913/13

Den 15. april 2013 blev i sag nr. 83.348:

xxxxxx xxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede har firmapensionsordning i Topdanmark Forsikring A/S. Hun klager over selskabets afvisning af at yde præmiefritagelse og udbetale forsikringsydelse ved tab af erhvervsevne.

Selskabet har i brev af 14/11 2012 til nævnet beskrevet tvisten og forsikringens virkemåde således:

"**Tvist:**
[Klager] har klaget over, at Topdanmark har afvist udbetaling af Erhvervsudygtighedsrente samt præmiefritagelse.

Topdanmark har afvist at behandle [klagers] ansøgning om præmiefritagelse og udbetaling af Erhvervsudygtighedsrente med henvisning til, dels at [klagers] eventuelle krav mod Topdanmark er forældet forud for sagens indbringelse for nævnet og dels da [klager] ikke har indsendt erklæring og lægeattest, hvorfor vi ikke har kunnet behandle hendes anmeldelse, og herunder vurdere, hvorvidt hun opfyldte betingelserne for at få udbetaling fra forsikringen.

Da der ikke er blevet betalt til forsikringen siden den 31. december 2006, er forsikringen omskrevet til fripolice pr. 1. januar 2007. Dette betyder, at forsikringsdækningerne, herunder Erhvervsudygtighedsrenten er slettet, og at [klager] alene har bevaret sit opsparede depot, som der ikke længere indbetales til.
…
Forsikringens virkemåde:
…
Forsikringen var en Erhvervsudygtighedsrente, som blev etableret som led i et ansættelsesforhold tegnet med ikrafttrædelsesdato den 1. april 2006 **(bilag …).**

Forsikringen gav ret til udbetaling af den fulde forsikringsydelse samt præmiefritagelse, hvis forsikredes erhvervsevne blev nedsat med mindst halvdelen. Der gjaldt en karensperiode på 3 måneder.

Ved forsikringsaftaler oprettet som led i et ansættelsesforhold ophører forsikringsaftalen, og dermed Topdanmarks ansvar 3 måneder efter det tidspunkt, hvor den ansatte fratræder. Dette fremgår af forsikringsbetingelsernes § 14, stk. 4.

Ifølge forsikringsbetingelsernes § 9, stk. 2 gælder der en skriftlig anmeldelsesfrist på 3 måneder efter forsikringsaftalen er ophørt til at anmode om udbetaling. Fristen på 3 måneder er ved lov efterfølgende ændret til 6 måneder, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6."

Klageren er født i 1962 og har efter det oplyste fået tilkendt offentlig førtidspension med virkning fra den 1/8 2008.

Som anført ovenfor blev klageren den 1/4 2006 omfattet af erhvervsudygtighedsrenten som led i sin daværende ansættelse.

På baggrund af oplysning om, at klageren var fratrådt sin stilling pr. 31/12 2006, anmodede selskabet ved brev af 29/1 2007 klageren om at tage stilling til, om forsikringen skulle videreføres via ny arbejdsgiver eller for egen regning, eller om den skulle omskrives til bidragsfri forsikring (fripolice). I brevet blev klageren desuden anmodet om at kontakte selskabet, såfremt hendes fratræden skyldtes sygdom.

Den 27/2 2007 kontaktede klageren selskabet og oplyste, at hun havde været sygemeldt siden august 2006 på grund af led- og muskelsmerter.

Af selskabets brev af 27/2 2007 til klageren fremgår bl.a.:

"**Vi er i gang med at behandle din ansøgning**
Tak for din ansøgning om præmiefritagelse og udbetaling af erhvervsudygtighedsrente.

For at vi kan behandle din ansøgning færdig, har jeg brug for nogle helbredsoplysninger om dig. Derfor vil jeg bede dig kontakte din sædvanlige læge for at få udfyldt den lægeattest, som jeg har vedlagt. Samtidig skal jeg bede dig om selv at udfylde erklæringen.

Der er ingen udgifter i forbindelse med helbredsoplysningerne - vi betaler din læge direkte.

Når du udfylder erklæringen
Det er meget vigtigt, at du svarer på alle spørgsmål og delspørgsmål på erklæringen. Det er også vigtigt, at du husker at underskrive og datere 2 steder. Ellers er jeg nemlig nødt til at kontakte dig igen, og det betyder desværre, at du skal vente længere tid på vores afgørelse.

