forudgående aftale fraviges til skade for forsikringstageren, når der er tale om en forbrugerforsikring.

Ifølge ikrafttrædelsesbestemmelsen i lov nr. 523 af 6/6 2007 § 48, stk. 5, finder den ændrede regel i FAL § 29, stk. 6, alene anvendelse på aftaler, der indgås eller forlænges efter lovens ikrafttræden.

Det ligger fast, at en regel som den, der er indeholdt i forsikringsbetingelsernes afsnit C, § 2, stk. 4, ikke kan forenes med den ændrede regel i FAL § 29, stk. 6, hvis aftalen angår en forbrugerforsikring, og hvis aftalen er indgået eller forlænget efter lovens ikrafttræden den 1. januar 2008.

Den nye regel i FAL § 29, stk. 6, kan imidlertid ikke anvendes på den foreliggende forsikring, allerede fordi forsikringen ikke er en forbrugerforsikring, jf. den ændrede regel i FAL § 29,

stk. 6. Forsikringen er en obligatorisk forsikring i ansættelsesforhold, som iflg. Østre Landsrets dom af 10/6 2008 (24. afd., sag B-1814-06) ikke er en forbrugerforsikring. Landsretten fastslog i dommen bl.a., at de vejledende retningslinjer for accept ved ændring af forbrugerforsikring ikke finder anvendelse, hvor der er tale om en pensionsordning, der er tegnet som led i ansættelsesforhold og ikke senere er overgået til en individuel forsikringsordning.

Den nye regel i FAL § 29, stk. 6, finder heller ikke anvendelse, fordi der på anmeldelsestidspunktet ikke foreligger nogen ny aftale, som er indgået efter lovens ikrafttræden den 1/1 2008, jf. lov nr. 523 af 6/6 2007 § 48, stk. 5. Det var blot den eksisterende aftale, som fortsat blev administreret efter sit indhold.

Der er endvidere tale om et vedvarende livsforsikringsforhold - og ikke om en skadeforsikring, som fornys en gang årligt. Der er derfor heller ikke tale om, at forsikringen er blevet forlænget efter lovens ikrafttræden, jf. lov nr. 523 af 6/6 2007 § 48, stk. 5.

Konklusion
Vi må således fastholde, at bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes afsnit C, § 2, stk. 4, er gyldigt vedtaget efter de regler, der var gældende på tidspunktet for aftalens indgåelse, jf. den dagældende regel i FAL § 30, stk. 2.

Det gøres i overensstemmelse med de foran anførte tre grunde yderligere gældende, at bestemmelsen ikke er i strid med den ændrede regel i FAL § 29, stk. 6, jf. lov nr. 523 af 6/6 2007 § 48, stk. 5.

Det er herefter PFA Pensions opfattelse, at bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes afsnit C, § 2, stk. 4, er gældende ved anmeldelsen, og at der derfor ikke bør gives klageren medhold i den indgivne klage."

I forsikringsbetingelserne hedder det bl.a.:

"**C Betingelser for invalideydelse og præmiefritagelse**
§ 1. …
…
Stk. 6. Forsikrede har ikke ret til fuld eller halv invalidepension og/eller præmiefritagelse under revalidering eller ansættelse i en stilling, der finansieres helt eller delvist af det offentlige som følge af nedsat erhvervsevne, medmindre den generelle erhvervsevne er nedsat til henholdsvis en tredjedel eller halvdelen af den fulde erhvervsevne, og forsikredes indtjening (summen af arbejdsindtægt og eventuelle sociale og andre offentlige ydelser og tilskud) er nedsat til henholdsvis en tredjedel eller halvdelen af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder.
…
§ 4. Ikrafttræden og ophør af invalidepension og/eller præmiefritagelse
Udbetaling af invalidepension og/eller ydelse af præmiefritagelse træder i kraft den dag, nedsættelsen af erhvervsevnen har varet uafbrudt i tre måneder. Præmiebetalingen ophører efter bestemmelserne i § 2 i 'Betingelser vedrørende præmiebetalingen'.

Stk. 2. Krav om udbetaling af invalidepension og/eller ydelse af præmiefritagelse i tilfælde af invaliditet skal fremsættes inden et år efter det tidspunkt, da forsikringstageren har fået kundskab om de omstændigheder, der begrunder kravet. Forsikringen omfatter ikke udbetaling for tiden forud for fremsættelse af kravet, hvis dette først rejses efter, at der er forløbet et år."

Nævnet udtaler:

I henhold til forsikringsbetingelserne omfatter forsikringen ikke udbetaling af ydelser for tiden forud for fremsættelsen af kravet, såfremt kravet rejses mere end et år efter, at klageren har fået kundskab om de omstændigheder, der begrundede kravet. Da forsikringen var indgået før ikrafttrædelsen af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, pr. 1/1 2008, og i perioden fra den 1/1 2008 og frem til arbejdsgiverens ophør af præmiebetaling pr. 1/4 2008 ikke var forlænget, finder nævnet, at selskabet lovligt har kunnet påberåbe sig bestemmelsen i dette tidsrum.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren havde kendskab til de omstændigheder, der begrundede kravet mod selskabet. At klageren indledningsvis forventede, at hun ville blive helt rask, kan efter nævnets vurdering ikke medføre et andet resultat.

På denne baggrund finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet har afvist at yde helbredsbetingede ydelser.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand