869/11

Den 30. maj 2011 blev i sag nr. 78.506:

xxxxxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xx xxxxx
xxxx xxxxxxxxx x

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har tegnet en livsforsikring i Danica Pension i form af en gruppeinvaliderente. Hun klager over, at selskabet ikke anser hendes erhvervsevne for nedsat med mindst 2/3.

Selskabet har anerkendt at klagerens generelle erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen, men ikke med mindst 2/3.

Forsikringen giver ret til præmiefritagelse og udbetaling ved tab af erhvervsevne, hvis den forsikredes erhvervsevne som følge af sygdom eller ulykke bliver nedsat til 1/3 eller mindre af den fulde erhvervsevne. Er erhvervsevnen nedsat til mellem halvdelen og 1/3, giver forsikringen ret til halv udbetaling ved tab af erhvervsevne. Der er en karensperiode på 3 måneder.

Selskabet oplyser, at klageren, der er født i 1964, i november 2003 anmeldte, at hun havde været sygemeldt siden 30/9 2002 på grund af følger efter en piskesmældsulykke på sit arbejde som vikar i en fritidsklub.

Selskabet bevilgede klageren midlertidig præmiefritagelse og udbetalinger i perioderne fra 1/1 2003 til 22/6 2003 og igen fra 10/9 2003 til 1/2 2004. Sidste bevilling forlængede selskabet til den 1/2 2006.

Klageren henvendte sig den 9/1 2006 på ny til selskabet, da hun var blevet indlagt den 24/12 2005 på grund af akutte nyreproblemer. Klageren blev herefter bevilget præmiefritagelse og udbetalinger fra den 24/3 2006. Da selskabet ikke vurderede, at klagerens generelle erhvervsevne var nedsat i dækningsberettigende grad, stoppede selskabet fritagelse for indbetaling og udbetalinger den 1/12 2007.

Klageren var ikke tilfreds med afgørelsen og klagede over den. På baggrund af nye lægelige oplysninger revurderede selskabet afgørelsen og meddelte ved brev af 19/11 2008, at hun havde ret til halv udbetaling ved tab af erhvervsevne fra den 1/12 2007 og længst til 1/1 2025.

Selskabet vurderede afgørelsen på baggrund af diverse lægelige og kommunale oplysninger, som selskabet løbende modtog i forbindelse med sagens behandling. En række af oplysningerne er gengivet nedenfor.

Af urologisk speciallægeerklæring modtaget af selskabet den 12/12 2006 fremgår bl.a.:

> "**Konklusion :**
> Der er intet ved den kliniske undersøgelse der tilsiger, at [klager] rent fysisk skulle have et skåne behov efter den foretagne nyreoperation. Stort set
> Alle klager og symptomer kan efter mit skøn føres tilbage til ulykkestilfældet i 2002, hvor [klager] fik en piskesmældslæsion.
> Videre synes der at være en særdeles udtalt neurotisk overbygning, der af patienten selv gentagne gange henføres til traumatiske forhold i barndommen og andre familiære forhold. Bør vurderes af psykiater.
>
> Efter min vurdering er der ingen umiddelbar udsigt til forbedring af [klagers] tilstand, da denne ikke har noget påviseligt fysisk grundlag. En forværring kan ikke udelukkes, da [klager] selv opfatter sig som mistolket og fejlbehandlet."

Af psykiatrisk speciallægeerklæring dateret den 3/2 2007 fremgår bl.a.:

> "Konklusion:
> Jeg er ikke i tvivl om, at pt har en hjerneskade af en slags. Muligvis er hun neurologisk intakt, men pts meget skiftende humør, hendes skiftende dårlige koncentration og hukommelse og hendes lidt grænseoverskridende væremåde tyder på en let frontal hjerneskade. Jeg mener

slet ikke, at pt er blevet ordentlig udredt efter hovedtraumet. Der bør foretages en MR-scanning af hjernen og muligvis af hendes halsrygsøjle (for at se om der er et lille brud). Det kan ikke udelukkes, at der skal laves en SPECT-scanning af hjernen for at afsløre en funktionsdeficit.
På pts historie, kunne det tænkes, at pt siden barndommen har været lidt psykisk skrøbelig, idet hun har søgt hjælp flere gange, men det har så ikke resulteret i noget særligt. Man har ikke fundet noget unormalt.
…

Vurdering / endelig konklusion:
Jeg mener ikke, at pt er blevet ordentlig udredt efter ulykken. Dette bør ske. Ligeledes bør pt testes for sin dårlige koncentration hos en psykolog. Umiddelbart virker koncentrationen ikke god.

Medicinsk behandlingsplan:
MR-scanning af hjernen, evt en SPECT-scanning.

Arbejdsevnen:
Det pt kan præstere er kun almindelig rutinearbejde. Hendes kreative evner er blegnet noget. Hendes gode intellektuelle evner tror jeg er væk. Pt kan nok ikke tåle 8 timers arbejde, idet hun trættes utrolig hurtigt bare efter et par timer. Hendes hjerne fungerer ikke optimalt. Hun bruger masser af kræfter på ingenting - rent tankemæssigt.

1) Pt bør fritages for arbejde der kræver koncentration og organisering. Hun mangler overblik.
2) Pts opfattelse af skånebehovet er relevant. Jeg vil faktisk sige, at pt tror hun kan mere end hun egentlig kan præstere. Pt mangler realitetssans.
3) Det er ikke min erfaring, at pt vil blive væsentlig bedre end det hun præsterer i øjeblikket. Det er 5 år siden hovedtraumet er sket, og tilstanden er stadig kritisk.

Stationær tilstand:
Ja, det mener jeg. Jeg tror ikke på, at pt bliver ret meget bedre end det hun præsterer nu.

Yderligere undersøgelser:
Ja, se ovenfor. Bør desuden undersøges for den lille tumor (7 mm stor) på højre nyre. Der er et par familiemedlemmer der har haft malign melanom.

Prognose:
Rimelig god, hvis man ser på livskvaliteten. Men pt vil ikke kunne vende tilbage til sine tidligere arbejdsområder.

1) Diagnose:
F 06.33 Organisk affektiv sindslidelse, blandingstilstand (skiftende humør pga organisk skade)
F 07.2 Posttraumatisk hjernesyndrom (psykiske forstyrrelser efter hjerneskade)"

I psykiatrisk speciallægeerklæring af 6/12 2007 hedder det endvidere:

"**Konklusion:**
43-årig arkitekt med en i det væsentlige god barndom og opvækst.
Undersøgte har altid været aktiv, udadvendt og haft gang i mange aktiviteter på samme tid. Efter afsluttede skolegang interesseret og søgende i forhold til erhverv.

Fra 1987 til 1998 gået på …skolen men har haft en række andre aktiviteter - herunder orlov samt taget journalisttillægsuddannelse - før hun gjorde sin uddannelse færdig i 1998. Herefter haft forskellige korterevarende jobs frem til 2002, hvor hun pådrager sig et hovedtraume efter at være blevet ramt af bådponton. Hun udvikler efterfølgende en række somatiske symptomer, som i det væsentlige har persisteret indtil nu. Igennem de seneste 4 år har de i det væsentlige været stabile. Endvidere har hun været igennem et meget belastende sygdomsforløb fra slutningen af 2005 som følge af nyretumor, og hvor der angiveligt er en fortsat uafklaret nefrologisk problematik.
I patologisk henseende er der tale om en ganske kompleks tilstand. Habituelt skønnes undersøgte velbegavet og med en række ikke altid lige målrettede aktiviteter, der har medført, at hun ikke har haft et helt stringent uddannelses- og erhvervsforløb. Dette skønnes dog på ingen vis patologisk.
I forbindelse med hovedtraumet i 2002 kan det diskuteres, om hun pådrager sig et postcommotionelt syndrom eller et whiplash-syndrom. Forskellige neurologiske undersøgelser har ikke kunnet påvise markante kognitive deficit, men det er dog indtrykket, at hun fra dette tidspunkt dekompenserer og udvikler en række funktionshæmmende symptomer i form af især træthed, øget trætbarhed, afbrudt nattesøvn, koncentrations- og hukommelsesproblemer samt manglende overblik.
I psykiatrisk henseende fremtræder hun uden tegn på sværere psykiatrisk lidelse som psykose, psykosenær lidelse, depression, angstlidelse, posttraumatisk belastningsreaktion eller somatiseringstilstand. Med hensyn til sidstnævnte diagnose er der intet, der tyder på, at undersøgte har denne diagnose på trods af, at der i sagen angives diskrepans mellem objektive fund og klager samt funktionstab.
Derudover må det bedømmes, at undersøgte har en uspecifik belastningsreaktion som følge af hovedtraumet, den alvorlige somatiske lidelse og det noget langvarige og komplicerede erhvervsafklaringsforløb.
Hvad end baggrunden er for undersøgtes klager og deficit, forefalder de reelle og i høj grad funktionshindrende.
Med tanke på tilstandens kompleksitet og varighed må den dog nu bedømmes som kronisk og uden udsigt til bedring. Der kan ikke peges på nogen form for psykiatrisk eller for den sags skyld somatisk behandling, som vil kunne ændre på dette. Der skønnes at være behov for ganske markante skånehensyn, hvis undersøgte skal bibeholde en vis kontakt med arbejdsmarkedet."

Speciallæge i reumatologi har i erklæring af 2/1 2008 bl.a. noteret:

"**Konklusion**
Det drejer sig om en i det tidligere i det væsentligste rask kvinde, hvis nuværende funktionsbegrænsninger debuterede efter hovedtraume i 2002. Hendes begrænsninger ligger i manglende koncentrationsevne, flagrende tankegang og trætbarhed. Hun har gennemgået en arbejdsprøvning hvor man fandt at hun havde en arbejdsevne svt. ca. 15 timer ugtl.
Tilstanden er varig. Jeg har ikke forslag til yderligere behandlingstiltag. Jeg vil betragte hendes erhvervsevne som nedsat i ethvert erhverv."

På foranledning af selskabet har speciallæge i intern medicin og endokrinologi i erklæring af 16/12 2009 bl.a. anført:

"**1.**
Den kliniske undersøgelse Diagnoser på dansk og latin
Har haft forhøjet stofskifte i juli 2009 (og dokumenteret i november 2005)

Der findes ved den objektive undersøgelse dd intet abnormt fysisk, men der er ikke lavet nogen specifik otoneurologisk undersøgelse.
Der har siden september ikke været for højt stofskifte bedømt ved normal biokemi. Hendes symptomer har været aftagende. Samtalen dd bekræfter at [klager] helt som ved adskillige tidligere undersøgelser er meget velorienteret i egne data og situation men det kræver indgreb når koncentrationen svigter og hun kører ud ad en tanke-tråd.
Hun har fået konstateret anti TPO antistoffer ved vores undersøgelse som tegn på Hashimoto thyreoidit (autoimmun skjoldbruskkirtel betændelse). Det korte forløb med normalisering af højt stofskifte kan ses ved denne tilstand (kaldet Hashi toxikose). I hendes alder ville det almindeligvis være TSH receptor antistoffer man ville finde som årsag til højt stofskifte, såkaldt Graves sygdom (diffus optagelse med højt stofskifte) men hun havde ikke de antistoffer.

2.
et evt. skånebehov og hvilke funktioner som forsikrede bør fritages for ud fra en lægelig vurdering
Jeg mener, som de tidligere undersøgere, at man i tilbud til [klager] bør tage hensyn til at hun har problemer med fokusering, koncentration og tendens til at være hyperaktiv og deraf hurtig udtrætbar. Det gælder både når hun har højt stofskifte og når hendes stofskifte som nu er i stabilt normalt leje.

3.
Om der er en sammenhæng mellem den forsikredes opfattelse af skånebehovet og den kliniske undersøgelse. Der ønskes en uddybende begrundelse
Hendes klager er de samme som de har været i samtlige undersøgelser de sidste 4-6 år. Hurtig udtrætning, svært ved at koncentrere sig, svært ved at holde fokus, dårlig indlæring. Hun kaster sig ud i tingene med knald på, men mærker pludselig tankeflugt.

Hun var da vi fik hende i behandling svært toxisk og hurtigkørende, med forværring af disse symptomer. Har fået det langt bedre og har været biokemisk normal siden september efter et kort medicinsk behandlings forløb Men de tidligere påviste gener med koncentrations besvær og udtrætning er uændrede.

Det er naturligt med et forløb under og efter højt stofskifte hvor man er fysisk og psykisk træt har koncentrationsbesvær og ændret psyke. [Klager] har nu været i biokemisk stabil fase så længe at hun må formodes at være i habituel tilstand. Nogen får vedvarende diffuse psykiske gener efter højt stofskifte og dette kan også være koncentrationsbesvær. Dette vil kunne identificeres ved kognitive tests.

Hun har tidligere været undersøgt både med dokumenteret højt stofskifte (af neurolog og neuropsykolog) og i en fase uden højt stofskifte (psykiater), hvor fundet var koncentrations besvær, tankeflugt og problemer med fokusering.

Jeg synes min undersøgelse i dag bekræfter at dette er tilfældet.

4.
Om der er udsigt til forbedring/forværring af den aktuelle helbredstilstand. Skøn over tidshorisont.
Om hun før 2005 har haft høj stofskifte som har medvirket til at udvikle disse gener vil være rent gætteri, men afvises kan det jo heller ikke i betragtning af det usædvanlige forløb nu fra højt til normalt stofskifte indenfor 3-4 måneder. Højt stofskifte kan føre til sådanne gener ubehandlet og nogen patienter får rest gener også når stofskiftet normaliseres. Det er derfor nær-

liggende at overveje om hun også tidligere end 2005 kan have haft forbigående højt stofskifte.

Ligegyldig om årsagen er de beskrevne traumer fysisk (gummibåd) og psykisk (operation, fars og kærestes dødsfald) eller det høje stofskifte i perioder så synes generne at være vedvarende, som konkluderet i de fleste tidligere undersøgelser.

Forløbet med stofskiftet fremadrettet vil være en risiko for både for lavt stofskifte og evt igen stigende som beskrevet overfor. Det kan man holde øje med ved regelmæssige thyr prøver og det vil ikke være noget problem at behandle relevant .

Men det ændrer nok ikke ved konklusionen om at der er et permanent skånebehov som bør accepteres for at få [klager] i en eller anden permanent arbejdssituation igen."

Klagerens neuropsykolog har gennemset og tilrettet et dokument med oversigter over klagerens sygdomsforløb og sagsbehandling udfærdiget af klageren selv. Neuropsykologen har haft følgende kommentarer til dokumentet:

"Jeg har haft kontakt med hende siden 2004, og i denne periode har [klager] på trods af de mange sygdomsforløb, bekymringer omkring arvelige sygdomme og tilknytningen til arbejdsmarkedet altid formået at opretholde en positiv udstråling og kampgejst.
Siden ulykken 2002 har hun haft markante vanskeligheder med overblik og struktur, været tangentielt og springende i sin tankegang og haft svært ved at sortere i relevant og irrelevant information. Da hun før ulykken var i stand til at gennemføre en akademisk uddannelse og været koordinator på større projekter kan dette ikke være et personlighedstræk, men må tilskrives hovedtraumet.
I skrivende stund er [klagers] kognitive vanskeligheder mere prominente end nogensinde før. Dette vurderer jeg er en følge af det langvarige, stressende og frustrerende forløb, den mangelfulde sagsbehandling, og de fysiske eftervirkninger efter stofskiftesygdommen. [Klager] fremviser nu alle tegn på at have kronisk belastningssyndrom.
Jeg mener ikke længere det er realistisk at hun vil kunne klare et fleksjob, da hun nu er i en tilstand hvor hendes reserver er opbrugt, hendes omstillingsevne lig nul og udmattelsen (fysisk såvel som psykisk) er invaliderende.
[Klagers] oprindelige dokument, før redigering, er et godt eksempel på hendes manglende evne til at fastholde et fokus, overskue og fremlægge en problemstilling relevant og præcist. Jeg har skåret 13 sider ned til 4.
Det er i denne ustrukturerede og forvirrede mentale tilstand [klager] forsøger at fungere i dagligdagen. Det eneste positive tiltag hun har oplevet i de seneste år har været tildelingen af en støtte-kontaktperson, der kan hjælpe hende med at navigere i kaos.

Helt personligt mener jeg det er en skændsel at [klager] ikke blev tilkendt et fleksjob, da hun endnu magtede at klare et sådant. Denne sag kunne have haft et andet udfald, og [klager] et bedre liv."

Af den generelle helbredsattest af 1/7 2010 udarbejdet til brug for kommunens sagsbehandling fremgår bl.a.:

"**2. Objektiv undersøgelse, især med henblik på de aktuelle helbredsklager**
Sundt naturligt udseende. Kan ved samtale virke meget kaotisk med springende tankegang og vanskelighed ved at holde sig til et emne. Velbegavet

BT: 120/80 Øjne i.a - ømhed i skulder/nakkeregion - nat. bevægelse af col. cervikal
…
4. Behandlingsmuligheder
Nyrelidelsen følges på RH
Stofskifte følges på medicinsk afd BBH
Hendes seqv. efter hovedtraumet er behandlet i årevis uden ændring af tilstandene sidste år

Går til regelmæssige kontroller hos psykiater … men vil måske have gavn af hyppige kontroller/samtaler + evt. støtteperson

5. Beskrivelse af funktionsevnen
Som anført udtrættes hun hurtigt og pludseligt - hun kan ikke holde styr på sin egen lejlighed og er præget af og til tider en kaotisk tankegang -
mener ikke hun på nuværende tidspunkt ville være i stand til at passe/klare et job.

6. Prognose
Her medtages såvel de helbredsmæssige udsigter som den forventede udvikling i patientens funktionsduelighed.
Tvivlsom p.g.a. en meget sprød psyke."

Kommunens lægekonsulent har den 21/7 2010 skønnet:

"Det er stadigt vanskeligt at forstå, hvorfor kl. ikke skulle kunne bestride en rutinepræget beskæftigelse under rolige forhold. Hvad der skal ske under de skitserede omstændigheder må bero på en socialfaglig helhedsvurdering."

På baggrund af de lægelige og kommunale oplysninger vurderede selskabet herefter, at klagerens erhvervsevne var nedsat med halvdelen, men ikke med 2/3.

Klageren var utilfreds med selskabets afgørelse og har ved sin advokat flere gange klaget over afgørelsen. Klagerne har ikke givet selskabet anledning til at ændre afgørelsen, hvorefter klageren ved brev af 4/6 2010 har indbragt sagen for Ankenævnet for Forsikring med påstand om fuld præmiefritagelse og fuld udbetaling med tilbagevirkende kraft.

Selskabet har i svarbrev af 17/9 2010 til nævnet anført:

"**Danica Pensions afgørelse**
Til klagen skal vi anføre, at vi fastholder den trufne afgørelse.

I perioden fra første sygedag i september 2002 til den 1. december 2007 har vi vurderet [klagers] erhvervsevne efter reglerne om midlertidig tab af erhvervsevne.

Danica Pensions medicinske lægekonsulent har vurderet oplysningerne om [klagers] nyrelidelse beskrevet i den urologiske speciallægeerklæring fra november 2006 (bilag …), hvor det

fremgår, at nyrelidelsen ikke medfører et skånebehov og dermed påvirker [klagers] erhvervsevne.

I marts 2008 modtager vi kopi af to speciallægeerklæringer fra henholdsvis psykiater og reumatolog (bilagene …) fra [klager], og vi indhenter selv en supplerende neuropsykologisk undersøgelse (bilag …).
På baggrund af oplysningerne vurderer Danica Pensions to lægekonsulenter med speciale i neurologi og lægekonsulent med speciale i psykiatri, at helbredstilstanden er stationær. Vi skal derfor vurdere [klagers] erhvervsevne efter reglerne om længerevarende tab af erhvervsevne, og vurderingen er derfor ikke længere begrænset til, om hun kan arbejde i sit tidligere erhverv som arkitekt, freelance fotograf eller pædagogmedhjælper.

Lægekonsulenterne vurderer, at [klagers] generelle erhvervsevne er nedsat til halvdelen, men ikke til 1/3 eller mindre. Danica Pensions lægekonsulenter lægger vægt på, at der i de neuropsykologiske undersøgelser ikke er påvist vanskeligheder med det mentale forarbejdningstempo, koncentrationen, opmærksomheden, arbejdshukommelsen eller evnen til selvdirigeret opgaveløsning. Der beskrives heller ikke udtrætningsfænomener. Det eneste påfaldende træk er en tendens til at miste overblikket i opgaver, der kræver stillingtagen til flere valgmuligheder (bilag ...).

Det fremgår af den psykiatriske speciallægeerklæring fra … fra december 2003 (bilag …), at [klager] i psykiatrisk henseende fremtræder uden tegn på sværere psykiatrisk lidelse som psykose, psykosenær lidelse, depression, angstlidelse, posttraumatisk belastningsreaktion eller somatiseringstilstand. Danica Pensions psykiatriske lægekonsulent vurderer, at [klager] har en uspecifik belastningsreaktion som følge af hovedtraumet fra 2002.

