Ankenævnet *for* Forsikring

Den 26. juni 2019 blev i sag nr. 93328:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

BNP Paribas Cardif Forsikring
Lyskær 1, 3.Tv.
2730 Herlev

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring med dækning ved tab af erhvervsevne. Klagerens advokat har i brev af 15/1 2019 til nævnet blandt andet anført:

> "Vedlagt fremsendes klageskema underskrevet af min klient, idet jeg som advokat for [klageren], boende …, indgiver klage over BNP Paribas Cardif i forbindelse med, at selskabet, den 1. juni 2018 **(bilag 1)**, og endnu engang den 17. december 2018 **(bilag 2)** har afvist at give min klient dækning i henhold til den tegnede forsikring mod tab af erhvervsevne.
>
> Min klient har hos selskabet tegnet en forsikringsaftale, der blandt andet indeholder dækning af fuldt tab af erhvervsevne **(bilag 3)**.
>
> Selskabet har givet afslag med den begrundelse, at der i henhold til betingelserne ikke ydes nogen udbetaling ved fuldt tab af erhvervsevne på baggrund af, at forsikringsselskabet ikke dækker psykiske sygdomme, med henvisning til punkt 2.2.5 i betingelserne.
> …
> Jeg er klart af den opfattelse, at det er dokumenteret, at min klient ikke er sygemeldt på baggrund af en 'psykisk sygdom'. Dernæst skal jeg gøre gældende, at punkt 2.2.5 i forsikringsbetingelserne er en undtagelsesbestemmelse, hvorfor det er selskabet, der har bevisbyrden for, at min klients skade netop er omfattet af undtagelsesbestemmelsen. Denne bevisbyrde er ikke opfyldt.
>
> Selskabet begrunder afslaget med, at min klient i sin anmeldelse har angivet stress som årsag til sin sygemelding. Det er imidlertid ikke op til min klient at stille en diagnose selv. Det fremgår af egen læges journal **(bilag 4)** ved tilførsel af 21. november 2017, at min klient var til lægekonsultation, at han klagede over smerter for hele bevægeapparatet, samt at han følte sig stresset.

Ved konsultation den 19. december 2017 fremgår, at min klient havde belastningsreaktioner med symptomer for bevægeapparatet. Igen angav min klient, at han var af den opfattelse, at det var grundet stress og nervøsitet. Egen læge henviste derfor til psykologhjælp.

Ved konsultation den 26. januar 2018 havde min klient været hos psykolog. Det fremgår af journaltilførsel, at psykologen ikke mente at kunne hjælpe patienten yderligere.

Endvidere skal jeg henvise til mail af 11. september 2018 (bilag 5) fra Psykologen til min klient hvoraf fremgår, at min klient netop ved klinisk stresstest i forløbet hos psykologen ikke viste tegn på distress.

Psykologen bekræfter endvidere, at han ikke så sig i stand til hjælpe min klient yderligere, ikke mindst i lyset af, at min klient under forløbet havde mange fysiske udfordringer/smerter.

Det er således afkræftet ved psykolog, at min klient skulle have vist tegn på stress, og dermed at sygemeldingen skulle skyldes stress/psykisk sygdom.

Jeg henviser endvidere til, at det fremgår af min klients egen læges journal, at han i 2015 fik et kraftigt traume mod højre fod, og at han siden havde haft kronisk hævelse og smerter i foden. Det fremgår således også, af journaltilførsel af 8. august 2017, at han blev henvist til Ortopædkirurgisk Ambulatorium netop på baggrund af de højresidige forfodssmerter.

Som tidligere anført fremgår det af konsultationen den 21. november 2017, at min klient har smerter fra hele bevægeapparatet. Det fremgår endvidere af journaltilførsel af 6. marts 2018, at min klient havde bursit/tendinit/synovit i venstre hofteregion og at han blev behandlet med smertestillende medicin samt blokader. Smerterne var så kraftige, at egen læge den 19. marts 2018 bestilte scanning.

Jeg kan endvidere supplerende oplyse, at min klient har fået langvarig og intensiv behandling for de fysiske gener bl.a. ved autoriseret Body-sds-behandler … samt ved [andet fysioterapeutisk behandlingssted]. Jeg vedlægger til orientering kopi af faktura fra begge, hvoraf fremgår behandlingsforløbet **(bilag 6)**.

Som det fremgår af faktura fra Fysioterapeuten, har [pensionsselskab 1] betalt for denne behandling. Baggrunden for dette er, at min klient har en lignende forsikring hos [pensionsselskab 1] og i øvrigt også hos [pensionsselskab 2], som har accepteret udbetaling i henhold til den nedsatte erhvervsevne.

Jeg er således af den opfattelse, at det er fuldt ud dokumenteret, at min klients nedsatte erhvervsevne skyldes hans fysiske helbredsgener, og at det netop er afkræftet både ved egen læge og psykolog, at der skulle være tale om en 'psykisk sygdom', hvorfor min klient er berettiget til dækning i henhold til den tegnede forsikring mod tab af erhvervsevne."

Selskabet har i brev af 1/2 2019 til nævnet blandt andet oplyst:

"Vi fastholder vores afgørelse, at vi ikke kan imødekomme [klagerens] ønske om forsikringserstatning.

[Klageren] har den 11. december 2017 signeret og sendt sin skadeanmeldelse ind til BNP Paribas Cardif. Som årsag til sin sygemelding angiver han 'stress, som er kommet snigende gennem ca. 4 måneder.' Videre angiver han, at hans første sygedag er den 31. oktober 2017. I forbindelse hermed opsøger han sin læge den 21. november 2017. På lægeerklæring og sygerefusion angives at [klageren] er sygemeldt i flere måneder.

BNP Paribas Cardif har efterspurgt lægejournal for den aktuelle sygdomsperiode, og har behandlet sagen ud fra de i lægejournal angivne oplysninger.

Ud fra de oplysninger vi har modtaget, er [klageren] ikke berettiget til erstatning på grund af, at vi ikke dækker psykiske sygdomme, medmindre [klageren] er blevet diagnosticeret af en speciallæge i psykiatri, (cf. punkt 2.2.5 i forsikringsbetingelserne).

Ud fra de indkomne journaler fremgår følgende:
- Ved sin lægekonsultation den 21. november 2017 bekræftes der, at [klageren] er 'stresset'.
- Ved sit næste lægebesøg, den 19. december 2017, angives der, at han har 'overbelastningsreaktioner med symptomer fra bevægelsesapparatet grundet stress og nervøsitet. Anbefales psykologhjælp'.
- Ifølge journalen henvises han den 10. januar 2018 igen til psykolog.
- Ifølge journalen, dateret den 26. januar 2019 har han en meget lang lægekonsultation, henvist fra psykologen, da psykologen ikke selv kan hjælpe yderligere. Lægen får her indtryk af, at [klageren] muligvis lider af ADHD. [Klageren] ønsker selv ikke at blive yderligere behandlet herfor. Ifølge journalen fremgår der her heller intet om nogen fysiske smerter.

[Klageren] har fået den første beslutning (afslagsbrev) tilsendt den 19. januar 2018 med henvisning til, at der ikke udbetales erstatning ved fuldt tab af erhvervsevne, som skyldes psykiske sygdomme, da [klageren] ikke er blevet diagnosticeret af en speciallæge i psykiatri. [Klageren] har derefter ændret årsagen til sin sygemelding til diverse fysiske smerter (fod, hofte), hvorefter BNP på ny har prøvet retten til erstatning. Selskabet har ikke fundet nogen oplysninger i de indkomne journaler, der giver anledning til en ændring i den tidligere afgørelse. Hans sag er derefter blevet genbehandlet i BNP Paribas Cardifs Skadenævn 2 gange, og Skadenævnet har truffet den samme afgørelse.

<u>Som svar på [klagerens] argumentation til Ankenævnet:</u>
Af journalmaterialet den 10. januar 2019 og 26. januar 2019 fremgår følgende:
[Klagerens] psykolog noterede, at han ikke kunne hjælpe [klageren] yderligere, hvorfor han henviste [klageren] til yderligere konsultation med sin læge. [Klagerens] læge noterede, at [klageren] muligvis lider af ADHD, som er en psykisk lidelse. [Klageren] ønsker selv ikke at blive yderligere behandlet herfor. Det faktum at psykologen ikke kunne hjælpe [klageren] indebærer ikke, at [klageren] ikke led af psykiske lidelser.

[Klageren] har i efterhånd, nærmere 1 år efter den angivne skadedato, på egen foranledning, kontaktet sin psykolog vedrørende tydeliggørelse af tidligere journalnote. Dette er ikke noget, som har forandret BNP Paribas Cardifs bedømmelse.

[Klageren] har efter at BNP Paribas Cardif har givet afslag på grund af stress (dvs. psykisk lidelse) ændret årsagen til sin sygemelding. Nu angiver [klageren] i stedet fysiske årsager, bl.a. kronisk hævelse og kroniske smerter i foden efter et kraftigt traume i 2015.

Smerterne i [klagerens] højre fod debuterede i 2015, og han tegnede forsikringen den 1. maj 2017. Der kan derfor heller ikke gives nogen erstatning, hvis arbejdsevnen har været nedsat på grund af disse smerter, da de debuterede, inden forsikringen tegnedes. Se punkt 2.2.5 i betingelserne:
'Der udbetales ikke erstatning ved fuldt tab af erhvervsevne, som skyldes sygdom, smitte, skade eller symptomer, som viste sig, inden du indtrådte i forsikringen (uanset om diagnosen først endeligt kunne stilles efter din indtrædelse i forsikringen), eller følger af disse gener, eller som du i et eller flere tilfælde i de 12 måneder umiddelbart forud for forsikringens/ændringens ikrafttræden har fået eller søgt konsultation eller behandling for hos en autoriseret læge.'

Det er først i note i journalen af den 6. marts 2018 som det fremgår, at [klageren] havde bursit. Det fremgår imidlertid ikke af journalen, hvis og i hvilket omfang [klageren] skulle have været sygemeldt på grund af disse smerter.

Endvidere fremgår der af lægejournalen dateret den 19. marts 2019, at [klageren] er startet op i arbejde igen på 25 % fra den 1. april 2018.

Et af kriterierne for at få tilkendt erstatning fra BNP Paribas Cardif er, at man skal være 100 % sygemeldt for en godkendt diagnose. Af den indsendte dokumentation fremgår der ingen steder, at arbejdsevnen skulle være helt nedsat på grund af en godkendt diagnose under perioden 31. oktober 2017 til 31. marts 2018.

[Klageren] har indsendt faktura for fysioterapibehandling for fysiske gener. BNP Paribas Cardif udbetaler ikke, ifølge gældende forsikringsbetingelser, erstatning for udgifter for disse, eller andre, besøg. De kan i sig heller ikke godkendes som underlag til erstatningsudbetaling.

Til sidst angiver [klageren], at [pensionsselskab 1] har accepteret udbetaling af fysioterapibehandling. Dette berører ikke BNP Paribas Cardifs behandling og vurdering af [klagerens] sag. Alle selskaber har sine egne betingelser."

Klagerens advokat har i brev af 28/3 2019 til nævnet blandt andet anført:

"Jeg vil dog endnu engang gøre opmærksom på, at Forsikringsselskabet efter min opfattelse lægger for meget vægt på min klients egen 'diagnosticering'.

Min klient har i anmeldelsen angivet 'stres' som årsag til sin sygemelding. Der er imidlertid på intet tidspunkt, af en lægefaglig person, stillet diagnosen 'stres'. Det der fremgår af min klients egen læges journal, er alene anamnesen, altså min klients egen oplysning om at han følger sig stresset Bilag 5 er fuldstændig afgørende, idet min klient netop blev henvist til specialist med henblik på en afklaring, idet min klient selv angav, at han var af den opfattelse, at han havde stres og nervøsitet.

Som det fremgår af bilag 5 er der ikke tale om nogen psykiske lidelser eller sygdomme, men psykologen bekræfter derimod, at min klient havde mange fysiske udfordringer/smerter.

Det er naturligvis efter min opfattelse helt relevant hvilken diagnose der er stillet hos fagpersoner og ikke en oplysning fra en forsikringstager.

Når min klient fortæller lægen, at han følger sig stresset, så er det efter hans opfattelse tale om at han altid er træt, øm i kroppen og uro i hovedet.

Derudover anfører Forsikringsselskabet, at de indsendte fakturaer er et forsøg på, fra min klient, at få betalt de pågældende fakturaer. Det er imidlertid på ingen måde korrekt. Min klient havde på et tidspunkt en samtale med en medarbejder fra Forsikringsselskabet, som oplyste, at han måtte sandsynliggøre, at hans sygemelding skyldtes noget fysisk. På den baggrund fremsendte min klient alle de kvitteringer han havde, således at han overfor Forsikringsselskabet netop kunne dokumentere, hvor meget han arbejdede med sin fysik for at komme videre.

Jeg er således af den opfattelse, at det lægefagligt er dokumenteret, – at min klients sygemelding netop ikke skyldes 'psykisk sygdom'."

Af selskabets brev af 10/4 2019 til nævnet fremgår det blandt andet:

"Ud fra de indkomne journaler fremgår følgende:
-Ved sin lægekonsultation den 21. november 2017 bekræftes der, at [klageren] er 'stresset'.
-Ved sit næste lægebesøg, den 19. december 2017, angives der, at han har 'overbelastningsreaktioner med symptomer fra bevægelsesapparatet grundet stress og nervøsitet. Anbefales psykologhjælp'.
-Ifølge journalen henvises han den 10.januar 2018 igen til psykolog.
-Ifølge journalen, dateret den 26.januar 2019 har han en meget lang lægekonsultation, henvist fra psykologen, da psykologen ikke selv kan hjælpe yderligere. Lægen får her indtryk af, at [klageren] muligvis lider af ADHD. [Klageren] ønsker selv ikke at blive yderligere behandlet herfor.
Ifølge journalen fremgår der her heller intet om nogen fysiske smerter.

Der er således tale om flere besøg hos både læge og psykolog - dvs. fagpersoner.

Af den indsendte dokumentation fremgår der ingen steder, at arbejdsevnen skulle være helt nedsat på grund af en godkendt diagnose under perioden 1. oktober 2017 ti I 31. marts 2018."

Nævnet har modtaget bilag fra sagen. Et uddrag heraf gengives nedenfor.

I journalen fra klagerens praktiserende læge er det blandt andet anført:

"**08-03-2018 Bursit/tendinit/synovit IKA**
Diagnoser
L87 Bursit/tendinit/synovit IKA

Kontakt tekst:
Møder til 'blokade'.
Under sterile forhold inj. Depormedrol 2 ml + Xylokain 1% 1 ml i ve. Bursa trochanterica.
…
06-03-2018 Bursit/tendinit/synovit IKA
Diagnoser:

