Ankenævnet for Forsikring

897/12

Den 20. august 2012 blev i sag nr. 81.580:

xxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har en individuel pensionsordning med dækning ved tab af erhvervsevne i Danica Pension. Han klager ved sin advokat over, at selskabet udbetaler invalideydelser på baggrund af den individuelle pensionsordning tegnet med ikrafttrædelse pr. 1/2 2009 i stedet for den oprindelige firmaordning med ikrafttrædelse den 1/2 2008.

Klagerens advokat henviser til, at erhvervsevnetabet skyldes en ulykke, der er sket før forsikringen blev ændret.

Selskabet har udbetalt ydelser ved tab af erhvervsevne i flere perioder. Klageren har i forbindelse med ledighed i februar 2009 tegnet fortsættelsesforsikring på ændrede vilkår. I forbindelse med sygemelding efter dette tidspunkt har selskabet efter beregning af ny karensperiode anerkendt et dækningsberettigende erhvervsevnetab og har udbetalt ydelser og bevilget præmiefritagelse i henhold til fortsættelsesforsikringen.

Den oprindelige pensionsordning var en Danica Link-pension med arbejdsgiverbetalte ydelser, der trådte i kraft den 1/2 2008. I henhold hertil var der bl.a. ret til ydelser ved tab af erhvervsevne og præmiefritagelse, såfremt forsikrede grundet sygdom eller ulykke mistede mindst halvdelen af erhvervsevnen. Der gjaldt en karenstid på 3 måneder.

2. 81.580

Den nuværende individuelle pensionsordning blev oprettet i forbindelse med klagerens ledighed med ikrafttrædelse pr. 1/2 2009. Også denne forsikring giver ret til bl.a. ydelser ved tab af erhvervsevnen på halvdelen eller mere grundet sygdom eller ulykke. Der gælder også i henhold hertil en karenstid på 3 måneder.

Klageren, der er født i 1959, arbejdede som indkøbschef, da han den 24/7 2008 forulykkede på motorcykel og pådrog sig en alvorlig venstresidig skulderskade. Klageren, der efter det oplyste er venstrehåndet, indsendte anmeldelse ved tab af erhvervsevne til selskabet, som blev modtaget den 5/1 2009. Klageren oplyste, at han havde været sygemeldt fra 25/7 2008.

Selskabet bevilgede herefter udbetaling ved tab af erhvervsevne fra karensperiodens udløb den 25/10 2008. Udbetalingerne skete til klagerens arbejdsgiver.

Klageren meddelte i erklæring ved hel eller delvis genoptagelse af arbejdet underskrevet den 27/5 2009, at han havde genoptaget arbejdet den 23/1 2009, og at han nu var ledig og havde været det siden 1/2 2009. Selskabet standsede på baggrund heraf udbetalingerne og præmiefritagelsen pr. 23/1 2009. Selskabet tilbød klageren en fortsættelsesforsikring med ikrafttrædelse pr. 1/2 2009. Klageren valgte at videreføre forsikringen på individuelle vilkår og fremsendte begæring i henhold hertil. Begæringen blev modtaget i selskabet den 16/9 2009. [Klageren har fejlagtigt dateret begæringen 15.09.08, idet det rettelig må være 15.09.09]

Selskabet har i brev af 18/9 2009 fremsendt bekræftelse på, at forsikringen er ændret pr. 1/2 2009, idet indbetalingen er sat ned, hans stilling er ændret, ligesom udbetalingstidspunktet er blevet ændret.

Klageren fremsendte igen anmeldelse ved tab af erhvervsevne den 8/2 2010. Han oplyste, at han havde været syg fra 3/8 2009, og at revalidering i øjeblikket blev vurderet af kommunen. Af lægeattest ved nedsat erhvervsevne af 18/3 2010 fremgik, at klageren

havde været sygemeldt fra 26/6 2008 til januar 2009 og igen sygemeldt på fuld tid i perioden 3/8 2009 til 28/2 2010. Fra 28/2 2010 var han under revalidering via kommunen.

Selskabet har i brev af 13/4 2010 anerkendt klagerens tab af erhvervsevnen og har bevilget præmiefritagelse og udbetaling af ydelser fra karensperiodens udløb den 3/11 2009 og frem til udgangen af februar 2010, hvor han er under revalidering. Selskabet ønskede efter indhentelse af lægelige og kommunale oplysninger at støtte klageren økonomisk under revalideringen og har i brev af 24/8 2010 bevilget ydelser og præmiefritagelse i revalideringsperioden 1/3 2010 - 1/9 2010 (svarende til de ordinære ydelser i henhold til fortsættelsesforsikringen af 1/2 2009).

