

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 17. marts 2021 blev i sag nr. 95614:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved tab af erhvervsevne. I klageskema af 29/7 2020 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg har anmeldt nedsat erhvervsevne som følge af bl.a. fibromyalgi, hypermobilitetssyndrom, artrose i samtlige led. Jeg blev udredt for sygdommen i 2017 og mener derfor ikke jeg har kunnet søge om udbetaling for nedsat erhvervsevne før udredningen var afsluttet. PFA mener jeg kunne søge om udbetaling så snart min sygdom blev konstateret hos en læge. Hvor meget erhvervsevnen er nedsat ved jeg jo først når jeg er endeligt udredt.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg vil opnå anerkendelse og godkendelse af min erstatningsret."

Selskabet har i brev af 21/9 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Hvad handler tvisten om – parternes overordnede synspunkter?

Forsikrede har i webskemaet anført, at hun med ankenævns sagen konkret ønsker at opnå: "Jeg vil opnå anerkendelse og godkendelse af min erstatningsret".

PFA gør over for Ankenævnet gældende, at forsikredes eventuelle krav på løbende forsikringsydelser og udbetaling af invalidesummen efter forsikringen er forældet i sin helhed i henhold til bestemmelserne om den 10-årige forældelsesfrist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 3 og forældelseslovens § 8.

Subsidiært gør selskabet gældende, at forsikredes eventuelle krav på løbende forsikringsydelse og udbetaling af invalidesummen før den 9. marts 2016 er forældet i henhold til forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1., jf. forældelseslovens § 2, stk. 1 og § 3, stk. 1.

Hvilken type forsikring er der tale om?

Forsikredes forsikring blev oprettet den 1. april 2002 gennem hendes tidligere arbejdsgiver.

I forbindelse med oprettelsen af forsikringen modtog forsikrede en police dateret den 8. maj 2002 (bilag A). Forsikringen ved tab af erhvervsevne blev oprettet med en årlig invalidepensionsdækning på kr. 86.400 og invalidesum på kr. 216.000.

Ordningen giver ret til fuld udbetaling af invalidepension og/eller fuld præmiefritagelse, såfremt forsikredes erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykkestilfælde er nedsat til en tredjedel eller derunder af den fulde erhvervsevne. Er erhvervsevnen på grund af sygdom eller ulykkestilfælde nedsat til halvdelen, er forsikrede berettiget til halv invalidepension og/eller halv præmiefritagelse. Der er en karenperiode på 3 måneder.

Derudover giver forsikringen ret til udbetaling af en invalidesum, såfremt forsikredes erhvervsevne nedsættes til en tredjedel eller derunder, og nedsættelsen efter PFA's skøn er varig.

Der henvises til de vedlagte forsikringsbetingelser (bilag B).

Ved brev af 21. maj 2005 orienterede PFA forsikrede om, at indbetalingerne til hendes ordning var stoppet den 1. maj 2005, og at de forsikringsdækninger, der hørte til pensionsordningen, ville bortfalde pr. 1. maj 2006, hvis hun ikke kontaktede PFA (bilag C). Forsikrede kontaktede ikke PFA herom.

Ordningen blev derfor med virkning fra den 1. maj 2006 omtegnet til en fripolice, dvs. en pensionsordning uden præmiebetaling. I fripolicebrevet (bilag D) oplyste selskabet bl.a. forsikrede om, at hun ved eventuel invaliditet pr. 1. maj 2006 havde ret til en livsvarig invalidepension på kr. 952 årligt, invalidepension (indtil 1/1 2029) på kr. 5.607 årligt og et engangsbeløb efter 1 år ved varig invaliditet inden det 60. år på kr. 25.740.

Af PFA's interne system "Kundeoverblik" fremgår det, at forsikredes aktuelle årlige dækning ved eventuelt erhvervsevnetab udgør kr. 6.559 og invalidesummen udgør kr. 25.740.

Sagsfremstilling

Forsikrede er født i [1960'erne]. Hun arbejdede efter det oplyste forud for sin sygemelding som [...]. Forsikredes løn udgjorde på dette tidspunkt kr. 23.000 om måneden. Dette havde hun gjort siden den 1. september 2003 (bilag E). Forsikrede er uddannet [...] (forsikredes bilag 1).

Ved brev af 26. marts 2005 (bilag F) blev forsikrede opsagt fra sin stilling i [...]. Af brevet fremgår bl.a.:

"Da du den 25. marts 2005 har oppebåret løn under sygdom i i alt 120 dage indenfor de seneste 12 kalendermåneder, vil din fratræden således finde sted med forkortet varsel på en måned, jf. funktionærlovens § 5, stk. 2 og dermed få virkning fra udgangen af april 2005."