Samlet set betyder dette, at der ikke er påvist forhold, som forhindrer [klager] i at udføre en rutinepræget beskæftigelse med en forventet indsats på mere end 1/3 af det normale.

[Klager] henvender sig igen i juni 2009 og oplyser, at hun har fået konstateret en stofskifte lidelse. Dette giver anledning til, at Danica Pension indhenter en ny speciallæge erklæring fra speciallæge i intern medicin og endokrinologi (bilag …). Det fremgår af erklæringen, at stofskiftelidelsen kan medføre koncentrationsbesvær, trætbarhed og ændret psyke, når det står ubehandlet på, men overlæge … konkluderer også, at man kan holde øje med lidelsen ved regelmæssige blodprøvetagninger, og det vil ikke være noget problem at behandle relevant (bilag …).

Det fremgår af statusattest af 1. juli 2010 fra psykiater … (bilag …), at [klager] burde kunne bestride et fleksjob med særlige hensyn, men at hun på grund af det kroniske forløb nu bør indstilles til førtidspension. Der står i udtalelsen af 12. august 2010 fra cand.psyk. neuropsykolog … (bilag …) ,at [klagers] ressourcer er blevet udhulet over det lange forløb, og at det nu er urealistisk for hende at klare et fleksjob. Disse ovenstående udtalelser viser, at det ikke udelukkende er på baggrund af de helbredsmæssige problemer, at fagpersonerne mener, at [klager] skal indstilles til førtidspension. Der er derimod lagt vægt på det langvarige tidsforløb i sagen.

Vi gør i øvrigt opmærksom på, at [klager] ikke er tilkendt førtidspension på nuværende tidspunkt.

Kommunens lægekonsulent … skriver i sit lægeskøn af 20. juli 2010 (bilag …), at det er vanskeligt at forstå, hvorfor [klager] ikke skulle kunne bestride en rutinemæssig beskæftigelse under rolige forhold.

Danica Pension betvivler ikke, at der er et permanent skånebehov, men det er fortsat vores vurdering, at [klagers] generelle erhvervsevne stadig ikke er nedsat til 1/3, og at hun dermed fortsat er berettiget til halv udbetaling. Vi fastholder således vores tidligere afgørelse."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 4. Dækning ved tab af erhvervsevne.**

Stk. 1. Løbende udbetaling ved tab af erhvervsevne.
Forsikringen giver ret til udbetaling af forsikringsydelse i tilfælde af midlertidig og længerevarende tab af erhvervsevne som følge af sygdom eller ulykkestilfælde indtruffet inden det aftalte ophørstidspunkt.

Udbetaling af forsikringsydelsen sker med 1/12 månedligt fra det tidspunkt, der er anført i aftalen, når forsikredes erhvervsevne uafbrudt har været nedsat til 1/3 eller mindre, respektive til mellem 1/2 og 1/3 som følge af det samme ulykkestilfælde eller den samme sygdom i 3 måneder (karenstiden), med mindre andet er nævnt i aftalen. Karenstiden regnes dog aldrig fra før den første dag for lægebehandling.

Ved beregning af forsikringsydelsen anvendes den på den 1. sygedag gældende forsikringsydelse. Drejer det sig om ulykkestilfælde, anvendes den på skadedagen gældende forsikringsydelse.

Forsikringsydelsen udbetales, hvis forsikredes erhvervsevne midlertidigt eller længerevarende er nedsat til 1/3 eller mindre af den fulde erhvervsevne.

Den halve forsikringsydelse udbetales, hvis forsikredes erhvervsevne midlertidigt eller længerevarende er nedsat til mellem 1/2 og 1/3 af den fulde erhvervsevne.

Forsikringen dækker aldrig tab af erhvervsevne, hvis der ikke ved en lægelig undersøgelse kan påvises objektive tegn på tilstedeværelsen af men eller sygdom (f.eks. hvor der alene er tale om subjektive klager over smerte, gener og lignende)."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen, herunder de lægelige og kommunale oplysninger, finder nævnet, at klageren ikke har sandsynliggjort, at hendes erhvervsevne er nedsat med mindst to tredjedele. Nævnet finder derfor, at selskabet har været berettiget til at nedsætte klagerens ydelser til halvdelen og standse præmiefritagelsen.

10. 78.506

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

J. Hermann