Klagerens advokat indtrådte herefter i sagen og har i brev af 27/1 2011 til selskabet anført, at revalideringsbestræbelserne desværre ikke lykkedes, og at klageren har været deltidssygemeldt pr. 10/9 2010 og fuldt sygemeldt fra 28/9 2010. Advokaten oplyste endvidere, at kommunen nu var ved at behandle sag om pension. På baggrund heraf anmodede advokaten om genoptagelse af udbetalingerne ved tab af erhvervsevne.

Selskabet har i brev af 11/4 2011 til klageren anerkendt klagerens erhvervsevnetab med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne anses for nedsat til 1/3 eller mindre og udbetalte herefter ydelser og gav præmiefritagelse.

Klagerens advokat har i brev af 27/9 2011 krævet, at selskabet udbetaler fuld dækning med virkning fra 1/2 2009 med tillæg af renter. Endvidere krævede advokaten, at der skete udbetaling i henhold til den forsikring, der er trådt i kraft den 1/2 2008, og hvor udbetalingen var 182.400 kr. årligt mod de nuværende 100.000 kr.

Selskabet har i brev af 10/10 2011 afvist at imødekomme advokatens krav og har til støtte herfor bl.a. anført:

> Vi kan ikke udbetale fra den 1. februar 2009 og frem, fordi [klageren] raskmeldte sig den 23. januar 2009 og blev meldt ledig den 1. februar 2009. Han blev først sygemeldt igen den 3. august 2009 hos kommunen. Dette fremgår af oplysningerne, vi har fået fra kommunen.
> …

4. 81.580

> Det beløb, som [klageren] får udbetalt fra os hver måned, svarer til lige over 100.000 kroner årligt brutto. Dette er ydelsen, som [klageren] aftalte med Danica Pension, da han valgte at videreføre sin ordning i forbindelse med, at han blev ledig den 1. februar 2009.
> …
> Da det er den aktuelle og aftalte udbetaling, der er gældende fra den 1. sygedag i august 2009, vil der ikke kunne ske efterregulering og renteudbetaling i sagen."

Advokaten har i brev af 12/10 2011 til selskabet fastholdt sin stillingtagen, idet han udbad sig opgørelse over udbetalingerne i hele perioden, ligesom han anmodede om en redegørelse for, hvorfor der var beregnet ny karensperiode fra 3/8 2009 til 3/11 2009. Endelig anførte advokaten, at der kun var én forsikringsbegivenhed - nemlig uheldet den 24/6 2008 - og at det var denne ulykke, der udløste forsikringsselskabets dækningsforpligtelse.

Selskabet har som svar herpå i brev af 27/10 2011 fastholdt sin afgørelse, idet selskabet med hensyn til perioden 1/9 - 10/9 2010 anførte, at revalideringen var ophørt den 1/9 2010, og at klageren først var sygemeldt igen pr. 10/9 2010, hvor selskabet herefter igen havde påbegyndt udbetalingerne. Selskabet har vedrørende de manglende udbetalinger i perioden 1/2 - 3/8 2009 anført, at klageren var raskmeldt, hvorfor der ikke kunne udbetales ydelser. Da han atter sygemelder sig den 3/8 2009 har selskabet beregnet en ny karensperiode på 3 måneder indtil 3/11 2009, hvor selskabet igen udbetaler ydelser.

Med hensyn til advokatens bemærkninger om forsikringsbegivenheden har selskabet anført, at det ikke er selve ulykken, der er en forsikringsbegivenhed, men derimod et tilstrækkeligt erhvervsevnetab i hele karensperioden (3 måneder). Da klageren derfor var raskmeldt i perioden 23/1 - 4/8 2009, er der tale om en ny forsikringsbegivenhed, når klageren sygemeldes igen den 3/8 2009 og en ny karensperiode begynder.

Med hensyn til hvilke forsikringsbetingelser, der skulle anvendes, har selskabet anført, at den dækning, der gjaldt i forbindelse med sygemeldingen den 3/8 2009, var fortsættelsesforsikringen, der trådte i kraft den 1/2 2009 efter begæring fra klageren.

5. 81.580

Advokaten indbragte efterfølgende klage til nævnet den 17/11 2011 og eftersendte klageskema underskrevet af klageren den 12/12 2011.

Klageren kræver, at selskabet bliver pålagt at udbetale ydelser i henhold til policen, der trådte i kraft 1/2 2008, og hvorefter der udbetaltes 182.400 kr. årligt. Til støtte for kravet har klageren henvist til advokatens redegørelse af 17/11 2011, hvoraf det bl.a. fremgår:

"3.1 Det er erkendt af Indklagede, at der oprindeligt foreligger en forsikringsbegivenhed omfattet af
den arbejdsgivertegnede forsikring, og på grundlag heraf opstarter Indklagede en udbetaling fra forsikringen efter udløbet af karenstiden den 24. november 2008.

3.2 Det er efterfølgende erkendt af Indklagede, at der fortsat er en dækningspligt, men dog således at Indklagede er af den opfattelse, at dækningen skal være efter den nytegnede afløsningsforsikring med den lavere dækning.

3.3 Klagesagens hoved problemstilling går derfor ud på, hvorvidt dækningen skal ske efter den oprindelige forsikring, der var gældende på uheldstidspunktet, hvor forsikringsbegivenheden indtræffer, eller hvorvidt det er efter den ny forsikring. Det er Klagers holdning, at dækningen skal ske i forhold til den oprindelige forsikring og dermed med det større beløb. Der er ikke uenighed om beløbsstørrelsen efter den oprindelige forsikring, herunder at der er fuld dækning.

3.4 En delproblemstilling går ud på, at Indklagede som følge af sit synspunkt har beregnet en ny karensperiode, hvilket Klager i konsekvens af sit synspunkt finder er uberettiget. Indklagedes synspunkt er begrundet i, at Klager raskmelder sig i januar 2009 samt ophører med sit ansættelsesforhold hos den pågældende arbejdsgiver med den virkning, at den oprindelige forsikring ikke længere er i kraft på det tidspunkt, hvor Klager på ny må sygemelde sig. Der er efter Indklagedes opfattelse her tale om en helt ny forsikringsbegivenhed uden sammenhæng med den oprindelige forsikringsbegivenhed, hvorfor dækningspligten efter den første forsikring er bortfaldet. Eller - sagt med andre ord - at Klager ikke havde haft nogen forsikringsdækning, såfremt han ikke havde tegnet en fortsættelsesforsikring.

3.5 Klager er grundlæggende uenig i dette synspunkt. Det er Klagers holdning, at der er tale om en og samme forsikringsbegivenhed, nemlig tab af erhvervsevne *'som følge af ulykke',* jf. dækningsoversigten i bilag ... det fremgår af hele den fremlagte samling af dokumenter, herunder af den sidste lægeerklæring fra 22. juni 2010, bilag …, er der er tale om følgevirkninger af uheldet den 24. juli 2008. Der er efter Klagers opfattelse indiskutabelt, at der er denne fuldt dokumenterede - og formentligt ubestridte - årsagssammenhæng mellem det erkendte erhvervsevnetab og den anførte ulykke. Der er derfor alene tale om en forsikringsbegivenhed og med en dækningspligt til udløbsdatoen den 1. april 2024.

3.6 Forsikringsbetingelserne indeholder ingen ophørsregler eller bortfaldsregler, såfremt den forsikrede undervejs i dækningsperioden søger afklaret, hvorvidt han har en erhvervsevne, eventuelt alene en reduceret erhvervsevne. De aktiveringsforsøg - som alle er faldet negativt ud - som har været foranstaltet, er sket på grundlag af sygedagpengeloven og på kommunens foranledning i medfør af denne lov. Disse har Klager søgt at følge aktivt og loyalt, men har måttet opgive. Sådanne - af Klager oplevet som pligtige - aktiveringsforsøg kan ikke bevirke et bortfald af den allerede erhvervede ret til fuld forsikringsdækning i hele perioden i

henhold til den på uheldstidspunktet gældende forsikring. Der er hverken i policens og de tilknyttede forsikringsbetingelsers ordlyd eller i de hensyn der ligger bag noget belæg for en sådan indskrænkende fortolkning i en situation som denne.

3.7 Der er heller ikke undervejs fra Indklagedes side gjort gældende, at man primo 2009 skulle have bevæget sig fra den oprindelige forsikring over i fortsættelsesforsikringen."

Selskabet har over for nævnet i brev af 21/3 2012 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

"Årsagen er, at forsikringsbegivenheden i dette tilfælde ikke er [klagerens] ulykke den 24. juli 2008. Forsikringsbegivenheden foreligger, når [klageren] har et tilstrækkeligt erhvervsevnetab udover karensperioden på tre måneder. Da [klageren] var raskmeldt i perioden fra den 23. januar 2009 til den 3. august 2009, er der således tale om en ny forsikringsbegivenhed.

Den dækning [klageren] har den 3. august 2009, hvor han bliver sygemeldt, er hans private videreførelse af pensionsordningen, der trådte i kraft den 1. februar 2009. Dækningen ved tab af erhvervsevne er nedsat i forhold til firmapensionsordningen, hvilket [klageren] selv har valgt ved videreførelsen (bilag …), og udbetalingen fra den 3. november 2009 og frem sker i overensstemmelse hermed.

I perioden fra den 23. januar 2009 til den 3. august 2009 opfylder [klageren] ikke kriteriet om at have et tilstrækkeligt erhvervsevnetab, fordi han ikke er sygemeldt i perioden.

Vi henviser i øvrigt til Ankenævnet for Forsikrings kendelser i sagerne 73.301, 79.890 og 76.165, hvor nævnet udtaler, at 'Forsikringsbegivenheden ved dækning for et nærmere angivet tab af erhvervsevne er efter nævnets opfattelse det tidspunkt, hvor erhvervsevnetabet når den i forsikringsbetingelserne angivne størrelse - også kaldet skadevirkningsprincippet..'. Vi fastholder derfor, at størrelsen og grundlaget for [klagerens] udbetaling ved tab af erhvervsevne fra den 3. november 2009 og frem er korrekt."

Der har efterfølgende været ført korrespondance mellem parterne, men der er ikke herunder fremkommet afgørende nye oplysninger.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Dækning ved tab af erhvervsevne den 01.02.2009**
Årlig udbetaling efter 3 måneder, længst til 01.04.2024

Udbetaling i kroner: 100.000
…
Den månedlige udbetaling
Vi udbetaler dækningen ved tab af erhvervsevne en gang om måneden. Beløbet er 1/12 af den årlige udbetaling, der gælder ved karensperiodens start.
…
Når den forsikrede er egnet til omskoling
Når vi vurderer den forsikredes tab af erhvervsevne, inddrager vi et skøn af, om den forsikrede er egnet til omskoling, og om en omskoling forventes at betyde, at den forsikrede kan tjene så meget, at han/hun ikke har et længerevarende tab af erhvervsevne - ligesom det er

beskrevet i forrige afsnit. Når vi vurderer den forsikredes tab af erhvervsevne, tager vi ikke hensyn til situationen på arbejdsmarkedet, og om den forsikrede vil være i stand til at få et job efter omskolingen, der svarer til hans/hendes uddannelse.

Hvis vi anser, at den forsikrede er egnet til omskoling, er der ikke ret til dækningen, da erhvervsevnen i så fald ikke er sat tilstrækkeligt ned. Undtagelsesvis kan vi efter et konkret skøn dog indgå en skriftlig aftale med den forsikrede om, at han/hun får udbetalt en nedsat dækning under omskolingen. Den nedsatte udbetaling er betinget af, at den forsikrede opfylder vilkårene i aftalen."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet ikke anledning til at kritisere selskabets beregning af karens ved klagerens anden sygdomsperiode. Når henses til, at klageren ved 2. sygdomsperiode har været raskmeldt i 7 måneder, finder nævnet ikke anledning til at kritisere, at selskabet således har anset den nye sygemelding for en selvstændig forsikringsbegivenhed med beregning af ny karens.

Den tegnede forsikring dækker tab af erhvervsevne. Erhvervsevnen blev generhvervet ved klagerens raskmelding og opstod på ny i august 2009.

Nævnet finder det derfor ubetænkeligt at lægge til grund, at det er klagerens private videreførelse af pensionsordningen, der trådte i kraft den 1/2 2009, der er gældende ved udbetalingen fra den 3/11 2009. At erhvervsevnetabet som årsag har en ulykke, der er sket på et tidspunkt, hvor klagerens firmapension var i kraft, kan således ikke føre til et andet resultat.

8. 81.580

Nævnet kan derfor heller ikke kritisere, at selskabet har beregnet ydelserne på baggrund heraf, hvorfor

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand