

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 24. november 2021 blev i sag nr. 96149:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Velliv, Pension og Livsforsikring A/S
Lautrupvang 10
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved tab af erhvervsevne. I klageskema af 27/11 2020 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Jeg har været udsat for en arbejdsulykke 9/10-2018. Jeg anmelder skaden til Pensions ordningen Velliv. Da jeg mener at være forsikret af tab af erhvervsevne.

Vi har aldrig modtaget et skadesnr. Derfor har vi skrevet aftale nr. i skadenr.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At få medhold i min sag og skal have udbetaling for tab af erhvervsevne."

Selskabet har i brev af 16/12 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klagers holdning

Klager gør gældende, at pensionsordningen omfatter forsikringsdækning ved nedsat erhvervsevne og at Klager er berettiget til udbetaling ved nedsat erhvervsevne.

Selskabets holdning

Klager er i Selskabet omfattet af en pensionsordning uden forsikringsdækning ved nedsat erhvervsevne og ret til fritagelse for indbetaling. Selskabet finder ikke, at Klager har dokumenteret, at Klager skulle være omfattet af forsikringsdækningen. Da Klager ikke har de pågældende forsikringsdækninger i Selskabet, har Selskabet ikke fundet anledning til at rekvirere oplysninger om Klagers erhvervsevne og har af samme årsag ikke vurderet, om Klager ville være berettiget til udbetaling ved nedsat erhvervsevne samt fritagelse for indbetaling, hvis Klager havde forsikringsdækningerne.

Begrundelse

I forbindelse med Klagers ansættelsesforhold begærede Klager [...] Fagforening om en pensionsordning inklusive forsikringsdækninger i Selskabet (bilag A) og Klager blev den 1. januar 2015 omfattet af en pensionsordning i Selskabet.

Til brug for vurderingen af hvilke forsikringsdækninger Klager kunne få tilknyttet sin pensionsordning, udfyldte Klager en helbredserklæring dateret den 25. juni 2015 (bilag B). Af denne fremgår, at Klager havde været udsat for en arbejdsulykke med et hovedtraume. Klager oplyste, at han havde følger i form af hovedpine og svimmelhed, og at han af den årsag ikke var fuldt arbejdsdygtig. Disse helbredsoplysninger medførte i overensstemmelse med Selskabets antagelsesregler, at Selskabet ikke kunne tilbyde Klager forsikringsdækning ved nedsat erhvervsevne, hvilket blev meddelt Klager i brev af 29. september 2015 (bilag C), hvoraf blandt andet fremgår, at 'Vi kan desværre ikke tilbyde dig ret til præmiefritagelse og dækning ved nedsat erhvervsevne og en invalidesum...'. I forlængelse heraf fik Klager tilsendt en pensionsoversigt (bilag D), hvoraf fremgår, at Klagers pensionsordning er oprettet med forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme samt forsikringsdækning ved dødsfald.

Den 1. juni 2016 ændrede [...] Fagforening aftalen med Selskabet, hvilket gjorde det muligt at få tilbudt dækning ved nedsat erhvervsevne og fritagelse for indbetaling på lempeligere helbreds vilkår.

Klager modtog i den forbindelse brev af 26. maj 2016, hvor Selskabet tilbød Klager forsikringsdækning ved nedsat erhvervsevne samt fritagelse for indbetaling (bilag E), Forsikringsdækningen var betinget af, at Klager kunne svare nej til følgende spørgsmål inden den 10. juni 2016:

- 'Har du søgt, været indstillet til eller været tilkendt offentlig pension eller invaliditetsydelse?
- Har du søgt, været indstillet til eller været godkendt til eller ansat i fleksjob eller skånejob/ansættelse med løntilskud?
- Arbejder du på nedsat tid af helbredsmæssige årsager?
- Er du sygemeldt den 1. juni 2016?'

I forlængelse af Selskabets brev kontaktede Klagers [forældre] Selskabet telefonisk den 6. juni 2016. Det fremgår af telefonnotat, at Klagers [forældre] oplyste, at Klager arbejder 34 timer ugentligt af helbredsmæssige årsager og derfor ikke kunne svare nej til ovenstående spørgsmål. Klager havde været udsat for en arbejdsulykke, hvilket var årsag til den nedsatte arbejdstid. Det fremgår tillige, at Klagers [forældre] blev oplyst om, at Klager var velkommen til at kontakte Selskabet for ny helbredsbedring, når Klager fik en helbredsmæssig bedring.

Den ugentlige arbejdstid bekræftes yderligere af Klagers ansættelseskontrakt (bilag F), hvoraf fremgår, at Klager er ansat med en ugentlig arbejdstid på 34 timer.

Da Klager arbejdede på nedsat tid af helbredsmæssige årsager, kunne Selskabet i overensstemmelse med Selskabets antagelsesregler ikke tilbyde Klager forsikringsdækning ved nedsat erhvervsevne samt fritagelse for indbetaling og Klagers pensionsordning fortsatte derfor uændret fra den 1. juni 2016.

Klager ønsker nu udbetaling ved nedsat erhvervsevne samt fritagelse for indbetaling. Da Klager som ovenfor gennemgået ikke har de pågældende forsikringsdækninger, er Klager alene af den

årsag ikke berettiget til ydelser. Klagers [forældre] henvender sig i den forbindelse i juli 2020 og beder om en revurdering af selskabets afgørelse af juni 2016.

Ved revurderingen har Selskabet indhentet oplysninger fra Klagers tidligere arbejdsgiver (bilag G). Arbejdsgiver oplyser, at Klager i ansættelsesperioden var ansat på 34 timer ugentligt efter eget ønske, da han ikke følte sig frisk til arbejde mere hver uge. Hvis arbejdstiden blev øget, følte Klager sig for udkørt. Arbejdsgivers oplysninger er således i overensstemmelse med tidligere oplysninger fra Klagers [forældre] samt ansættelseskontrakten og yderligere i tråd med de af Klager afgivne helbredsoplysninger i forbindelse med pensionsordningens oprettelse.

I mail af 4. oktober 2020 (bilag F) gør Klagers [forældre] imidlertid gældende, at den nedsatte arbejdstid ikke skyldtes helbredsmæssige forhold, idet klagers [forældre] anfægter rigtigheden af Klagers tidligere arbejdsgivers udtalelse om at den nedsatte arbejdstid skyldtes helbredsmæssige forhold. Dertil anfægtes rigtigheden af det telefonnotat Selskabet har skrevet i forbindelse med Klagers [forældres] henvendelse den 6. juni 2016. Det fremgår således af mailen at, 'Bare fordi [klagerens] chef formulerer sig forkert. [Klagerens] chef er jo ikke læge og udtaler sig jo heller ikke om [klagerens] helbred. Det er jer der åbenbart kan læse ud af [klagerens] chef's udtalelser at [klageren] har helbredsproblemer. Er det ikke [klagerens] læge der skal udtale sig om helbredsproblemer?... Den 10. juni 2016 ringede jeg og fortalte at [klageren] arbejdede 34 timer om ugen, og at [klageren] arbejdede på samme betingelser som de øvrige [arbejdsstillinger]. De var alle på 34 timer eller lavere timeantal. Der var ingen [arbejdsstilling] ved [arbejdssted] der arbejdede 37 timer. Samt at [klageren] ikke havde helbredsproblemer.'

Selskabet gør i den forbindelse gældende, at der ikke ses nogen grund til at betvivle Klagers tidligere arbejdsgivers oplysning om, at den nedsatte arbejdstid skyldtes, at Klager ikke følte sig frisk til at arbejde mere end 34 timer, og hvis arbejdstiden blev øget, følte Klager sig for udkørt. Selskabet finder ingen grund til at stille spørgsmålstejn ved ægtheden af dette udsagn, ligesom Selskabet ikke kan se, at arbejdsgiver skulle have en grund til at afgive ukorrekte oplysninger om årsagen til den nedsatte arbejdstid.

Selskabet har noteret, at klagers [forældre] har en anden erindring af samtalen den 6. juni 2016. Selskabet bemærker i den forbindelse, at bevisværdien af en ændret erindring af en telefonsamtale, der har fundet sted for godt fire år siden, er af begrænset værdi. Dertil kan det undre, hvorfor Klagers [forældre] i sin tid kontaktede selskabet i forlængelse af brev af 26. maj 2016, hvis Klager kunne svare nej til blandt andet 'Arbejder du på nedsat tid af helbredsmæssige årsager?'. Dertil kan det undre, at Klagers [forældre] ikke dengang reagerede på oplysningen om, at Klager kunne henvende sig, hvis hans tilstand blev forbedret og for så vidt, at Klager eller dennes [forældre] ikke tidligere har reageret på løbende pensionsoversigter, hvor det har fremgået, at klager ikke havde forsikringsdækning ved nedsat erhvervsevne.

Selskabet bemærker for god ordens skyld, at Klagers nedsatte arbejdstid grundet helbredsmæssige forhold stemmer overens med Klagers udfyldelse af helbredserklæringen året tidligere den 25. juni

2015 (bilag B), hvor han netop oplyste, at han havde været udsat for en arbejdsulykke med et hovedtraume og havde følger i form af hovedpine og svimmelhed, hvorfor han af den årsag ikke var fuldt arbejdsdygtig.

Selskabet har bedt egen læge om journaloplysninger fra perioden omkring 1. juni 2016, og egen læge har meddelt, at denne ikke er i besiddelse af oplysninger fra den periode. At Klager ikke har kontaktet egen læge i den periode, finder selskabet ikke usædvanligt, da egen læge i sagens natur kun kontaktes ved behov. At klager ikke har kontaktet egen læge omkring 1. juni 2016, betyder dog ikke, at Klager ikke har været ansat på nedsat tid grundet helbredsmæssige forhold.

Selskabet tilbyder i overensstemmelse med Selskabets antagelsesregler ikke forsikringsdækning ved nedsat erhvervsevne, når den nedsatte arbejdstid skyldes helbredsmæssige forhold. Selskabet fastholder, at Klager ikke er eller på noget tidspunkt har været berettiget til forsikringsdækning ved nedsat erhvervsevne. Af samme årsag er Klager alene af den grund ikke berettiget til udbetaling ved nedsat erhvervsevne samt fritagelse for indbetaling.

For god ordens skyld skal opmærksomheden afslutningsvis henledes på, at Klager aldrig har betalt for dækning ved nedsat erhvervsevne og fritagelse for indbetaling.

Afslutningsvis gøres det gældende, at et eventuelt krav om etablering af forsikringsdækning ved nedsat erhvervsevne fra 1. juni 2016 er forældet i overensstemmelse med den 3-årige forældelsesfrist."

Klagerens repræsentant har i brev af 20/1 2021 til nævnet bl.a. anført:

"[Klageren] har ikke været sygemeldt på grund af hovedpine og svimmelhed i perioden august 2011 til oktober 2018. Dette kan ses i svar fra egen læge [...]. Velliv reagerer ikke på at egen læge ingen oplysninger har vedrørende perioden de beder om. [Klageren] har jo ikke været hos lægen i den periode. [Klageren] var under [...] i perioden august 2011 til juli 2013. Denne uddannelse kunne ikke bruges til noget da en [...] ikke kan ansættes i [...] når de ikke er Autoriseret. [Klageren] søgte i foråret 2013 om forlængelse af revalidering i et år. Så han kunne blive uddannet til [...]. Dette afviste kommunen. Så det sidste år august 2013 - december 2014. Klarede [klageren] på almindelige betingelser som [arbejdsstilling]. Så [klageren] blev ikke ansat i januar 2015 på 34 timer på grund af Helbredsproblemer. Grunden til at jeg ringer til Velliv i juni 2016 er: vi blev usikker fordi Velliv i 2015 havde sagt at man skal være på fuldtid, altså 37 timer for at være dækket for erhvervsevnetab. Det var Velliv selv der opfordrede os til at de skulle se efter om det ikke var forkert at [klageren] ikke var dækket for erhvervsevnetab."

Klagerens repræsentant har fremsendt breve af 3/2 2021, 8/2 2021 og 9/2 2021 hvori det bl.a. er anført:

"3/2 2021

Jeg har sendt dokument med beskæftigelse fra [klagerens] chef [...], på at [klageren] var ansat på 34 timer og at [arbejdsstillinger] var ansat på 30-34 timer, på [arbejdspladsen]. [Klageren] var ikke ansat på 34 timer grundet helbredsmæssige grunde. Der var ikke ansættelser for [arbejdsstillinger] på 37 timer.

...

8/2 2021

Ja, som forventet har Velliv bestemt at det første svar Arbejdsgiveren sender til Velliv er 34 timer på grund af helbredsproblemer. Mail fra [klagerens] egen læge har aldrig udtalt at [klageren] kun kan arbejde på 34 timer på grund af helbredsmæssige problemer. I mailen fra egen læge. Er der

intet at bemærke, fordi [klageren] ikke har været hos lægen. Hos [arbejdspladsen] har der aldrig været ansat [arbejdsstilling] på 37 timer. [Klageren] havde ikke muligheden for at få en stilling på mere end 34 timer. Jeg kan ikke helt forstå at Velliv kan bestemme/vurdere at [klageren] har helbreds-mæssige problemer, og derfor kun arbejder 34 timer. Fordi en chef formulerer sig lidt kluntet. Derfor skrev chefen den nye mail. Man kan jo læse alt til fordel for sig selv.

...

9/2 2021

Vedrørende Velliv. Dokument nr 3 og 5. [Klageren] arbejde på nedsat tid 34 med megen lidt sygdom. [Klageren] var på 34 timer. Da der ikke var 37 timers stillinger til [arbejdsstillinger]. [Klageren] var den der havde det højeste antal timer 34. Kollegaerne arbejdede på 30 og 32 timer. [Klageren] var ansat på 34 timer efter eget ønske, på samme betingelser som de øvrige [arbejdsstillinger]. [Klageren] var glad for at kunne få en 34 timer' stilling. Da det passede ham fint. Da han dyrkede sport på højt plan. Hvis [Klageren] havde været ansat på nedsat tid grundet helbreds-mæssige problemer. Er det da mærkeligt at det er [klageren] der arbejder mest. Under [klagerens] uddannelse havde [klageren] et erhvervsevnetab på 35%. Vurderet af AES. Derfor fik [klageren] en løbende ydelse. Da [klageren] startede som uddannet [arbejdsstillinger] ophørte den løbende ydelse. Da [Klageren] blev ansat på 34 timer og på samme betingelser som de øvrige [arbejdsstillinger]. Hvis [Klageren] havde helbredsproblemer kunne han jo være blevet ansat på evt. 15 - 25 timer og have fortsat med en løbende ydelse fra AES. Jeg har haft ringet til Velliv 2 gange, da [Klageren] skulle have hans pensions ordning. Juni 2015 og juni 2016. Jeg har aldrig sagt at [Klageren] var på ca. 34 på grund af helbreds-mæssige problemer. Jeg mener aldrig. Det er Velliv der har konkluderet dette efter vores samtaler. Det er ikke ok at personer hos Velliv efter telefonsamtaler kan videre hvem der har helbredsproblemer. [Klagerens] arbejdsgiver skriver nogle kluntede linjer. Dette bruger Velliv. De andre linjer overser Velliv. I et af afslagene skriver Velliv at [Klageren] ikke har betalt for erhvervsevnetab. Det er korrekt. Grundet konkludering af mine 2 samtaler. Jeg kan ikke forstå at Velliv ikke har forlangt en lægeerklæring???? Velliv har hægtet sig fast i de 2 samtaler med mig. Det er Velliv der opfordret os til at de skal se om der ikke er lavet en fejl. Da Erhvervsevnetabet er blevet slettet. Velliv har fået papirer fra Jobcentret/kommunen og [klagerens] praktiserende læge. I disse papirer har Velliv ikke fundet noget der viser at [Klageren] er ansat på 34 timer grundet helbreds-mæssige årsager. Da arbejdsgiveren skriver nogle kluntede linjer. Har Velliv fundet en årsag til at de ikke vil udbetale erhvervsevnetab til [Klageren]. Arbejdsgiver var ked af at han har formuleret sig, som han siger lidt dumt. Derfor har han skrevet en ny mail. Det er simpelthen så sørgeligt at Velliv ikke vil erkende at der er lavet fejl. Ansatte i Velliv er ikke uddannet til at vurdere om [Klageren]/ (også andre) har helbredsproblemer. Det skal den praktiserende læge vurdere med en lægeerklæring."

Nævnets sekretariat har den 22/3 2021 bedt selskabet besvare nogle spørgsmål, og selskabet har i brev af 5/5 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Med henvisning til Ankenævnets brev af 22. marts 2021, hvori Ankenævnet anmoder om Selskabets bemærkninger til fem spørgsmål, der berører principielle problemstillinger vedrørende forholdet mellem antagelse af erhvervsevnetabsforsikringer og lov 2018-06-08 nr. 688 om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap, skal Selskabet bemærke følgende.

Selskabet har på baggrund af spørgsmålenes karakter ladet en ekstern advokat udarbejde svar til ankenævnet og henviser i det hele til det vedlagte bilag.

Det skal hertil i øvrigt bemærkes, at selvom selskabet ikke har kunne tilbyde klager ret til præmie-fritagelse og dækning ved nedsat erhvervsevne samt en invalidesum, så har klager fået en ordning hos Selskabet, der omfatter forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme samt død.

Selskabet anser derfor på det foreliggende grundlag, Ankenævnets spørgsmål for besvaret.

...

Bilag 1. Besvarelse af spørgsmål af 22. marts 2021 fra Ankenævnet.

1. Opfylder klageren handicapbegrebet i loven, og er klageren derfor omfattet af diskriminationsforbuddet i loven?

Selskabet har ikke haft anledning til at vurdere, hvorvidt klageren opfylder handicapbegrebet i lov 2018-06-08 nr. 688 om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap ("Loven"). Det har ikke været nødvendigt, eftersom Selskabet i overensstemmelse med god skik og sædvanlig praksis i forbindelse med antagelse af forsikringer har foretaget en konkret, individuel og proportionel vurdering af klagers mulighed for at opnå dækning under den omhandlede forsikring, både i forbindelse med den oprindelige antagelse og i forbindelse med revurderingen i 2020, jf. svaret på spørgsmål 3.

2. Medfører diskriminationsforbuddet indskrænkninger i selskabets ret til selv at fastsætte sine antagelsesregler?

Dette er Selskabet bekendt et uafklaret og principielt spørgsmål, som i sidste ende må være op til domstolene at vurdere. Det vil i givet fald være et meget væsentligt indgreb i den lovfæstede forsikringsretlige kontraheringsfrihed. Selv om det har været drøftet, har lovgiver hidtil været tilbage fra at gøre indgreb i kontraheringsfriheden, bortset fra visse lovpligtige forsikringer, og der skal derfor foreligge et særdeles solidt grundlag for at tilsidesætte kontraheringsfriheden uden en klar lovmæssig hjemmel hertil.

Opmærksomheden henledes desuden på Lovens § 3, hvoraf følger, at: *'Loven indebærer ikke en pligt til rimelig tilpasning eller tilgængelighed'*. Det følger videre af forarbejderne til Loven til den pågældende bestemmelse, at: *'Det betyder, at der ikke med forbuddet mod forskelsbehandling stilles krav om rimelig tilpasning eller tilgængelighed. Ved rimelig tilpasning forstås, at tilbud og ydelser skal tilpasses, således at personer med handicap kan benytte tilbuddene eller have samme udbytte af ydelserne, som andre'*.

Dette er særligt gældende for handicapområdet og betyder, at der ikke gælder et krav om, at forsikringsprodukter skal tilpasses, så personer med handicap kan få dem. Dette har betydning, fordi der som anført under svaret på spørgsmål 3 generelt ikke gives klausuler på hovedpinelidelser. Dette er der således ikke pligt til at ændre af hensyn til Loven.

Videre følger det af Lovens § 7, at *'Forskelsbehandling er ikke i strid med forbuddet i § 5, stk. 1 og 5, når den er objektivt begrundet i et sagligt formål, er nødvendig for at opnå formålet, og der er et rimeligt forhold mellem det ønskede mål, og hvor indgribende forskelsbehandlingen er for den eller de, som bliver stillet ringere.'*

Dette er efter Selskabets opfattelse tilgodeset i nærværende sag, hvor der ud fra saglige hensyn er foretaget en konkret, individuel og proportional vurdering, jf. svaret på spørgsmål 3.

3. Har selskabet i givet fald foretaget en konkret individuel saglig og proportional bedømmelse af klageren i forbindelse med genbehandlingen af klagerens anmodning om antagelse i juli 2020.

Burde selskabet i tråd med sådanne overvejelser have oprettet en erhvervsevnetabsforsikring og nøjedes med at indføre en klausul, der undtog erhvervsevnetab som følge af klagerens kendte hovedpinelidelse?

Selskabet har som ovenfor anført ud fra saglige hensyn foretaget en konkret, individuel og proportionel vurdering af klagers mulighed for at opnå dækning i henhold til den omhandlede forsikring.

Det følger af Selskabets tekniske grundlag, at der kan gives klausuler. I forbindelse med at Selskabet giver klausuler, sker det generelt efter Videntcenter for Helbred & Forsikrings retningslinjer, der kun giver mulighed for at give klausuler på bevægeapparatet samt øre/øje, da det skal være et velafgrænset 'ydre' område, uden sammenhæng med øvrige områder. Der kan derfor ikke gives klausul på klagers hovedpinelidelse. Formålet hermed er, at både Selskabet og forsikringstagerne opnår en afgrænselig og forståelig dækningsramme - til begge parter fordel.

Ud fra den nuværende kendte viden er følger af 'indre' lidelser ikke afgrænselige og ikke egnet til klausulering. Som eksempel kan nævnes en kræftsvulst, hvor det ville være vanskeligt at afgrænse følger, og heller ikke forståeligt for forsikringstagerne, at en klausul kan omfatte metastaser i andre dele af kroppen. Ligeledes vil en hovedpinelidelse kunne medføre uforudseelige følger andetsteds, der vil være vanskelige at afgrænse og ville kunne føre til afgørelser, der er uforståelige for forsikringstagerne. Klausulreglerne beror således på velbegrundede, saglige og proportionale hensyn.

De nævnte regler for klausuler fremgår af Selskabets tekniske beregningsgrundlag, jf. lov om finansiel virksomhed § 21, der er anmeldt til Finanstilsynet, og således skal anvendes af Selskabet. I forbindelse med udformningen af forsikringsselskabernes fælles beregningsgrundlag G82 blev det besluttet at undlade at anvende klausuler fremover, da klausuler havde vist sig at føre til vanskelige afgrænsningsproblemer. I forbindelse med revisionen af G82 i 1992 blev det besluttet at genindføre klausuler for invaliditetsforsikring og præmiefritagelse, men kun på velafgrænsede områder. Den nærmere udformning af klausulreglerne blev foretaget i samarbejde med den lægelige ekspertise i

Foreningen til Bedømmelse af Personforsikringsrisiko, i dag Videntcenter for Helbred & Forsikring ('HEFO'), og det fremgår således af HEFOs retningslinjer for antagelse af forsikringer, at klausuler kun gives for bevægeapparatet og øje/øre. Som bekendt er det Videntcenter for Helbred & Forsikrings målsætning, at flest mulige kan tilbydes forsikringsdækning.

Udformningen af klausuler er således sket ud fra lægelige hensyn og udtryk for, at det også ud fra lægelige hensyn er velbegrundet og sagligt, at der kun gives klausuler på bevægeapparatet og øje/øre.

Lovens krav om en individuel vurdering er ikke til hinder for at anvende generelle retningslinjer baseret på viden om risici, hvilket fremgår af den norske afgørelse, der er nævnt i artiklen i Juristen nr. 3, side 106.

Alt i alt er det således individuelt, sagligt og proportionalt, at der ikke er givet klausul for klagers hovedpinelidelse.

4. Antages det, at selskabet er forpligtet til at tegne erhvervsevnetabsdækning med en klausul som skitseret, er der så på baggrund af pensionsaftalen med klagerens arbejdsgiver eller på erstatningsretligt grundlag basis for at antage, at klageren stilles som om, at en erhvervsevnetabsdækning var oprettet (med tilbagevirkende kraft) til lovens ikrafttrædelsestidspunkt pr. 1/7 2018? Eller vil klageren først kunne påberåbe sig rettighederne med virkning fra 2020, hvor han anmodede om genbehandling af selskabets afslag på at tegne erhvervsevnetabsforsikringen.

Selskabet har ikke konkrete bemærkninger til dette spørgsmål, der er af hypotetisk karakter. Generelt henledes opmærksomheden på, at Loven - i overensstemmelse med grundlæggende retsprincipper - ikke har tilbagevirkende kraft, og således alene finder anvendelse på vurderinger, der er foretaget efter Lovens ikrafttræden og først på det tidspunkt, hvor vurderingen er foretaget. Da klager anmodede om genbehandling i 2020, var forsikringsbegivenheden allerede indtrådt, hvorfor en eventuel ændring af vilkårene for forsikringen ikke får betydning for vurderingen af skaden.

5. Antages det, at selskabet er forpligtet til at stille klageren som om erhvervsevnetabsdækning var oprettet pr. 1/7 2018, vil klagerens nuværende stresslidelse, da kunne henføres under en eventuel lovlig klausul vedrørende hovedpinelidelsen, eller skal selskabet i givet fald realitetsbehandle klagerens eventuelle stressrelaterede erhvervsevnetab?

Dette har Selskabet ikke mulighed for at vurdere på det foreliggende sparsomme grundlag. Det giver ikke mening at vurdere sagen ud fra en imaginær og teoretisk klausul, som ikke er givet. Efter

Selskabets opfattelse er det dog mest sandsynligt, at der er sammenhæng mellem hovedpinelidelsen og stresslidelsen, og at stresslidelsen derfor er undtaget fra dækning. Det fremgår således af journalen fra Psykiatriklinikken ..., at klager fik hjernerystelse ved et alvorligt hovedtraume i 2007, som Arbejdsskadestyrelsen vurderede til en méngrad 8 % og et erhvervsevnetab på 35%, og at klager siden ulykken i 2007 har lidt af svimmelhed, opkast, hovedpine og hukommelsesproblemer, hvilket meget vel kan have forårsaget den senere stresslidelse. Dertil kommer, at klager i 2020 er blevet diagnosticeret med posttraumatisk hjernesyndrom, og ikke alene stress, hvilket også indikerer en årsagssammenhæng til traumet i 2007."

Klagerens repræsentant har i besked af 13/6 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Det er fuldstændigt uforståeligt at Velliv ikke på noget tidspunkt har krævet en lægeerklæring. Men selv har taget stilling til at [klageren] ikke kunne/kan få dækning for Erhvervsevnetab. Det viser sig at grunden til [klagerens] hovedpine kommer fra [klagerens] øjne. Både synsnerven og synsmusklen er påvirket. Derfor skal [klageren] have briller med diverse indbygget i brillen. Hjerneskadecentret har sendt [klageren] til en anerkendt optometrist (kopi af udtalelsen bliver sendt som fil). Ifølge Hefo's retningslinier kan der kun gives klausuler for bevægeapparat samt øre/øje. Det er rigtigt at [klageren] fra AES fik en Erhvervsevnetab på 35% efter Arbejdsskaden i august 2007.

[Klageren] var under revalideringen og klarede uddannelsen til ... på almindelige betingelser. Fra januar 2015 blev [klageren] ansat i en 34 timers stilling som ... på samme betingelser som sine ... kollegaer. Men [klageren] var den der havde flest timer. Da blev [klagerens] Erhvervsevne tab fra AES sat til 0%."

Selskabet har i brev af 1/7 2021 til nævnet bl.a. anført:

Ankenævnet for Forsikring

9.

96149

"Vi har modtaget Klagers indlæg af 13. juni 2021. Indlægget indeholder ingen nye oplysninger af betydning for Selskabets vurdering af sagen, og der henvises i det hele til Selskabets tidligere svarskrifter.

Klagers indlæg giver imidlertid anledning til en kort afsluttende bemærkning. Klager gør gældende, at Selskabet i forbindelse med antagelsen skulle have indhentet en lægeerklæring, der kunne have belyst Klagers helbredsforhold. Som tidligere oplyst, har Selskabet i overensstemmelse med god skik og sædvanlig praksis i forbindelse med antagelse af forsikringer foretaget en konkret, individuel og proportionel vurdering af klagers mulighed for at opnå dækning under den omhandlede forsikring, både i forbindelse med den oprindelige antagelse og i forbindelse med revurderingen i 2020. Opmærksomheden henledes i den forbindelse på, at den afgørende faktor i Selskabets forsikringsmedicinske helbreds-vurdering er, at Klager arbejdede på nedsat tid af helbredsmæssige årsager.

Også i det tilfælde, at der opstilles et hypotetisk scenarie, hvor Selskabet havde anmodet om en helbredserklæring, ville Klager skulle oplyse om sit helbred de seneste 10 år. I den forsikringsmedicinske vurdering ville det være afgørende, at Klager har haft gener igennem mange år grundet en tidligere arbejdsskade, samt det faktum, at klager har været sygemeldt igennem flere år og dermed ikke var i stand til at arbejde på fuld tid. Det hypotetiske scenarie omkring en 10-årig helbredserklæring ville derfor heller ikke ændre Selskabets forsikringsmedicinske helbreds-vurdering, og vi ville fortsat have meddelt afslag på tegning af forsikringen.

For god ordens skyld gør vi opmærksom på, at en udtalelse fra en optiker fra maj 2021 ikke har betydning for næverende sag, ligesom vores forsikringsmedicinske vurdering af en forsikringsantagelse adskiller sig markant fra AES's vurdering af et erhvervsevnetab."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af helbredserklæring af 25/6 2015 fremgår bl.a.:

Spørgsmål 1	
A Har du inden for de sidste 3 år konsulteret, været undersøgt eller behandlet af: læge, speciallæge, psykolog/psykiater, kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge, fået foretaget laboratorieundersøgelse, været indlagt, behandlet eller undersøgt på: sygehus, ambulatorium eller lignende, fx røntgen- og fysisk klinik?	Nej Ja — ☒
Hvis ja: For hvad? <u>ARBEIDSSKADE (SLÅET HOVEDET)</u> Hvor (hvornår) skete det? [Redacted]	
Hvornår <u>2008</u> Hvor længe <u>2002</u>	
B Er der følger/gene?	Nej Ja — ☒
Hvis ja: Hvilke? <u>HOVEDPINER - SVIMMELHED</u>	

Ankenævnet for Forsikring

10.

96149

Spørgsmål 2		
A Er du fuldstændig rask?	Nej Ja ☒ ☐	Hvis nej, skriv årsag <u>GENER EFTER ARBEJDSKADE</u>
B Er du fuldt arbejdsdygtig?	Nej Ja Andet ☒ ☐ ☐	Hvis nej, skriv årsag <u>Hovedpine</u>
		Hvis andet: Har du søgt, søger du, er du indstillet eller godkendt til eller er du ansat i fælgjob eller skænejob, skal du oplyse dette og skrive årsag _____ _____
C Er der rejst ansøgning, er du indstillet til eller tilkendt invaliditetsydelse eller offentlig førtidspension?	Nej Ja ☒ ☐	Hvis ja, skriv årsag _____ _____

Af selskabets brev af 29/9 2015 til klageren fremgår bl.a.:

"Tak for helbredsoplysningerne.

Vi har vurderet dine helbredsoplysninger, og vi kan desværre ikke tilbyde dig den pensionsordning, du ønsker.

Vi kan desværre ikke tilbyde dig ret til præmiefritagelse og dækning ved nedsat erhvervsevne og en invalidesum.

Uden ret til præmiefritagelse betyder for dig, at du fortsat skal betale præmien, hvis du bliver uarbejdsdygtig i mere end 3 måneder.

Pensionsordningen oprettes som en Vækstpension med gruppelivsdækning ved død på 100.000 kr. og ved Visse Kritiske Sygdomme på 100.000 kr.

Årsag

Årsagen til de særlige vilkår skyldes dine oplysninger om, at du ikke er fuldstændig rask og fuldt arbejdsdygtig på grund af en arbejdsskade i 2008, hvorfra du har gener i form af hovedpine og svimmelhed.

Pensionsoversigt

Du modtager en pensionsoversigt hurtigst muligt."

Af selskabets brev af 26/5 2016 til klageren fremgår bl.a.:

"Ændring af din pensionsordning pr. 1. juni 2016

Pr. 1. juli 2016 ændres og forbedres pensionsaftalen mellem [...] Fagforening og Nordea Liv & Pension.

Vi skriver til dig, fordi du, i forbindelse med din indmeldelse til pensions ordningen for [arbejdsstilling], har fået din nuværende pensionsordning oprettet som en pensionsopsparingsordning uden forsikringsdækninger.

Ankenævnet for Forsikring

11.

96149

Det ændrer vi på, og din pensionsordning vil fra den 1. juni 2016 også indeholde de forsikringsdækninger, som er aftalt i pensionsaftalen mellem [...] Fagforening og Nordea Liv & Pension.

Forsikringsdækningen ved tab af erhvervsevne og retten til fritagelse for indbetaling ved tab af erhvervsevne er dog betinget af, at du kan svare nej til følgende spørgsmål:

- Har du søgt, været indstillet til eller været tilkendt offentlig pension eller invaliditetsydelse?
- Har du søgt, været indstillet til eller godkendt til eller ansat i flexjob eller skånejob/ ansættelse med løntilskud?
- Arbejder du på nedsat tid af helbredsmæssige årsager?
- Er du sygemeldt den 1. juni 2016 (bortset fra simple tilfælde af forkølelse, infektion mv.)?

Hvis svaret på et af spørgsmålene er ja, skal du meddele dette til Nordea Liv & Pensions Kundecenter på telefon [...] eller mail [...]. Dette skal du gøre senest den 10. juni 2016, så vi kan få afklaret, om du måske alligevel kan omfattes af disse forsikringsdækninger, eller om de ikke skal indgå i din pensionsordning.

Hvis svaret på et af spørgsmålene er ja, og du ikke kontakter os, vil du komme til at betale for disse forsikringsdækninger, selv om de ikke vil være gældende for dig.

Hvis svaret på alle spørgsmålene er nej, vil du fremover være omfattet af følgende risikodækninger:

- Dækning ved tab af erhvervsevne - herunder fritagelse for indbetaling
- Dækning ved visse Kritiske sygdom
- Dækning ved død

Du vil, så snart vi systemmæssigt har ændret din pensionsordning, modtage en ny pensionsoversigt fra os."