PFA modtog den 9. marts 2019 en ansøgning om udbetaling ved erhvervsevnetab fra forsikrede (bilag G). I ansøgningen anførte forsikrede bl.a., at hun den 25. november 2004 blev fuldt sygemeldt. Forsikrede anførte under rubrikken "Hvilken sygdom er hovedårsagen til din sygemelding (din nedsatte erhvervsevne)": "Fibromyalgi". I skemaet angav forsikrede desuden "polyartrose gigt i mange led" som sekundær årsag til hendes sygemelding.

I ansøgningsskemaet oplyste forsikrede ligeledes, at hun havde haft symptomer på sygdommen siden den 9. august 2004, og at hun den 1. april 2006 havde indgivet sin første ansøgning om fleksjob.

PFA har i forbindelse med behandling af sagen modtaget en række helbreds-mæssige og kommunale akter, hvoraf udvalgte dele vil blive gennemgået i det følgende.

I speciallægeepikrise af 7. januar 2005 (bilag H, s. 1) er det under afsnittet "Nuværende" oplyst:
"Gennem 2-3 mdr. tiltagende gener fra hø. skulder. Relaterer det helt klart til hendes arbejde som [...] i [...]. Tilsynladende den eneste ansatte. Først sygemeldt for 7 uger siden. Har prøvet med injektioner fra e.l.'s side uden effekt og derudover NSAID. Smerter primært i skulderen, som nu trækker ned i hele armen. Problemer med at sove om natten pga. smerterne."

Den 22. juni 2005 vurderede kommunens lægekonsulent (bilag I, s. 29), at der ikke var yderligere behandlingsmuligheder, og at forsikrede af helbreds-mæssige årsager ikke kunne klare et arbejde inden for hendes daværende uddannelsesområde.

I ortopædkirurgisk regi blev der den 20. juli 2006 udfærdiget en epikrise (bilag H, s. 3). Det fremgår bl.a. af epikrisen:

"Pga. ovenstående er der dec. 2005 foretaget artroskopisk subakromiel dekompression i skulderen. Opr. har medført at de præopr. smerter er forsvundet. Derimod er der desværre opstået diffuse smerter fortil omkring skulderen og omkring forreste hjørne af acromion, således at smerterne nu er af en anden slags end før, men af samme sværhedsgrad.

[...]

Fys kan ikke tilbyde yderligere træning i hospitalsregi og der er derfor ikke noget yderligere behandlingstilbud her. Må fortsætte med at bruge armen efter evne og man må sætte sin lid til en evt. spontan bedring af tilstanden. Afsluttes."

Den 27. december 2006 besøgte forsikrede en reumatolog. I epikrisen herfra er det bl.a. oplyst (bilag H, s. 4):

"Pt har i mange år haft smerter fra bevægeapparatet. Det begyndte i højre skulder, men nu er det nærmest overalt med en fornemmelse af at have blå mærker overalt, helt ud i huden er der ømhed.

[...]

Alle tenderpoints er positive, bortset måske costa 2 sin. Ingen ledforandringer.

Konklusion:

Jeg er ikke i tvivl om, at pt har fibromyalgi og henviser til evt. behandling på [...]."

Den 7. maj 2007 udarbejdede praktiserende læge en statusattest (bilag H, s. 6). I attesten anførte lægen bl.a., at forsikrede var langtidssygemeldt, og at hun havde tiltagende smerter i hele kroppen. Der var stivhed og ømhed af fingre om morgenen. Lægen noterede videre, at det var svært at udtale sig om prognosen.

Om forsikredes ressourceudvikling anførte kommunen den 22. august 2007 (bilag I, s. 15):

"Det vurderes at der ikke umiddelbart forefindes yderligere udviklingsmuligheder for [...], da [...] allerede er revalideret samt at [...] symptomer er af en sådan karakter at hun sandsynligvis vil have betydelige begrænsninger i forhold til ethvert erhverv."

Den 21. januar 2008 udfærdigede praktiserende læge en ny statusattest til jobcenteret (bilag H, s. 7). Heraf fremgår det bl.a.:

"Funktionsniveau: Patienten oplyser, at hun har mange diffuse smerter, og bliver hurtigt træt. Arbejdede 20 timer om ugen, og var derefter helt ødelagt om aftenen.

[...]

2. Langvarigt sygdomsforløb siden 2004, så jeg tror ikke på bedring.

3. Kan formentlig (ikke set hende i 2 mdr) starte på deltid, job på særlige vilkår ca. 15-20 timer pr. uge."

Til jobcenteret oplyste forsikrede den 6. maj 2008 (bilag I, s. 14), at hun havde svært ved at se sig selv i et arbejde på ordinære vilkår.