L87 Bursit/tendinit/synovit IKA

Kontakt tekst:
Smerter i ve. Hofteregion.
Obj. Trochanter bursit.
Inj. Xylokain 1% 2 ml i bursa lindrer prompte
Aftaler steroidinj. En af dagene.
…
26-01-2018 Konsultation
Meget lang konsultation
Sendt herop fra psykolog …, der ikke mener at kunne hjælp pt. Yderligere.
Obj. psykisk: ikke depressiv
Tankegang samlet, ingen tegn på psykotiske stigmata.
Kunne godt få indtryk af ADHD
Ønsker ikke at udredning eller behandling herfor.
…
19-12-2017 Konsultation
Overbelastnings reaktioner med symptomer fra bevægeapparatet grundet stress og nervøsitet.
Anbefales psykolog hjælp.
…
21-11-2017 Konsultation
Lab. screening.
Smerter fra hele bevægeapp.
Stresset

28-08-2017 Ledsmerter
…
Epikrise:
Henvise fra e.l. til hø.sidige forfodsmerter.
Pt. Er tidl. Konservtivt beh. for fraktur proksimale phalanx 1.
Stråle 2010. I sommer direkte traume af hø.fod, hvor pt. blev ramt af kasse med sodavand fra 1½m højde.
Rtg. fra juli 2017 hø. fod 3 planer ubelastet viser opheling af tidl. fraktur 1. stråle. Udbrudt Mearys linje. Tydeligt symes tegn.
Avulusion proksimalt medialt grundphalanx 4. stråle knapt 1 mm.
Herudover nomrale ossøse arikulære forhold.
…
05-07-2017 Symptom/klage fra fod/tå
Diagnoser:
L17 Symptom/klage fra fod/tå
L96 Erhvervet deformitet af ekstremitet

Kontakt tekst
Kraftigt traume mod højre fod for 2år siden.
Mistænker selv at der var brud i mellemfoden.
Efterfølgende nedsunket forfod, kronisk hævelse og smerter i mellemfoden ved belastning.
Er [sportsudøvende] og må kompensere, hvorved han får smerter i højre ydre hofte.

Der har også tidligere være anisomeli, som følge af højre crus fraktur, med efterfølgende operativ korrektion.
Tidligere lumbal discus prolaps med påvirkning af venstre side.

Obj. højre fod: let diffus hævelse af platar pedis. nedsunket forfod. ingen indirekte ømhed.
Der udbedes rgt. af højre fod og henvises til fys."

En psykolog har i en mail af 11/9 2018 til klageren oplyst:

"På given foranledning kan det hermed bekræftes at vurdering/testning med Klinisk Stress Test i forløbet hos undertegnede ikke viste tegn på distress. Ligeledes bekræftes, at undertegnede ikke så sig i stand til at hjælpe pgl. yderligere, ikke mindst i lyset af, at pgl. under forløbet her havde mange fysiske udfordringer/smerter."

I forsikringsbetingelserne hedder det blandt andet:

"**2.2 Dækning ved fuldt tab af erhvervsevne**
2.2.1 Ved fuldt tab af erhvervsevne* udbetales månedlige erstatning* med de undtagelser, som fremgår af pkt. 2.2.2-2.2.5.
…
Hvis der indtræffer fuldt tab af erhvervsevne* efter kvalificeringsperioden udbetales der først erstatning for de første 7 dage såfremt fuldt tab af erhvervsevne* fortsat består efter de 7 dage. Herefter udbetales månedlig erstatning* med 1/30 pr dag som det fulde tab af erhvervsevne har varet inden for forsikringsperioden*. Erstatningen udbetales månedsvis bagud og udbetales i maksimalt 6 måneder (180 dage) pr. godkendt skade og I maksimalt 18 måneder (540 dage), i den samlede periode hvori forsikringen er i kraft.

Den første dag med fuldt tab af erhvervsevne* anses for at være den dag, som den ansatte har fået en lægeerklæring, fra praktiserende læge I Danmark, på at vedkommende ikke kan udføre et fuldtidsarbejde*.
…
2.2.5 Der udbetales ikke erstatning ved fuldt tab af erhvervsevne*, som skyldes nogle af de følgende forhold:
…
- Sygdom, smitte, skade eller symptomer;
  - som viste sig inden den ansatte indtrådte i forsikringen (uanset om diagnosen først endeligt kunne stilles efter den ansattes indtrædelse i forsikringen), eller følger af disse gener, eller
  - som den ansatte i et eller flere tilfælde i de 12 måneder umiddelbart forud for forsikringens/ ændringens ikrafttræden har fået eller søgt konsultation eller behandling for hos en autoriseret læge.