Af selskabets interne mail af 2/7 2020 fremgår bl.a.:

"Jeg har set i sagen, og jeg kan se, at vi i forbindelse med oprettelsen har noteret, at vi har talt med [Klageren]s [forældre], som den gang oplyste, at han ikke var oppe på fuld tid, han havde været ude for en arbejdsulykke og derfor arbejde han ikke fuld tid. [Klageren] kunne derfor ikke svare nej/ja til alle spørgsmål i vort brev. Jeg kan også se, at vi oplyste, at han til enhver tid kunne søge om, at hans sag kunne tages op til en ny vurdering, når der var sket en bedring, og han var kommet op på fuld tid.

Han fik derfor ikke dækning ved nedsat erhvervsevne forsikring og heller ikke ret til præmiefritagelse. Han fik kun livsforsikring, og kritisksygdomsforsikring.

Jeg kan se, at vi i dag 02-07-2020 har modtaget en anmeldelse om udbetaling fra hans kritisk sygdomsforsikring.

Jeg har samtidig noteret, at han er fratrådt 30-04-2019."

Af selskabets mail af 8/7 2020 til klageren fremgår bl.a.:

"Din [forældre], har rettet henvendelse til os, på dine vegne.

Vi har på baggrund af samtalen fået forståelsen af, at du gerne vil have undersøgt om du skulle have haft forsikringsdækninger på din pensionsordningen [...], som trådte i kraft 1. juni 2016.

Den 26. maj 2016 modtog du et brev fra os, hvor vi bad dig om at være opmærksom på, at forsikringsdækninger med tab af erhvervsevne og retten til fritagelse for indbetaling ved tab af erhvervsevne er betinget af, at du kunne svare nej på de spørgsmål som var angivet i brevet.

På baggrund af telefonsamtalen med din [forældre] den 6. juni 2016, fik vi opfattelsen af, at du på daværende tidspunkt arbejdede på nedsat tid af helbredsmæssige årsager. På den baggrund kunne vi ikke tilbyde dig tab af erhvervsevne og retten til fritagelse for indbetaling ved nedsat erhvervsevne.

Vi har fået forståelsen af, at du gerne vil have undersøgt om dette er en fejl og at du skulle have haft forsikringsdækningerne pr. 1. juni 2016.

På den baggrund beder vi dig om, at datere og underskrive vedhæftet samtykke, så vi kan indhente helbredsoplysninger for at kunne undersøge denne mulighed. Vi beder dig samtidig om at oplyse os, hvem din læge er samt adressen.

Du hører fra os, når vi har modtaget de relevante helbredsoplysningerne fra din læge."

Af mail af 28/9 2020 fra klagerens tidligere arbejdsgiver fremgår bl.a.:

"Jeg er blevet bedt om at udfylde et spørgeskema ang. tidligere medarbejder [klageren]. Det er længe siden og jeg skal besvare spørgsmål efter bedste evne fra perioden juni 2016 og fremad.

[Klageren] arbejdede på nedsat tid 34 timer hver uge. Det gik uden problemer og med meget lidt sygefravær.

Den nedsatte arbejdstid var efter [klagerens] ønske på 34 timer, da han ikke følte sig frisk til at arbejde mere hver uge. Var for udkørt hvis arbejdstiden gik højere op.

[Klageren] havde ikke hjælpeforanstaltninger som mentorstøtte mv eller særlige hensyn som [arbejdsstilling]. [Klageren] blev sat til den samme type opgaver som vores øvrige personale. [Klageren] fik den samme løn som det øvrige personale med tilsvarende anciennitet."

Af selskabets brev af 1/10 2020 til klageren fremgår bl.a.:

"Du har ønsket en vurdering af, om du er berettiget til forsikringsdækninger og i den forbindelse får du hermed et sagsforløb siden opstart af din pensionsordning.

Indtrædelse 1. januar 2015

Den 1. januar 2015 indtrådte du i en pensionsordning gennem [...] Fagforening og Nordea Liv & Pension (nu Velliv). I den forbindelse afgav du en helbredserklæring, som gik 3 år tilbage i tid. Du oplyser her, at du har gener efter en arbejdsskade i 2008 og at du ikke er fuldstændig rask og fuldt

arbejdsdygtig. Du svarer nej til, at du er tilkendt offentlig ydelse i form af ansættelse med løntilskud. Helbredserklæringen er vedlagt - se bilag 1.

På denne baggrund tilbydes du en pensionsordning, som Vækstpension og med dækning ved død på 100.000 kr. og dækning ved visse kritiske sygdomme på 100.000 kr. samt en indbetaling på 12,75 % af din løn - uden ret til fritagelse for indbetaling.

På baggrund af dine helbredsoplysninger tilbyder vi ikke dækning ved nedsat erhvervsevne, retten til fritagelse for indbetaling og invalidesum. Dette fremgår af vores brev af den 29. september 2015, som vedlægges som bilag 2.

Kontraktændring pr. 1. juni 2016

Den 1. juni 2016 ændrer [...] Fagforening sin ordning med Nordea Liv & Pension (nu Velliv).

Her modtager du et brev pr. den 26. maj 2016 (vedlagt som bilag 3), hvor vi tilbyder dig mulighed for dækning ved tab af erhvervsevne og retten til fritagelse for indbetaling, dog betinget af, at du kan svare nej til følgende spørgsmål inden den 10. juni 2016:

- Har du søgt, været indstillet til eller været tilkendt offentlig pension eller invaliditetsydelse?
- Har du søgt, været indstillet til eller været godkendt til eller ansat i fleksjob eller skånejob/ansættelse med løntilskud?
- Arbejder du på nedsat tid af helbredsmæssige årsager?
- Er du sygemeldt den 1. juni 2016?

Oplysninger fra din [forældre] og din tidligere arbejdsgiver

Den 10. juni 2016 ringer din [forældre] og oplyser, at du arbejder 34 timer om ugen.

Af din ansættelseskontrakt, underskrevet den 6. november 2014 fremgår det, at du arbejder på deltid. (se bilag 4)

Din tidligere arbejdsgiver, [...] oplyser, at du arbejdede på nedsat tid 34 timer ugentligt. Den nedsatte arbejdstid på 34 timer var efter dit ønske, da du ikke følte dig frisk til at arbejde mere hver uge. Du blev for udkørt, hvis arbejdstiden gik højere op.

Havde vi på dette tidspunkt (10. juni 2016) modtaget disse oplysninger, ville vi have bedt om supplerende helbredsoplysninger. På den baggrund vil vores helbedsvurdering desværre betyde, at vi ikke kunne tilbyde dig dækning ved nedsat erhvervsevne, ret til fritagelse for indbetaling og invalidesum.

Konklusion

Vi beklager derfor, at vi må fastholde, at du fortsat desværre ikke er omfattet af dækning ved nedsat erhvervsevne, retten til fritagelse for indbetaling og invalidesum, da du på daværende tidspunkt arbejdede på nedsat tid af helbredsmæssige årsager.

Uændret vilkår

Din ordning vil fortsætte på uændret vilkår med dækning ved død på 150 % af din løn og dækning ved visse kritiske sygdomme på 100.000 kr. og visse kritiske sygdomme for børn på 50.000 kr. samt en indbetaling på 12,75 % af din løn - uden ret til fritagelse for indbetaling."

Ankenævnet for Forsikring

14.

96149

Af mail af 5/10 2020 fra klagerens tidligere arbejdsgiver fremgår bl.a.:

"Jeg kan nævne som tilføjelse til timetal at [Klageren] havde 2 [kollegaer] der hver især ikke havde flere timer pr. uge.

[Kollega 1] havde ca. 30 timer og [kollega 2] havde ca. 32 timer. [Klageren] var den udlærte [arbejdsfunktion] der havde flest timer pr uge.

I dag har jeg to [...] udlærte ansat på hver 32 timer samt 3 elever."

Af mail af 3/2 2021 fra klagerens tidligere arbejdsgiver fremgår bl.a.:

"Jeg kan hermed bekræfte at [Klageren] var ansat på 34 timer og vi ikke havde andre [arbejdsstillinger] ansat på flere timer da [Klageren] var ansat her. Det normale timetal var 30-34 timer for [arbejdsstillinger]."

Nævnet udtaler:

Klageren – som er født i 1980'erne – blev den 1/1 2015 omfattet af en pensionsordning med forsikringsdækning ved død og kritisk sygdom. Selskabet kunne ikke tilbyde klageren ret til præmiefritagelse og dækning ved nedsat erhvervsevne på baggrund af hans helbredsoplysninger. Selskabet begrundede i brev af 29/9 2015 afslaget med, at klageren ikke var fuldstændig rask og arbejdsdygtig på grund af et hovedtraume i 2007 med efterfølgende gener i form af hovedpine og svimmelhed.

I forbindelse med en ændring og forbedring af pensionsordningen pr. 1/7 2016 fik klageren i brev 28/5 2016 fra selskabet tilbudt forsikring ved tab af erhvervsevne, såfremt han inden den 10/6 2016 kunne svare nej til en række arbejdsrelaterede spørgsmål, herunder spørgsmålet om, hvorvidt han arbejdede på nedsat tid af helbredsmæssige årsager. Klagerens forældre havde en telefonsamtale med selskabet den 6/6 2016, og klagerens pensionsordning blev ikke udvidet med forsikring ved tab af erhvervsevne.

Klageren henvendte sig igen til selskabet i juli 2020, hvor han ønskede at få anerkendt, at han var forsikret ved tab af erhvervsevne, og at han var berettiget til udbetaling af helbredsbetingede ydelser.

Ankenævnet for Forsikring

15.

96149

Han har anført, at han ikke var ansat på 34 timer grundet helbredsmæssige forhold, men derimod fordi der på arbejdspladsen ikke var stillinger med en ugentlig arbejdstid på 37 timer. Han arbejdede på nedsat tid med meget lidt sygdom, og hans egen læge har ikke haft noget at bemærke, idet han i sin ansættelsesperiode ikke har været hos lægen. Han har også anført, at en optiker i 2021 har konstateret, at hans hovedpine skyldes, at synsnerven og synsmusklen er påvirket, og at han skal have korrigerende briller.

Selskabet har afvist at yde dækning ved tab af erhvervsevne under henvisning til, at klageren ikke er omfattet af en forsikring ved tab af erhvervsevne, og at han aldrig har betalt for dækningen.

Selskabet har anført, at selskabet har foretaget en konkret, individuel og proportionel vurdering af klagerens mulighed for at tegne forsikringen både i forbindelse med den oprindelige antagelse og i forbindelse med revurderingen i 2020. Den afgørende faktor i selskabets forsikringsmedicinske helbredsvurdering er, at klageren arbejdede på nedsat tid af helbredsmæssige årsager. Selskabet har anført, at det følger Videncenter for Helbred og Forsikrings retningslinjer med hensyn til klausulering, og at der kun kan gives klausuler på bevægeapparatet, øre og øje og ikke på klagerens hovedpinelidelse.

Nævnet finder efter en samlet vurdering, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at tegne erhvervsevnetabsforsikring for klageren med tilbagevirkende kraft.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren først henvendte sig til selskabet angående manglende forsikring ved tab af erhvervsevne i juli 2020, hvilket er efter, at han var blevet sygemeldt den 9/10 2018 og havde fratrådt sin stilling pr. 30/4 2019.

Ankenævnet for Forsikring

16.

96149

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabets afslag i 2015 og 2016 på, at klageren kunne tegne erhvervsevnetabsforsikring, er truffet forud for, at lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap trådte i kraft.

Det forhold, at selskabets afslag i 2015 og 2016 på, at klageren kunne tegne erhvervsevnetabsforsikring, eventuelt måtte være truffet på faktisk forkert grundlag, kan ikke føre til andet resultat, idet klageren først har reageret her på næsten 5 år efter. Nævnet bemærker, at klageren i de årlige pensionsoversigter har kunnet se, at han ikke havde en erhvervsevnetabsforsikring, og at han ikke har betalt præmie for en sådan forsikring.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Peter Thønnings