Årsagen til at vi beder dig om oplysningerne allerede nu, er alene at vi gerne vil sikre en hurtig udbetaling til dig, hvis betingelserne for at vi kan udbetale er opfyldt.

Jeg vil bede dig om at sende oplysningerne til os i svarkuverten hurtigst muligt."

Den 7/3 2007 kontaktede klageren telefonisk selskabet og oplyste, at hun havde fået tid til undersøgelse på et gigthospital den 17/3 2007, og at hun ville indsende lægeattest og erklæring herefter.

Af selskabets brev af 13/4 2007 til klageren fremgår bl.a.:

"**Vi kan desværre ikke færdigbehandle din ansøgning**
Tak for din ansøgning om præmiefritagelse og udbetaling af erhvervsudygtighedsrente.

Jeg skriver til dig, fordi vi har standset behandlingen af din ansøgning. Jeg har nemlig endnu ikke modtaget lægeattesten fra din læge og den erklæring, som jeg bad dig udfylde og returnere i det brev, jeg sendte dig den 27. februar 2007.

Forsikringen fortsætter uændret
Da vi mangler oplysningerne fra dig, sker der nu det, at din forsikring fortsætter som hidtil. Men hvis du sender os attesten og erklæringen, færdigbehandler vi selvfølgelig din ansøgning.

Hvis vi udbetaler et forsikringsbeløb for sent
Du har ret til at få udbetalt renter, hvis vi udbetaler et forsikringsbeløb for sent. Men du skal være opmærksom på, at dette først gælder tidligst 14 dage efter, at vi har modtaget alle de oplysninger, vi har brug for."

Den 12/6 2007 ringede selskabet til klageren og rykkede for lægeattesten og erklæringen. Efter det oplyste bad selskabet hende om at indsende papirerne hurtigst muligt, således at selskabet havde mulighed for at behandle ansøgningen.

Af selskabets brev af 17/8 2007 til klageren fremgår bl.a.:

"**Vi kan desværre ikke færdigbehandle din ansøgning**
Vi modtog din ansøgning om udbetaling fra forsikringen den 27. februar 2007

Jeg skriver til dig, fordi vi har standset behandlingen af din ansøgning. Jeg har nemlig endnu ikke modtaget lægeattesten fra din læge og den erklæring, som jeg bad dig udfylde og returnere i det brev, jeg sendte dig den 27. februar og rykkede for den 13. april 2007.

Forsikringen fortsætter uændret
Da vi mangler oplysningerne fra dig, sker der nu det, at din forsikring fortsætter som hidtil. Men hvis du sender os attesten og erklæringen, færdigbehandler vi selvfølgelig din ansøgning.

Hvis vi udbetaler et forsikringsbeløb for sent
Du har ret til at få udbetalt renter, hvis vi udbetaler et forsikringsbeløb for sent. Men du skal være opmærksom på, at dette først gælder tidligst 14 dage efter, at vi har modtaget alle de oplysninger, vi har brug for."

Selskabet modtog fortsat ikke lægeattesten og erklæringen fra klageren, hvorfor selskabet sendte brev af 15/7 2008 til klageren. Af dette brev fremgår bl.a.:

"**Vi har ændret din forsikring**
Jeg skriver for at fortælle dig, at din forsikring nu er ændret til fripolice, altså en forsikring uden indbetaling. Ændringen gælder fra den 1. januar 2007, som er den dato, du har betalt forsikringen til.

Det betyder samtidig, at forsikringsdækningen er ændret."

I forlængelse af ovennævnte brev sendte selskabet den 16/7 2008 en ny dækningsoversigt til klageren. Det fremgik heraf, at der ikke længere var tilknyttet en erhvervsudygtighedsrente til forsikringen, idet denne var slettet.

Herefter modtog selskabet en lægeattest, som imidlertid blev returneret til klagerens læge vedlagt brev af 8/9 2008. Af dette brev fremgår bl.a.:

"**Returnering af attest**
Jeg har modtaget vedlagte attest udfyldt af dig.

[Klager] har ingen forsikring med tab af erhvervsevne i Topdanmark.

Derfor har vi heller ikke anmodet om udfærdigelse af denne attest, som jeg desværre ikke kan honorere."

I klagerens brev af 7/11 2008 til selskabet hedder det:

"Vedrørende ovennævnte forsikringsnummer stiller jeg mig uforstående overfor nægtelsen af udbetaling af forsikringssum.

Ifølge skrivelse fra Topdanmark den 17/8-2007 er behandlingen af ansøgningen standset indtil kommunen har færdigbehandlet min ansøgning om førtidspension:

Dette er nu sket, og jeg fik bevilget pension fra 1/8-2008.

Der er efterfølgende sendt lægeerklæring, som Topdanmark nægtede at modtage, da jeg på det tidspunkt ikke længere var forsikret, men da forsikringen vedrører et tidligere tidspunkt år 2006, hvor forsikringen var i kraft, og jeg pr. tlf. har fået oplyst, at udbetaling af erstatningssum var blevet stillet i bero, til afgørelsen om min arbejdsevne var fastlagt, undrer det mig, at selskabet nu nægtet at udbetale erstatning.

Jeg fremsender kopi af lægeerklæring samt kommunens afgørelse om førtidspension.

Jeg imødeser Deres svar og begrundelse, så jeg kan komme videre med sagen."

Af selskabets brev af 6/1 2009 til klageren fremgår bl.a.:

"**Din arbejdsmarkedspension via … ophørte pr. 1. januar 2007**
Jeg sender dig hermed en endelig bekræftelse på, at din tidligere arbejdsmarkedspension gennem … er ændret pr. 1. januar 2007 pga din fratrædelse og fordi vi aldrig har modtaget de helbredsoplysninger fra dig og din læge, som vi flere gange har mindet dig om i vores breve.

Derfor eksisterer der ingen dækning ved tab af erhvervsevne, som du kan få udbetaling fra.

I vores seneste brev den 17. august 2007 oplyste vi dig om, at behandlingen af din ansøgning om udbetaling var stoppet, fordi vi ikke havde modtaget erklæring fra dig og attest fra din læge.

Vores brev i juli 2008 bekræfter så, at visse dækninger er ophørt pr. 1. januar 2007. Dette brev var ikke en opfordring til at anmelde/indsende helbredsoplysninger. Forsikringen var allerede ophørt.

I henhold til forsikringsbetingelsernes § 9.2 kan man senest anmelde skriftligt inden 6 måneder efter ophør på den type forsikring du har haft.

Topdanmark afslutter således sagsbehandlingen og henlægger din henvendelse."

Ved udateret brev modtaget af selskabet den 15/8 2012 klagede klageren på ny over afgørelsen. Af dette brev fremgår:

"Sygemelding sommer 2006
Ringer til Topdanmark efter 2 til 3 måneder i februar 2007. I den forbindelse har jeg været sygemeldt i over tre måneder.

Efter 3 måneder mener jeg at jeg er berettiget til udbetaling jævnfør Topdanmarks egne betingelser om 3 måneders karenstid.
Dette blev ikke oplyst af Topdanmark, at dette var en mulighed.

Derimod fik jeg besked om at afvente lægeerklæring, og dermed en endelig afgørelse. I mellemtiden modtages brev hvor der står at forsikringen fortsætter uændret (kopi af brev 13-04-2007 vedlagt). I samme forbindelse modtages brev (kopi af brev 29-012007 vedlagt) at der skal tages stilling til, at ændre privatordningen til fripolice mv. Men samtidig kører min sygesag så, da sagen er under behandling foretager jeg mig ikke noget. Og da brev (kopi af brev 13-04-2007) modtages om at forsikringen fortsætter uændret. Ja så troede jeg at alt var i orden.
Da jeg i 2008 får tilkendt førtidspension, sender lægen de dokumenter i skal bruge til at færdigbehandle sagen, men nu afviser i fordi arbejdsmarkedspensionen ikke længere eksisterer, og at anmeldelse er sket for sent i henhold til jeres 6 måneders frist, at **I** så vælger ikke at orientere mig om 3. måneders karenstid på arbejdsmarkedspensionen, mener jeg er en klar fejl fra jeres side.