…
- Psykiske sygdomme, med mindre sygdomme er diagnosticeret af en speciallæge i psykiatri.

…
Definitioner
…
Forsikringsperiode
Den periode som forsikringen tegnes for. Forsikringen tegnes for en måned ad gangen.
…

Fuldt erhvervsdygtig
Den ansatte er fuldt erhvervsdygtig, hvis denne kan udføre sit sædvanlige arbejde uden begrænsninger og ikke modtager eller har ret til erstatning, der skyldes sygdom eller ulykke*. Samtidigt forudsættes det, at den ansatte ikke har et særligt tilpasset arbejde eller arbejder med såkaldt løntilskud pga. psykisk eller fysisk funktionsnedsættelse, f.eks., fleksjob, skånejob, §56 aftale og lignende, og at denne heller ikke har modtaget erstatning for sygdom eller ulykke* i mere end 14 dage i træk 1 den seneste 3-måneders periode.

Fuldt tab af erhvervsevne
Hvis den ansatte mister sin erhvervsevne, som følge af sygdom eller ulykke*, og som indtræffer i forsikringsperioden*, samt at denne tabte evne helt forhindrer denne i at udføre sit sædvanlige arbejde.
…
Ulykke
En pludselig hændelse der forårsager personskade."

Nævnet udtaler:

Klageren har i skadeanmeldelse af 11/12 2017 til selskabet oplyst, at han blev sygemeldt den 31/10 2017. Han har angivet, at årsagen til sygemeldingen var stress, der var kommet snigende gennem ca. 4 måneder. Han er utilfreds med, at selskabet har afvist at yde dækning for tab af erhvervsevne, og han har blandt andet henvist til, at selskabet ikke har bevist, at han er sygemeldt på grund af psykisk sygdom. Han har også henvist til, at han har smerter fra bevægeapparatet, og at en psykolog har udtalt, at klageren ikke har vist tegn på distress i en klinisk stresstest.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at årsagen til sygemeldingen er stress, hvilket der ikke er dækning for, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 2.2.5. Selskabet har afvist, at klagerens gener fra bevægeapparatet har været årsag til en 100 % sygemelding. Selskabet har vedrørende generne fra klagerens fod angivet, at disse debuterede i 2015 og dermed før forsikringens ikrafttræden den 1/5 2017, hvorfor der ikke er dækning, hvis disse gener har været årsag til erhvervsevnenedsættelsen, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 2.2.5. Selskabet har på baggrund af skadeanmeldelsen og journalen fra klagerens praktiserende læge fastholdt, at klagerens sygemelding er begrundet i stress.

I klagerens journal fra hans praktiserende læge er det den 5/7 2017 noteret, at klageren havde haft et kraftigt traume mod højre fod 2 år tidligere. Der havde efterfølgende været nedsunket forfod, kronisk hævelse og smerter i mellemfoden ved belastning. Det blev noteret, at klageren "Er løber og må kompensere, hvorved han får smerter i højre ydre hofte". Den 28/8 2017 er det i en epikrise noteret, at en røntgenundersøgelse i juli 2017 blandt andet viste opheling af tidligere fraktur 1. stråle. Den 21/11 2017 er det noteret, at klageren havde smerter fra hele bevægeapparatet, og det er angivet "stresset". Den 19/12 2017 er det noteret, at klageren har "overbelastningsreaktioner med symptomer fra bevægeapparatet grundet stress og nervøsitet. Anbefales psykologhjælp". Den 26/1 2018 er det noteret, at klageren var sendt tilbage fra en psykolog, der ikke længere kunne hjælpe. Det var noteret "Obj. Psykisk: ikke depressiv. Tankegang samlet, ingen tegn på psykotiske stigmata. Kunne godt få indtryk af ADHD. Ønsker ikke udredning eller behandling herfor". Den 6/3 og den 8/3 2018 er der gjort notater om smerter i venstre hofteregion og blokadebehandling.

I en mail af 11/9 2018 har klagerens psykolog angivet, at en vurdering/testning med klinisk stress test af klageren ikke viste tegn på distress. Psykologen bekræftede, at han ikke så sig i stand til at hjælpe klageren yderligere – ikke mindst i lyset af, at klageren under forløbet havde mange fysiske udfordringer/smerter.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne punkt 2.2.1, at "Ved fuldt tab af erhvervsevne* udbetales månedlige erstatning* med de undtagelser, som fremgår af punkt 2.2.2-2.2.5". Det anføres videre, at "Den første dag med fuldt tab af erhvervsevne* anses for at være den dag, som den ansatte har fået en lægeerklæring fra praktiserende læge i Danmark på at vedkommende ikke kan udføre fuldtidsarbejde*".

Nævnet lægger efter en gennemgang af sagen – herunder de lægelige bilag og skadeanmeldelsen – til grund, at klagerens sygemelding og tab af erhvervsevne i det væsentlige må tilskrives stress. Nævnet har i denne forbindelse lagt vægt på de begrænsede lægelige oplysninger om

klagerens gener fra bevægeapparatet, samt hans egen angivelse af årsagen til sygemeldingen i skadeanmeldelsen.

Nævnet bemærker, at forsikringsbetingelsernes punkt 2.2.5 er en undtagelse, hvorfor det påhviler selskabet at bevise, at det anmeldte erhvervsevnetab er omfattet af undtagelsen. Af forsikringsbetingelserne fremgår det, at der ikke er dækning for "Psykiske sygdomme medmindre sygdommen er diagnosticeret af en speciallæge i psykiatri".

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at selskabets afslag på at yde dækning for det anmeldte erhvervsevnetab med henvisning til undtagelsen om psykiske sygdomme har været uberettiget.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det på psykiatrifondens hjemmeside om stress blandt andet er anført, at "**DEFINITION PÅ STRESS** Man kan definere stress som en belastningstilstand, som både kan være psykisk og fysisk. Belastningstilstanden opstår, når ydre eller indre krav overstiger de ressourcer, den enkelte har – eller oplever, at han eller hun har". Videre er det angivet, at "**Stress er ikke en sygdom** I den offentlige debat høres udsagn som 'stress – en folkesygdom'. Men stress er ikke en sygdom. Stress er en belastningstilstand – en ubalance (som man er kommet i) – som, hvis det står på i længere tid, kan medføre sygdomme. Blodpropper, hjerte-kar-sygdomme og depression er blandt de følgesygdomme, der kan komme efter længerevarende stress, ligesom kroniske sygdomme som allergi, astma, psoriasis og diabetes ofte forværres af stress."

Nævnet finder, at en stresstilstand som klagerens – uanset at den har medført en længerevarende sygemelding og et midlertidigt erhvervsevnetab – ikke kan anses som psykisk sygdom. Nævnet finder, at det er selskabet, der som koncipist af forsikringsbetingelserne, bærer risikoen for, at det ikke er tilstrækkeligt klart angivet, at erhvervsevnetab som følge af stresstilstande er undtaget dækning.

11. 93328

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Selskabet, BNP Paribas Cardif Forsikring, skal anerkende, at afslaget på dækning med henvisning til udtagelsen vedrørende psykiske sygdomme er uberettiget, og selskabet skal genoptage sagsbehandlingen af sagen med henblik på at yde dækning for det anmeldte erhvervsevnetab i henhold til forsikringsbetingelserne.

Klagegebyret tilbagebetales

Peter Thønnings