Ankenævnet for Forsikring

945/14

Den 25. august 2014 blev i sag nr. 85.357:

xxxx xxxxxxxx xxxxxx xxxxxxx
xxxxxxxxxx xxxx xxxx xxx
xxxx xxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren havde i kraft af sin pensionsordning i Danica Pension en forsikring med dækning ved tab af erhvervsevne. Hun klager over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning for et anmeldt tab af erhvervsevne. Hun klager endvidere over selskabets rådgivning.

Selskabet har afvist at behandle klagerens anmeldelse med henvisning til, at anmeldelsesfristen på 6 måneder efter forsikringens ophør er overskredet.

Klageren fratrådte sin stilling pr. 31/12 2011, og forsikringen ophørte pr. 1/1 2012. Hun indgav anmeldelse til selskabet den 12/8 2013, hvori hun har noteret, at hun lider af stress, angst og depression.

I klageskemaet af 14/11 2013 til nævnet har hun anført følgende:

> **1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. Supplerende redegørelse kan evt. vedlægges.**
> Jeg blev i sept. 2011 sygemeldt pga. stress, depression og angst. En kollega gjorde mig opmærksom på at jeg måske kunne få økonomisk bistand til afholdelse af udgifter til psykolog fra Danica Pension, som jeg var forsikret igennem mit daværende arbejde. Under en telefonisk samtale med en mandlig medarbejder, hvor jeg redegjorde for min situation: sygemeldt og fyret pr.1.1.12. fik jeg ikke at vide at jeg havde muligheden for at søge om dækning for tab af erhvervsevne.
> Det anser jeg ikke som værende i overensstemmelse med god forretningsførelse eller moralsk i orden.

Det er rigtigt at jeg først anmelder min skade meget sent, men jeg er stadig på revalidering og døjer med mange fysiske som psykiske men fra mit sammenbrud.
I min korrespondance med Danica hæfter jeg mig ved at det ikke er selve berettigelsen til dækning af tab af erhvervsevne de anfægter, men udelukkende at jeg har anmeldt det for sent. Det finder jeg ikke rimeligt, da jeg har været og stadig er meget syg, og fordi jeg jo var i kontakt med dem og havde oplyst, at jeg var sygemeldt. Min læge har givet mig diagnosen posttraumatisk stress syndrom. Derfor har jeg meget svært ved at samle mine tanker og koncentrere mig, endsige omsætte det til handling.

Som det fremgår af brev fra Danica Pension 8.oktober 2013, 6 afsnit, er det korrekt, at min læge marts 2012 beskriver mig som værende i bedring. På dette tidspunkt ved Danica Pension altså at jeg er syg og har mistet erhvervsevnen. Der er jeg ikke længere i akut krise med selvmordstanker. I juni er jeg igen i kontakt med min læge. Denne gang i forbindelse med at jeg skal have et revalideringsforløb, fordi jeg ikke længere kan få sygedagpenge. Hun beskriver mig som værende i den rette behandling og det går langsomt fremad. Dette er korrekt, men det betyder jo langt fra at jeg er rask. Det viser min sygehistorie jo også med al tydelighed. Det er ikke for sjov kommunen stadig betaler revalideringsydelse. Jeg har lige fået denne kendelse forlænget frem til 31.6.14.
Afsnittet viser altså at Danica Pension ved at jeg er sygemeldt. De har ikke efterfølgende gjort mig opmærksom på mine rettigheder i forhold til tab af erhvervsevne eller undersøgt om jeg var blevet rask.
I samme brev afsnit 8 og 9 fortæller Danica Pension at jeg ikke reagerede på henvendelser fra dem i starten af 2012. Det er muligt at de har sendt mig disse breve, men på dette tidspunkt er jeg meget syg og kan ikke forholde mig til noget. Det er jo indlysende at jeg ikke ville undlade at anmelde tab af erhvervsevne, hvis jeg var i stand til det eller vidste at jeg havde muligheden.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)
Jeg vil bare have hvad der rettelig tilkommer mig: nemlig dækning for tab af erhvervsevne udbetalt med tilbagevirkende kraft fra 1.1.12.

Selskabet har i brev af 29/11 2013 til nævnet bl.a. anført følgende:

Danica Pensions afgørelse
Danica Pension fastholder, at en skadesanmeldelse skal ske til selskabet senest 6 måneder efter ophør af forsikringen, og at klageren først har anmeldt forholdet til Danica Pension 13 ½ måned efter dækningens ophør.

Sagsfremstilling
Klageren havde, som led i et ansættelsesforhold, en pensionsordning og forsikringer i Danica Pension.