Af det kommunale notat dateret 4. oktober 2008 (bilag I, s. 32) fremgår det bl.a.:

"Pgl. ser sig ikke i stand til at arbejde mere end 15-20 timer ugentlig. Hun fortæller, at hvis hun arbejder 20 timer ugentligt er hun færdig resten af dagen. Der er status quo i hendes tilstand."

Den 20. januar 2009 blev der udfærdiget en progressionsrapport på baggrund af en arbejdsprøvning, der havde fundet sted i perioden 20. august 2008 til 5. oktober 2008 (bilag I s. 34-40). Det fremgår bl.a. af rapporten:

"[...] ønsker meget at vende tilbage til arbejdsmarkedet, men forventer ikke at hun kan honorere kravene til ordinært arbejde, men ser et fleksjob, som vejen tilbage til arbejdsmarkedet.

[...]

[...] har maksimalt været på værkstedet 15 timer ugl. (normal 2½ - 3 timer dagligt) og har haft 7 fraværsdage – heraf 5 samlet – ud af 30 mødedage."

Om forsikredes samlede beskæftigelsespotentiale blev det bl.a. angivet:

"Under forløbet har det vist sig at den optimale arbejdstid ikke kan overstige 3 timer dagligt med pauser, således at [...] kan komme til at arbejde hver dag.

[...]

På baggrund af arbejdsprøvningen må teamet konkludere at [...] ikke formår at leve op til arbejdsmarkedets krav om arbejdspræstation og arbejdstempo på ordinære vilkår.

Da [...] fortæller at der er tale om en kronisk og varig funktionsnedsættelse af helbredsmæssige årsager, må teamet på baggrund af forløbet konkludere, at [...] ses at være i be-

siddelse af arbejdsmæssige ressourcer, der vil kunne udnyttes på arbejdsmarkedet under hensyntagende forhold som eksempelvis i fleksjob på betingelser svarende til de, der blev etableret under forholdet.”

På foranledning af jobcenteret blev der den 20. oktober 2011 udarbejdet en reumatologisk speciallægeerklæring (bilag J). Under afsnittet ”Aktuelle problemstilling” er det bl.a. anført:

”Fibromyalgi:

Pt har i årevis haft ondt i led og muskler med forværring efter belastning. Pt. har i flere år søgt om et fleksjob, men det er blevet afslået på basis af udtalelser fra specialist i ortopedkirurgi.”

Under afsnittet om ”undersøgelser og behandling” er det bl.a. angivet:

”Diagnosen, fibromyalgi, blev stillet første gang af mig i 2006 og er senest bekræftet af [...], begge gange på baggrund af udbredt ømhed ved den objektive undersøgelse. Pt blev søgt henvist til fibromyalgiundervisning på [...] i 2007, men blev ikke indkaldt pga. for mange på venteliste.”

Af konklusionen fremgår bl.a.:

”Pt har haft denne situation i nogle år, og der er ingen betydende ændring i forhold til undersøgelsen hos mig i 2006.

[...]

Pt har specifikke skånebehov i forhold til brug af højre arm i løftet stilling, og knæene betinger nedsat evne til at klare arbejde med mange stillingsskift siddende/stående. Der er mere almene skånebehov over for fysisk belastning pga. bløde led og nedsat muskelkraft, hvortil kommer problemer med generel udtrætning.”

I perioden 14. februar 2012 til 23. marts 2012 deltog forsikrede i en virksomhedspraktik (bilag I, s. 9 og 28). Praktikken foregik på en [...]. Under praktikken formåede forsikrede at arbejde 1-2 timer hver anden dag. Forsikredes effektive arbejdstid udgjorde maksimalt 4½ time om ugen. Afprøvningsstedet oplyste, at forsikrede hurtigt blev ukoncentreret, og at hendes fingre hævede op ved skånsom og kortvarig belastning.

Forsikrede oplyste bl.a. til kommunen den 28. august 2012 (bilag I, s. 16):

”[...] oplyser at hun rigtig gerne ville arbejde i en stilling ca. 2 timer dagligt – dette mener hun er den maksimale arbejdstid grundet hendes helbredsproblematik.”

Kommunen fik den 6. juli 2014 udfærdiget en ny reumatologisk speciallægeerklæring (bilag K). Under ”Socialt” er det bl.a. oplyst:

”Har også i ca. 2008 gennemgået revalidering engang, det gennemførtes, men med stor hjælp af ægtefællen og patienten har ikke kunnet klare at arbejde af betydning efterfølgende. Blandt andet, fordi hun ikke kan klare tempo og koncentrere sig om undervisningsopgaver. Hun har i øvrigt tidligere haft meget hårdt fysisk belastende arbejde [...] og hos [...] med meget tunge arbejdsloft og også ledelsesfunktioner, som hun ikke kunne klare til sidst.”