Så jeg mener at have krav på følgende:

Udbetaling af arbejdsmarkedspensionen fra 3. måneder efter sygemelding frem til afklaringsperioden er afsluttet. Og efterfølgende fuld udbetaling fra arbejdsmarkedspensionen i forbindelse med tildeling af førtidspension. Samt krav på præmiefritagelse i hele perioden.
Så havde I behandlet min sygemelding korrekt fra starten af, så havde der ikke opstået disse problemer.
Jeg afventer I anerkender jeres fejl, og udbetaler med tilbagevirkende kraft. Såfremt dette ikke sker, indenfor en frist frem til den 27. august 2012. Vil I blive kontaktet af min advokat."

Efter fornyet gennemgang af sagen fastholdt selskabet afslaget på forsikringsdækning, hvilket blev meddelt klageren ved brev af 17/8 2012.

Den 5/10 2012 har klageren indbragt sagen for nævnet. Af klageskemaet fremgår bl.a.:

"1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …
Ifølge hvad jeg har forstået hænge det hele på at Topdanmark ifølge dem ikke fik tilsendt lægeerklæringen rettidigt. Jeg snakkede med dem pr. tlf. og det blev sat i bero indtil man havde fundet ud af hvad jeg fejlede. Ifølge samtale med andre forsikringsselskaber skulle Topdanmark påbegynde udbetaling efter de 120 sygedage, men jeg har ikke fået udbetalt noget overhovedet.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
At jeg får medhold i min klage, og pengene som jeg ikke har set noget til."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Til støtte herfor har selskabet i brev af 14/11 2012 bl.a. anført:

"**Konklusion**
[Klager] har fremsat krav om præmiefritagelse og udbetaling af Erhvervsudygtighedsrente, idet hun blev sygemeldt i august 2006 på grund af led- og muskelsmerter.

Topdanmark har afvist at yde præmiefritagelse samt udbetaling af Erhvervsudygtighedsrente med henvisning til, at [klager]s eventuelle krav mod Topdanmark er forældet ved sagens indbringelse for nævnet.

Ifølge den nugældende forældelseslov § 2, stk. 1 regnes forældelsesfristen fra *'det tidligste tidspunkt, til hvilket fordringshaveren kunne kræve at få fordringen opfyldt'.* Det fremgår af sagen, at [klager] blev sygemeldt i august 2006, hvorfor forældelsesfristen regnes fra dette tidspunkt.

[Klagers] eventuelle krav mod Topdanmark opstod inden den nye forældelseslov trådte i kraft den 1. januar 2008. Det fremgår af overgangsreglen i § 30 i den nugældende forældelseslov, at forældelse tidligst indtræder den 1. januar 2011, med mindre kravet ville være forældet efter både de gamle og de nye regler.

Erstatningskrav i henhold til en forsikringsaftale var forud for den 1. januar 2008 undergivet en dobbelt forældelsesregel, dels en regel om 2-årig forældelse og dels en regel om 5-årig forældelse. Af den dagældende forsikringsaftalelovs § 29, stk. 1 fremgår følgende: *'krav, der er grundede i forsikringsaftalen, forældes 2 år efter udgangen af det kalenderår, i hvilket fordringshaveren fik kundskab om kravet og om, at det er forfaldet, og i alt fald 5 år efter kravets*

forfaldstid'. [Klagers] krav er herefter under alle omstændigheder forældet i august 2011, jf. den 5-årige forældelsesfrist i den dagældende forældelseslov (1908-loven).

Herudover har Topdanmark afvist [klager]s krav med henvisning til, at vi ikke har modtaget erklæring og lægeattest, hvorfor vi ikke kunne færdigbehandle hendes anmeldelse og herunder vurdere, hvorvidt [klager] opfyldte betingelserne for udbetaling, da hun blev sygemeldt tilbage i 2006.

Idet der ikke er blevet betalt til forsikringen siden den 1. januar 2007, er forsikringen blevet ændret til fripolice fra denne dato. Dette betyder, at forsikringsdækningerne, herunder Erhvervsudygtighedsrenten er slettet, og at [klager] alene har bevaret sit opsparede depot, som der ikke længere indbetales til.

Da [klagers] eventuelle krav mod Topdanmark er forældet ved sagens indbringelse for nævnet - både i medfør af den dagældende forsikringsaftalelov, den dagældende forældelseslov samt den nugældende forældelseslov - og da Topdanmark aldrig har modtaget en skriftlig anmeldelse fra [klager], jf. forsikringsbetingelsernes § 9, stk. 2, fastholder vi vores afgørelse om afslag på præmiefritagelse og udbetaling af Erhvervsudygtighedsrente."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 9 Anmeldelse af erhvervsevnetab**
Stk. 1. Ved erhvervsevnetab, der kan føre til krav om udbetaling af forsikringsydelsen, skal forsikrede snarest indsende en skriftlig anmeldelse til Topdanmark, jf. i øvrigt §16.

Stk. 2. Er forsikringsaftalen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, jf. §§ 14 og 15, skal skriftlig anmodning om udbetaling være fremsat overfor Topdanmark inden 3 måneder efter forsikringsaftalen er ophørt. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringsydelsen for erhvervsevnetab, der ikke er skriftligt anmeldt.
…
§ 14 Ophør
…
Stk. 4. Ved forsikringsaftaler oprettet som led i et ansættelsesforhold på baggrund af en aftale mellem en arbejdsgiver og Topdanmark, ophører forsikringsaftalen o9 dermed Topdanmarks ansvar 3 måneder efter det tidspunkt, den ansatte fratræder på."

Nævnet udtaler:

Det fremgår af § 9, stk. 2, i de ovenfor gengivne forsikringsbetingelser, at skriftlig anmodning om udbetaling skal være fremsat over for Topdanmark inden 3 måneder efter forsikringsaftalens ophør. Selskabet har efter det oplyste efterfølgende ændret fristen til 6 måneder, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6.

8. 83.348

Forud for omskrivningen til fripolice og meddelelsen af afslag på forsikringsdækning har selskabet i sine breve til klageren tilkendegivet, at det har modtaget hendes ansøgning, at behandlingen af ansøgningen er standet på grund af manglende fremsendelse af relevante oplysninger, og at forsikringen fortsætter som hidtil, men at ansøgningen vil blive færdigbehandlet, hvis hun sender den ønskede lægeattest og erklæring. På den baggrund finder nævnet, at selskabet ikke er berettiget til at påberåbe sig manglende overholdelse af anmeldelsesfristen i forbindelse med forsikringsaftalens ophør.

Det fremgår af den nuværende forældelseslovs § 8, at en fordring på pension, livrente, aftægtsydelse, underholdsbidrag eller anden lignende ydelse, der forfalder med bestemte tidsrum 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. Ifølge § 8 forældes fordringerne på de enkelte ydelser desuden efter §§ 2 og 3. Ifølge forældelseslovens § 2 regnes forældelsesfristen for de enkelte ydelser fra det tidligste tidspunkt, til hvilket forsikrede kunne kræve at få fordringen opfyldt. Ifølge forældelseslovens § 3 er forældelsesfristen for de enkelte ydelser som udgangspunkt 3 år. I henhold til de nye forældelsesregler forældes de enkelte ydelser således løbende, hvilket i øvrigt også findes at have været tilfældet efter de tidligere gældende forældelsesregler.

Da klageren efter det oplyste har indgivet anmeldelse til selskabet den 27/2 2007, findes klagerens krav ikke at være forældet i sin helhed ved sagens indbringelse for nævnet den 5/10 2012. Forældelse kan således kun gøres gældende for de ydelser, der er forfaldet til betaling mere end 3 år forud for sagens indbringelse for nævnet. Nævnet har ikke fået forelagt sagens helbredsmæssige oplysninger og kan således ikke tage stilling til, om klageren faktisk har et krav mod selskabet. Nævnet finder, at selskabet skal vurdere, om klageren var berettiget til ydelser på det tidspunkt, hvor forsikringen blev omskrevet til fripolice.

9. 83.348

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Topdanmark Forsikring A/S, skal anerkende, at det ikke har været berettiget til at gøre forældelse gældende for krav på ydelser opstået mindre end 3 år før sagens indbringelse for nævnet og skal genoptage sagen.

Marianne Højgaard Pedersen
formand