Klageren havde herunder sundhedssikring og dækning ved tab af erhvervsevne.

Klageren henvender sig til Danica Pension og anmelder et behov for psykologbehandling ved en skadesanmeldelse d. 17. november 2011. Klageren er senere i telefonisk kontakt med selskabet.

Som det også er redegjort for af klageren, bliver hun opsagt og fratræder sin stilling pr. 31. december 2011.

Som led i fratrædelsen kan klageren ikke længere være en del af den pensionsordning, som Danica Pension har med klagerens nu tidligere arbejdsgiver. Danica Pension skriver derfor til klageren vedrørende mulighederne for privat videreførsel af pensionsordningen og forsikringsdækningerne.

Dette brev sender Danica Pension den 8. december 2011. Brevet vedlægges som Bilag ....

Af brevet fremgår hvilke muligheder klageren har i forhold til ordningen i Danica Pension i forbindelse med fratrædelse, og der er vedlagt et svarkort, som klageren kan udfylde og sende retur.

Som konsekvens af, at ordningen ikke bliver videreført på private vilkår, sender Danica Pension den 20. april 2012 et brev, hvoraf ændringerne fremgår. Brevet vedlægges som Bilag ....

Vurdering
Danica Pension fastholder, at det af klagerens aftale med selskabet fremgår, at skadesanmeldelser skal indgives senest 6 måneder efter aftalens ophør.

Som Bilag … fremlægges oprindelig aftale mellem Danica Pension og klageren fra 21. juli 2011 (Kort overblik, dækningsoversigt og forsikringsbetingelser).

Det fremgår af side 3 i forsikringsbetingelserne, at der er en anmeldelsesfrist på 6 måneder efter forsikringens ophør, uanset årsag. Som Bilag … fremlægges skadesanmeldelse fra 15. august 2013.

Det fremgår af side 32, at der ved fratræden er mulighed for såkaldt fortsættelsesforsikring, som er den videreførsel, der blev tilbudt klageren i brevet af 8. december 2011, se Bilag ...

Da klageren ikke har benyttet sig af muligheden for en fortsættelsesforsikring i forlængelse af Danica Pensions brev fra december 2011, og først foretager en anmeldelse vedrørende tab af erhvervsevne den 15. august 2013, må Danica Pension fastholde, at fristen for anmeldelse er udløbet, og at der derfor ikke kan blive tale om udbetaling af dækning.

Som Danica Pension også har skrevet til klageren den 8. oktober 2013 (fremlagt af klageren som bilag), fremgår det ikke af klagerens anmeldelse til sundhedssikringen, at klageren er sygemeldt. Klagerens skadesanmeldelse vedrørende sundhedssikringen fremlægges som Bilag ....

En anvendelse af dækningerne på sundhedssikringen, som fx psykologbehandling eller fysioterapi, er ikke ensbetydende med, at den pågældende kunde samtidig er sygemeldt. Det, at en kunde er sygemeldt er ligeledes heller ikke er ensbetydende med, at der vil være ret til udbetaling i medfør af forsikring mod tab af erhvervsevne, da der skal foretages en nærmere vurdering af kundens sygdom og tilstand.

Danica Pension må derfor fastholde, at selskabet ikke før skadesanmeldelsen på et tidligere tidspunkt har været i besiddelse af oplysninger vedrørende klagerens forhold, som gør, at klageren er berettiget til dækning ved tab af erhvervsevne uagtet at anmeldelsesfristen i forsikringsbetingelserne ikke er overholdt.

Danica Pension har ikke i forbindelse med klagerens henvendelse foretaget en vurdering af hvorvidt klageren opfylder kriterierne for at få udbetaling ved tab af erhvervsevne. Danica Pension har konstateret, at anmeldelsen af forholdet er sket mere end 13 måneder efter

dækningens ophør, og har på den baggrund afvist at der er dækning ved tab af erhvervsevne.

Det fremgår af sagen, at selskabet den 17/11 2011 modtog en anmeldelse fra klageren over hendes sundhedssikring, hvor hun anmoder om dækning for psykologbehandling pga. arbejdsbetinget stress, angst og depression. Ved brev af 2/12 2011 meddelte selskabet dækning for 9 psykologbehandlinger.