Herudover fremgår det af erklæringen, at forsikrede også lider af slidigt i tommelfingrenes grundled, i storetæernes grundled på begge sider og i højre skulderled samt ankler og håndled.

Om forsikredes funktionsevne/arbejdsevne på kort og længere sigt udtalte reumatologen:

”Patientens funktionsevne/arbejdsevne skønnes ophævet både på kort og længere sigt, da hun har en svær fibromyalgi som har stået på i årevis og hun har selv gjort en stor indsats for at bibeholde sit arbejde. Hun har kæmpet for at vende tilbage til arbejdet, men nu tabt modet og indset at hun er slidt ned.”

I lægeattest til Rehabiliteringsteamet af 21. november 2014 (bilag L) oplyste forsikredes egen læge bl.a.:

”Jeg har kendt [...] i 8 år, også i den periode hvor hun arbejdede. Hun blev sygemeldt første gang i 2004, og hun har ikke været på arbejdsmarkedet siden 2005.

[...]

[...] er så invalideret i hverdagen også bare med de almindelige daglige gøremål i hjemmet, som hun ikke klarer. Hendes muskelsmerter og træthed forværres ved selv ganske små belastninger. Må hvile/sove i flere dage, hvis hun er kommet til at overbelaste sig eksempelvis ved let rengøring. Jeg mener derfor, at hun ikke vil kunne klare selv små fysiske belastninger, eller støj, eller koncentrationsbelastningen ifm evt. flexjob eller jobtræning.”

Forsikrede blev den 16. august 2017 tilkendt et fleksjob. Det fremgår bl.a. af kommunens afgørelse (bilag M):

”Vi vurderer at det er dokumenteret at du har varige og væsentlige begrænsninger i arbejdsevnen og at du derfor ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet. Du har aktuel en arbejdsevne svarende til 2 timer om ugen.”

Den 13. november 2017 blev forsikrede ansat i et fleksjob. I ”Blanket til oplysninger vedr. fleksjobansat” (bilag I, s. 1-2) er forsikredes ugentlige arbejdstid angivet til at være 2 timer. Hun arbejder som [...]. Hendes timeløn udgør kr. 192,57.

Ved afgørelse af 22. august 2019 (bilag N) afviste PFA at yde dækning for et anmeldt erhvervsevnetab med henvisning til, at forsikredes eventuelle krav på ydelser efter forsikringen er forældet. Ved brev af 29. januar 2020 (bilag O) fastholdt PFA det tidligere afslag på udbetaling med samme begrundelse.

Forsikrede klagede over afgørelsen (bilag P). PFA's klageansvarlige afdeling besvarede klagen den 30. juni 2020 (forsikredes bilag 2). Selskabet fastholdt sin tidligere afgørelse af 29. januar 2020.

Forsikrede indbragte herefter sagen for Ankenævnet.

Begrundelse for PFA's ”afgørelse”

Påstand vedrørende den 10-årige forældelsesfrist:

Det er PFA's overordnede synspunkt, at forsikredes eventuelle krav på løbende ydelser og udbetaling af invalidesum efter forsikringen er forældet i sin helhed i henhold til bestemmelserne om den 10-årige forældelsesfrist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 3 og forældelseslovens § 8.

Ydelser ved tab af erhvervsevne er underlagt en absolut forældelsesfrist på 10 år fra det tidspunkt, hvor ydelserne kunne kræves betalt, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 3.

Forsikringsaftalelovens § 29, stk. 3, indeholder en henvisning til forældelsesloven § 8, som regulerer forældelse af grundfordringen i de tilfælde, hvor den giver fordringshaveren (forsikringstageren) ret til visse ydelser.

Forældelseslovens § 8 indebærer, at en forsikringstager, som ikke har gjort krav på ydelser gældende under en erhvervsevnetabsforsikring, fortaber retten i det hele taget til at gøre krav efter forsikringen gældende 10 år efter, at den første ydelse kunne kræves betalt. Dette gælder, uanset om visse af de enkelte ydelser først ville være forfaldet på et senere tidspunkt.

Forsikrede henviser i webskemaet til, at hun blev udredt for sin sygdom i 2017, og hun mener derfor ikke, at hun har kunnet søge om udbetaling for nedsat erhvervsevne, før udredningen var afsluttet. Det anførte i webskemaet bør efter selskabets opfattelse ikke føre til en ændret vurdering.

Det afgørende er, efter selskabets opfattelse, hvornår forsikrede i henhold til hendes forsikringsbetingelser har kunnet kræve den første ydelse udbetalt. Dette tidspunkt er efter selskabets vurdering tidligere end 10 år, før hun anmeldte sit krav i PFA. Det er i den forbindelse indgået, at forsikredes første sygedag var den 25. november 2004, at hun i 2006 fik stillet diagnosen fibromyalgi, at hun ikke har været på arbejdsmarkedet siden 2005, og at helbredstilstanden ud fra de lægelige akter ikke har ændret sig nævneværdigt siden sygdommeldingen i 2004.

Det forhold, at forsikrede ikke havde en sikker viden om sit krav i relation til forsikringen ved tab af erhvervsevne, har ikke betydning for så vidt angår spørgsmålet om, hvorvidt kravet er forældet efter den 10-årige forældelsesfrist. Denne frist er absolut. Det vil sige, at den løber, selvom fordringshaveren er i undskyldelig uvidenhed om sit krav. Hensigten med den kortere 10-årige forældelsesfrist ved personforsikring, der indeholder et skadevirkningsprincip, må i øvrigt efter litteraturen antages at være, at forsikrede ved disse forsikringer får kundskab om kravet, samtidig med at skaden sker.

Den omstændighed, at en forsikringstager søger at overbevise de sociale myndigheder om nedsættelsen af arbejdsevnen, er for så vidt selskabet uvedkommende, men det taler for, at forsikrede selv har været af den opfattelse, at erhvervsevnen har været nedsat i henhold til hendes forsikringsvilkår siden 2004.

Selskabet er i den forbindelse opmærksomme på, at forsikrede først blev tilkendt fleksjob i august 2017. Selskabet bemærker heroverfor, at det ikke er en betingelse for dækning, at forsikrede er tilkendt fleksjob, men at der er sket en dækningsberettiget nedsættelse af erhvervsevnen efter betingelserne herom i vilkårene. Selskabet bemærker i forlængelse heraf, at fleksjob tilkendes ud fra andre og flere kriterier, end dem som fremgår af forsikringsbetingelserne.

Det forhold, at forsikrede aktuelt arbejder 2 timer om ugen i sit fleksjob, støtter i øvrigt selskabets påstand om, at forsikrede har kunnet kræve udbetaling fra sin erhvervsevnetabsforsikring på et langt tidligere tidspunkt end den 9. marts 2019, hvor hun rettede henvendelse til selskabet om sit krav.

Selskabet skal desuden bemærke, at forældelsesloven og ændringen af forsikringsaftalelovens § 29 trådte i kraft den 1. januar 2008 og finder anvendelse også på tidligere stiftede fordringer, som ikke inden ikrafttrædelsestidspunktet er forældet efter de tidligere gældende regler.

Det bemærkes, at forsikredes ordning blev ændret til en fripolice med en mindre fripoliceydelse ved invaliditet og en invalidesum med virkning fra den 1. maj 2006. Såfremt forsikrede skulle være berettiget til udbetaling af invalideydelser svarende til kr. 86.400 årligt og invalidesummen svarende til kr. 216.000 samt præmiefritagelse forud for ændringen den 1. maj 2006 vil det kræve, at retten til udbetaling under forsikringen har bestået uafbrudt forud for 1. maj 2006 og frem til nu. Er det tilfældet, er kravet forældet i sin helhed.

Såfremt Ankenævnet finder, at forsikrede først i perioden fra 1. maj 2006 og frem til 9. marts 2009 er nedsat i dækningsberettigende grad og frem til nu, er retten til den mindre fripoliceydelse forældet i sin helhed.

Påstand vedrørende den 3-årige forældelsesfrist:

Skulle Ankenævnet nå frem til, at forsikredes krav på eventuelle ydelser ikke er forældet efter bestemmelserne om den 10-årige forældelsesfrist, er det selskabets opfattelse, at forsikredes eventuelle krav på løbende ydelser og udbetaling af invalidesum forfaldet før den 9. marts 2016 (3 år forud for anmeldelsen til selskabet) er forældet, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, jf. forældelseslovens § 2, stk. 1 og § 3, stk. 1, hvorefter kravet på hver enkelt ydelse forældes 3 år efter, at den enkelte ydelse kunne kræves betalt.

Der foreligger i øvrigt ikke særlige forhold, der kan begrunde suspension af forældelsen af forsikredes eventuelle krav mod selskabet, jf. forældelseslovens § 21, stk. 5.

Kulancemæssig udbetaling:

Såfremt Ankenævnet anser forsikredes erhvervsevne for først at være nedsat i dækningsberettiget grad på et tidspunkt senere end den 9. marts 2016, er det selskabets opfattelse, at forsikrede alene er berettiget til fripoliceydelserne.

Under hensyn til sagens omstændigheder er selskabet indstillet på at udbetale de fulde løbende fripoliceydelser på 6.559 kr. årligt i perioden fra den 1. marts 2016 til den 1. januar 2029, hvor ordningen udløber, og invalidesummen på kr. 25.740. Der er således tale om en kulancemæssig udbetaling.

Selskabet vil derfor foranstalte, at forsikrede får udbetalt invalideydelserne for den anførte periode og invalidesummen.

Konklusion

På baggrund af det anførte fastholder PFA, at forsikredes eventuelle krav på ydelser efter forsikringen er forældet i sin helhed i henhold til bestemmelserne om den 10-årige forældelsesfrist i forsikringsaftaleloven og forældelsesloven.

Herudover fastholder selskabet, at forsikredes eventuelle krav på løbende ydelser og udbetaling af invalidesum forfaldet før den 9. marts 2016 er forældet i henhold til bestemmelserne om den 3-årige forældelsesfrist i forsikringsaftaleloven og forældelsesloven.

Endeligt er selskabet under sagens omstændigheder indstillet på at udbetale de løbende fripoliceydelser i perioden fra den 1. marts 2016 til den 1. januar 2029 og invalidesummen per kulance.

Ankenævnet for Forsikring

9.

95614

Der resterer således fortsat tvist om udbetaling forud for den 1. marts 2016, og hvorvidt forsikrede er berettiget til udbetaling af de forsikringsydelse, der gjaldt inden den 1. maj 2006, hvor ordningen blev omtegnet til en fripolice."

Klageren har i brev af 3/11 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har læst PFAs svar. Jeg er på ingen måde enig. Jeg mener, ikke jeg kan søge erstatning, før jeg er fuldstændig udredt. Jeg er ikke blevet gjort bekendt med, at jeg skulle indsende anmeldelsen nærmest på første sygedag. i min optik kan jeg først søge erstatning, når min sygdom er endeligt fastslået og udredt.

Det kan jo hurtigt blive til mange anmeldelser, hvis holdningen er, at jeg skal søge så snart, jeg har en sygedag (f.eks. influenza). Jeg have da ikke regnet med, at min sygdom skulle være en kronisk og varig lidelse med væsentligt nedsat erhvervsevne. Derfor ansøger jeg først om erstatningskravet, når jeg er endeligt udredt."

Selskabet har i brev af 27/11 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Det er fortsat forsikredes opfattelse, at hun ikke kunne ansøge om udbetaling ved tab af erhvervsevne, før hun var udredt for sin lidelse. Hun henviser bl.a. til, at hun ikke havde regnet med, at hendes sygdom var kronisk og varig.

PFA fastholder, at forsikredes eventuelle krav på den høje forsikringsydelse, der gjaldt inden den 1. maj 2006, hvor ordningen blev omtegnet til en fripolice, er forældet efter bestemmelserne om den 10-årige forældelsesfrist i forsikringsaftaleloven og forældelsesloven.

Subsidiært fastholder selskabet, at forsikrede ikke er berettiget til de høje forsikringsydelse forfaldet før den 1. marts 2016, jf. bestemmelserne om den 3-årige forældelsesfrist i forsikringsaftaleloven og forældelsesloven.

Endeligt fastholder selskabet, at forsikredes eventuelle krav på den mindre fripoliceydelse forfaldet efter den 1. maj 2006 og før den 1. marts 2016 er forældet efter bestemmelserne om den 10-årige og 3-årige forældelsesfrist i forsikringsaftaleloven og forældelsesloven.

I forlængelse af ovenstående skal PFA bemærke, at selskabet efter sagens indbringelse for nævnet har givet tilsagn om at udbetale de løbende fripoliceydelse for perioden den 1. marts 2016 til den 1. januar 2029 og invalidesummen per kulance.

Selskabet henviser i øvrigt til det tidligere anførte i selskabets indlæg af 21. september 2020."

Til dette har klageren fremsendt brev af 2/12 2020, hvori det bl.a. er anført:

"Vi fastholder stadig at man ikke anmelde en skade før den er fastslået med sikkerhed. På samme måde man ikke kan anmelde indbrud, der ikke er foregået endnu. Vi afventer ankenævnets afgørelse."

Hertil har selskabet i brev af 22/12 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Forsikrede fastholder, at man ikke kan anmelde en skade, før den er fastslået med sikkerhed.

Det fremgår af § 4, stk. 2, under afsnittet "C Betingelser for invalideydelse og præmiefritagelse" i forsikredes forsikringsbetingelser (bilag B), at krav om udbetaling af invalidepension og/eller ydelse af præmiefritagelse i tilfælde af invaliditet skal fremsættes inden et år efter det tidspunkt, da forsikringstageren har fået kendskab om de omstændigheder, der begrundet kravet. Forsikringen omfatter ikke udbetaling fra tiden forud for fremsættelsen af kravet, hvis dette først rejses efter, at der er forløbet et år.

Ifølge forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, som trådte i kraft den 1. januar 2008, kan der alene i forbindelse med forbrugerforsikrings ophør fastsættes anmeldelsesfrister, der er kortere end fristen i forældelsesloven. Ifølge § 48, stk. 5, i ændringsloven – lov nr. 523 af 6. juni 2007 – finder § 29, stk. 6, anvendelse på aftaler, der indgås eller forlænges efter lovens ikrafttræden.

Forsikredes ordning trådte i kraft den 1. april 2002 og blev omlagt til en pensionsordning uden præmiebetaling den 1. maj 2006, hvorfor anmeldelsesfristen efter selskabets opfattelse finder anvendelse på forsikredes ordning. Forsikrede ansøgte om udbetaling af helbredsbedingede ydelser den 9. marts 2019 (bilag G). I henhold til anmeldelsesfristen i § 4, stk. 2, er forsikrede således afskåret fra al eventuel udbetaling forud for anmeldelsestidspunktet. Under sagens omstændigheder har selskabet dog valgt at udbetale de løbende fripolicydelser i perioden fra den 1. marts 2016 til den 1. januar 2029 og invalidesummen pr. kulance.

Selskabet henviser i øvrigt til det tidligere anførte i selskabets indlæg i sagen af 21. september 2020 og 27. november 2020."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder fripolicybrev fra maj 2006, anmeldelse af 9/3 2019, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"C Betingelser for invalideydelse og præmiefritagelse

§ 1. Definition af Invaliditet/erhvervsevnetab

Ret til fuld invalidepension og/eller fuld præmiefritagelse Indtræder, når forsikredes erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykkestilfælde er nedsat til en tredjedel eller derunder af den fulde erhvervsevne.

Stk. 2. Er erhvervsevnen på grund af sygdom eller ulykkestilfælde nedsat til halvdelen, er forsikrede berettiget til halv invalidepension og/eller halv præmiefritagelse. Den anden halvdel af forsikringen kan videreføres med præmiebetaling eller omskrives til præmiefri forsikring, jævnfør "Betingelser vedrørende præmiebetalingen", § 3, og for denne del gælder reglerne i stk. 1.

Stk. 3. Halv invalidepension og/eller halv præmiefritagelse kan kun ydes på forsikringer, der har denne dækning angivet i forsikringsaftalen.

Stk. 4. Engangsbeløb ved Invaliditet, herunder udbetaling som ratepension, udbetales kun, hvis erhvervsevnen er nedsat til en tredjedel eller derunder, og denne nedsættelse er varig.

Stk. 5. En ydelsesberettiget nedsættelse af erhvervsevnen foreligger, når forsikrede - efter PFA Pension's skøn. Ikke længere er i stand til at tjene mere end en tredjedel respektive halvdelen af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder. Bedømmelsen sker på grundlag af en helhedsvurdering under hensyn til forsikredes tidligere og nuværende helbredstilstand, uddannelse og tidligere beskæftigelse.

Stk. 6. Forsikrede må ikke med forsæt have forvoldt forsikringsbegivenheden.

§ 2. Anmeldelse af Invaliditet

Forsikrede skal indsende en ansøgning, og den behandlende læge skal udstede og indsende en attest. Begge dele udfærdiges på blanketter, der udleveres af PFA Pension.

...

§ 5. Udbetaling af engangsbeløb ved invaliditet

For at engangsbeløb ved invaliditet kan udbetales, skal erhvervsevnen være nedsat til en tredjedel eller derunder, og nedsættelsen skal efter PFA Pension's skøn være varig. Det skal således være overvejende sandsynligt, at erhvervsevnen -trods lægelig behandling, omskoling, optræning eller uddannelse - er og fortsat må anses at ville være nedsat til en tredjedel eller derunder.

Stk. 2. Engangsbeløb ved invaliditet kan tidligst udbetales et år efter invaliditetens indtræden. Det er forudsat, at invaliditeten har været uafbrudt i et år, og at forsikrede er i live et år efter Invaliditetens indtræden."

Nævnet udtaler:

Klageren blev den 1/4 2002 gennem hendes tidligere arbejdsgiver omfattet af en pensionsordning med forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne. Forsikringen blev oprettet med en årlig invalidepensionsdækning på 86.400 kr. og en invalidesum på 216.000 kr. Forsikringen gav ret til fuld udbetaling af invalidepension samt præmiefritagelse ved et erhvervsevnetab på 2/3. Klageren blev den 26/3 2005 opsagt fra sin stilling på grund af antallet af sygedage. Den 25/11 2004 blev hun sygemeldt på fuld tid i kommunalt regi. Den 1/5 2006 overgik pensionsordningen til en indbetalingsfri ordning. Fripolicen blev oprettet med en livsvarig årlig invalidepension på 952 kr., en årlig invalidepension på 5.607, samt en invalidesum på 25.740 kr. Den 27/12 2006 blev hun diagnosticeret med fibromyalgi, og i perioden fra den 14/2 2012 til den 23/3 2012 gennemførte hun et praktikforløb med en ugentlig arbejdstid på 4,5 time. Den 16/8 2017 fik hun tilkendt fleksjob med en ugentlig arbejdstid på 2 timer, og den 9/3 2019 ansøgte hun om udbetaling ved tab af erhvervsevne.

Klageren ønsker at få anerkendt dækning ved tab af erhvervsevne. Hun har anført, at hun blev udredt for sygdommen i 2017, og at hun derfor ikke har kunne søge om udbetaling for nedsat erhvervsevne før udredningen var afsluttet. Hun har anført, at hun ikke havde regnet med at sygdommen ville være en kronisk og varig lidelse med væsentlig nedsat erhvervsevne, og at hun først kan vide hvor meget erhvervsevnen er nedsat med, når hun er endelig udredt.

Selskabet har gjort gældende, at klagerens eventuelle krav på løbende forsikringsydelser og udbetaling af invalidesum efter forsikringen er forældet i sin helhed i henhold til bestemmelserne om den 10-årige forældelsesfrist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 3, og forældelseslovens § 8. Selskabet har anført, at det er afgørende, hvornår klageren har kunnet kræve den første ydelse udbetalt, og at dette tidspunkt er mere end 10 år før, at hun anmeldte sit krav til selskabet. Selskabet har hertil anført, at klagerens første sygedag var den 25/11 2004, at hun i 2006 fik stillet diagnosen fibromyalgi, at hun ikke har været på arbejdsmarkedet siden 2005, og at helbredstilstanden ud fra de lægelige akter ikke har ændret sig nævneværdigt siden sygdommeldingen i 2004. Selskabet har anført, at den 10-årige forældelsesfrist er absolut, hvorfor det er uden betydning om klageren er i undskyldelig uvidenhed om sit krav. Selskabet har subsidiært gjort gældende, at klagerens eventuelle krav på løbende forsikringsydelser og udbetaling af invalidesum før den 9/3 2016 er forældet i henhold til forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, jf. forældelseslovens § 2, stk. 1 og § 3, stk. 1.

Selskabet har i forbindelse med sagens behandling for nævnet oplyst, at selskabet pr. kulance udbetaler fulde løbende fripolicydelser på 6.559 kr. årligt i perioden fra den 1/3 2016 frem til ordningens udløb, samt invalidesummen på 25.740 kr.

Det følger af forældelseslovens § 8, 1. pkt., at selve retten til præmiefritagelse og ydelser forældes i sin helhed efter 10 år regnet fra den dag, hvor den første ydelse kunne kræves betalt. Det følger af forældelseslovens § 8, 2. pkt., at de enkelte ydelser forældes desuden efter forældelseslovens § 2 og § 3.

Ankenævnet for Forsikring

13.

95614

Forældelsesloven og ændringen af forsikringsaftalelovens § 29 trådte i kraft den 1/1 2008 og finder anvendelse også på tidligere stiftede fordringer, som ikke inden ikrafttrædelsestidspunktet er forældet efter de tidligere gældende regler.

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klagerens eventuelle krav er forældet efter den absolutte 10-årige forældelsesfrist i henhold til forsikringsaftalelovens § 29, stk. 3, jf. forældelseslovens § 8.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på sagens oplysninger, herunder at klagerens første sygedag var den 25/11 2004, at hun i 2006 blev diagnosticeret med fibromyalgi, at hun første gang i 2006 søgte om fleksjob, og at hun siden 2005 ikke har været tilknyttet arbejdsmarkedet på ordinære vilkår. Nævnet har hertil lagt vægt på, at klageren først ansøgte selskabet om dækning ved tab af erhvervsevne den 9/3 2019.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales, idet selskabet i forbindelse med sagens behandling for nævnet delvist har imødekommet klagerens krav.



Jens Kruse Mikkelsen
formand