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

Før vi udbetaler dækning ved tab af erhvervsevne
Vi udbetaler dækningen ved tab af erhvervsevne, hvis følgende betingelser er opfyldt.
- Den forsikrede har enten midlertidigt eller længerevarende mistet sin erhvervsevne på grund af sygdom eller en ulykke. Du kan se, hvad forskellen er på et 'midlertidigt' og et 'længerevarende' tab af erhvervsevne i afsnittene 'Når den forsikrede har et midlertidigt tab af erhvervsevne' og 'Når den forsikrede har et længerevarende tab af erhvervsevne'.
- Tabet af erhvervsevne er 'så stort i hele karensperioden, at det efter karensperiodens udløb giver ret til en udbetaling - se dækningsoversigten. Karensperioden starter tidligst, når den forsikrede første gang behandles af en læge.
- Forsikringen er i kraft i hele karensperioden.
- Den forsikrede mister erhvervsevnen og er berettiget til at få udbetalt dækningen i perioden, fra dækningen træder i kraft, til den ophører - uanset årsagen.

Vigtigt omkring anmeldelse, når dækningen ophører
Vi skal have anmeldelsen af krav om at få udbetaling inden seks måneder efter dækningens ophør, uanset årsagen. Får vi anmeldelsen senere, er der ikke dækning ved tab af erhvervsevne.
(…)

Oprettelse af en fortsættelsesforsikring
Fratræder forsikrede sin stilling, kan han/hun oprette en fortsættelsesforsikring uden at give oplysninger om sit helbred på ny. Vi opretter fortsættelsesforsikringen efter de tarif- og forsikringsbetingelser, der gælder for individuelle forsikringer på fratrædelsestidspunktet.

Fortsættelsesforsikringens dækning kan ikke være større end gruppeordningens dækning, ligesom ophørstidspunktet for forsikringen ikke kan ligge senere end tidspunktet for gruppeordningens.

Er der skærpede vilkår for gruppeordningens dækning, gælder de også for fortsættelsesforsikringen.

Fratræder forsikrede sin stilling, mens dækningen ved tab af erhvervsevne udbetales, kan han/hun oprette en fortsættelsesforsikring, når han/hun er blevet rask. Vi opretter fortsættelsesforsikringen efter de tarif- og forsikringsbetingelser, der gælder for individuelle forsikringer på raskmeldingstidspunktet, jf. de tre foregående afsnit.

5. 85.357

Nævnet udtaler:

Anmeldelsesfrist

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsikringstager skal anmelde et erhvervsevnetab senest 6 måneder efter forsikringens ophør. En sådan særlig forældelsesregel ved forsikringens ophør er gyldig, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6.

Det må lægges til grund, at klagerens forsikring ophørte pr. 1/1 2012 i forbindelse med, at hun fratrådte sin stilling. Hun indsendte sin anmeldelse af tab af erhvervsevne den 12/8 2013. Klageren anmeldte derved sit krav ca. 13½ måned efter udløbet af fristen i forsikringsbetingelserne.

Klageren anmeldte i november 2011, at hun ønskede dækning for psykologbehandling over sin sundhedssikring pga. stress, angst og depression. Af anmeldelsen fremgår ikke, at klageren på dette tidspunkt var sygemeldt. Klageren var også i telefonisk kontakt med selskabet i forbindelse med denne anmeldelse. Nævnet finder, at klageren ikke ved dette forløb kan anses for at have anmeldt et erhvervsevnetab allerede i november 2011.

Klageren har gjort gældende, at hun først kort før sin anmeldelse i august 2013 blev gjort opmærksom på, at hun havde forsikringsdækning ved erhvervsevnetab. Hun har endvidere anført, at hun pga. af sin sygdom ikke var i stand til at forholde sig til sin situation, herunder at anmelde et erhvervsevnetab. Nævnet finder, at klageren ikke har godtgjort, at der foreligger sådanne særlige omstændigheder, som kan føre til, at forsikringsbetingelsernes anmeldelsesfrist på 6 måneder ikke gælder.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har afvist at behandle klagerens ansøgning om dækning for erhvervsevnetab med henvisning til, at den er indgivet for sent.

6. 85.357

Rådgivning

Klageren har anført, at hun under en telefonisk samtale med en medarbejder fra selskabet i efteråret 2011 redegjorde for sin situation, herunder at hun var sygemeldt og fyret pr. 1/1 2012. Hun har gjort gældende, at selskabet i denne telefonsamtale burde have rådgivet hende om muligheden for at anmeldte et erhvervsevnetab. Selskabet er enig i, at klageren telefonisk kontaktede selskabet i forbindelse med sin anmodning om dækning for psykologbehandling over sundhedssikringen.

Nævnet finder, at klageren ikke er fremkommet med oplysninger, der kan begrunde, at selskabet som følge af mangelfuld rådgivning kan pålægges et erstatningsansvar over for klageren. Nævnet bemærker, at der ikke foreligger oplysninger om, at lægelige eller kommunale akter skulle være tilgået selskabet, før klageren indgav sin anmeldelse i august 2013.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen