

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 2. marts 2022 blev i sag nr. 97108:

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 19/7 2021 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Manglende dækning for kommunens modregning ifm. ressourceforløb, som jeg mener at være berettiget til. Hele sagen er beskrevet i ... medfølgende bilag.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Dækning for kommunens modregning ifm. ressourceforløb i perioden 1.1.2019 -31.12.2020."

I bilag til klageskemaet har klageren bl.a. anført:

"Jeg mener at være berettiget til en tillægsdækning, som Velliv indførte 1. januar 2018, men Velliv har fortalt, at ordningen kun gælder forsikringstagere, som bliver sygemeldt efter 1. januar 2018. Jeg kan imidlertid ikke få dem til at sende mig dokumentation herfor, selvom jeg eksplicit har spurgt ind til dette adskillige gange.

Velliv hævdede endvidere, at de allerede var begyndt at betale dækning inden 1. januar 2018, og at jeg derfor ikke var omfattet af den udvidede ordning. Som i tilfældet ovenfor nægtede Velliv at sende dokumenter for denne påstand, og jeg måtte derfor indhente oplysningerne hos [klagerens arbejdsgiver] (min gamle arbejdsplads). Heraf fremgår det, at Velliv først indvilliger i at betale dækning efter jeg er blevet fyret i [klagerens arbejdsgiver] i august 2018, og at Velliv først på dette tidspunkt beslutter at betale dækning til arbejdsgiver fra starten af 2018, således at de 3 måneders karenperiode allerede går i gang inden udgangen af 2017.

...

Sagen, kort:

Jeg har siden 2010 gennemgået i alt 5 operationer, hvor jeg har fået fjernet tumorer (halskræft, livskritisk og recidiv) og et tilsvarende antal, hvor kirurgerne på [hospitalet] efterfølgende har repareret på de gener, operationerne har medført.

Efter at have genoptaget mit arbejde som [erhverv] hos [klagerens arbejdsgiver] efter endnu en kræftoperation i maj 2017 skulle jeg i oktober 2017 atter opereres. Intet kritisk, der skulle blot fraskæres lidt dødt væv og brusk, samt løsnes op for motorik i mundbund. Efter opheling genoptager jeg arbejdet 8. november, men har meget svært ved at tænke klart, og i samråd med [klagerens arbejdsgiver] besluttet det at forlænge min sygeperiode til og med den nært forestående juleferie, så jeg kan komme på fode igen. Jeg har tidligere i mit kræftforløb gjort brug af psykologhjælp, og jeg starter på ny hos psykolog.

Efter juleferien er min situation ikke blevet bedre, og det besluttet fra [klagerens arbejdsgivers] side at se tiden yderligere an. Min seneste operation har desværre ikke løst alle problemerne, og efter et kontrolbesøg primo 2018 tilbyder [hospitalet] endnu en operation i foråret 2018.

Med mit langvarige kræftforløb har ... Kommune været involveret i noget tid, da [klagerens arbejdsgiver] har modtaget sygedagpenge refusion ved mine kræftoperationer i august 2016 og maj 2017, samt de efterfølgende 'reparations indgreb'. Jeg hører endvidere under §56 ordning, så både [kommunen] og [klagerens arbejdsgiver] er indstillet på, at min kræft er tilbagevendende. I foråret 2018 overfører [kommunen] mig til Ressourceforløb, og på dette tidspunkt bliver jeg ligeledes langtidssygemeldt, hvorpå Velliv kontaktes i marts/april 2018.

I løbet af sommeren 2018 forsøger jeg at starte på nedsat tid i [klagerens arbejdsgiver], men efter en måneds tid, står det klart at min manglende evne til koncentrere mig og fastholde fokus, gør arbejdet for vanskeligt. Efter et møde mellem ledelse, min fagforening og jeg selv 16. august 2018 besluttet, at min ansættelse må ophøre, og det aftales, at ansættelsesforhold afsluttes ved årets udgang.

Efter årsskiftet 2018/19 påbegynder udbetaling fra Velliv, men da jeg i begyndelsen af 2019 ringer og spørger ind til den manglende udbetaling af modregning, får jeg at vide, at Velliv allerede 'var på min sag' og havde startet forløb inden de ændringer, som vedrørte refusion dækning trådte i kraft. I første omgang stillede jeg mig tilfreds med denne forklaring, men blev senere af en bekendt, som selv er i forsikringsbranchen, anbefalet at forhøre mig hos Forsikringsoplysningen. *[NB: Som det vil fremgå i Bilag 1 var Vellivs forklaring direkte usand, Velliv anede intet om min eksistens førend tidligst i foråret 2018 og behandlede først min sag i august 2018!].*

Hos Forsikringsoplysningen kunne man ikke vurdere sagen konkret, men de tilrådte mig at få præcis dokumentation fra Velliv, hvoraf det fremgik, at jeg IKKE var berettiget til tillægsydelsen. Forsikringsoplysningen indskærpede endvidere, at jeg ikke skulle nøjes med en forklaring eller en vurdering fra en Velliv ansat, men tværtimod skulle have en præcis og direkte reference til, hvor det fremgik i police og vilkår, at dækning IKKE ville gælde i min situation.

Som det vil fremgå af den vedhæftede mailkorrespondance har Velliv på intet tidspunkt været i stand til at give mig denne dokumentation, i stedet bliver jeg spist af med forskellige forklaringer og henvisninger til almindelige forretningsbetingelser og skadevirkningsprincipper. Det nærmeste Velliv kommer på noget dokumentation er en pamflet (Bilag 2), som fortæller at **'Der KAN dog være undtagelser, hvis du i forvejen ikke har alle forsikringsdækninger eller fx er langtidssyge-**

meldt' (*min fremhævnning*). Formuleringen fortæller blot at jeg KAN være omfattet af regler for undtagelse, så jeg har igen og igen forgæves spurgt ind til dokumentation for denne påstand. Så uanset, at Velliv i august 2018 ganske belejligt beslutter at de vil kategorisere mig som langtidssygemeldt allerede ultimo 2017, må udgangspunktet stadig være, at jeg er dækket, medmindre andet fremgår direkte af police og tillægsaftale. Vil jeg mene.

Hvis Ankenævnet for Forsikring støtter Vellivs argumentation vil jeg naturligvis acceptere og respektere denne afgørelse. Imidlertid har jeg fået så mange forskellige – og ofte vildledende/urigtige – forklaringer fra Velliv, at jeg gerne vil have en uvildig vurdering af sagen."

Selskabet har i brev af 14/9 2021 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Vi har den 11. august 2021 via ankenævnets portal, modtaget [klagerens] (i det følgende 'Klager') klage over Velliv (i det følgende 'Selskabet').

Klagers pensionsordning i Selskabet, er obligatorisk og oprettet som følge af Klagers ansættelse i [klagerens arbejdsgiver] (i det følgende 'Arbejdsgiver').

Klager har været sygemeldt siden starten af oktober 2017. Klagers erhvervsevne blev af selskabet vurderet nedsat, og Klager fik bevilget præmiefritagelse og løbende ydelse ved tab af erhvervsevne gældende fra 1. februar 2018, hvor karenperioden på 3 måneder udløb.

Klagers berettigelse til præmiefritagelse og løbende ydelse ved tab af erhvervsevne ophørte med udgangen af december måned 2020.

Gældende fra 1. januar 2018 indgik Selskab og Arbejdsgiver ny Firmapensionsaftale. Med den nye Firmapensionsaftale tilknyttede Selskabet bl.a. en supplerende dækning (i det følgende '**Den Supplerende dækning**') til Firmapensionsaftalen. Den Supplerende Dækning har til formål at kompensere forsikrede i jobafklarings- og ressourceforløb, der oplever, at kommuner modregner pensionselskabers udbetalinger ved nedsat erhvervsevne i forsikredes/borgerens offentlige ydelser ved fx ressourceforløb.

Klager er utilfreds med, at Selskabet ikke har bevilget og udbetalt Den Supplerende Dækning.

Selskabets afgørelse

Selskabet fastholder, at Klager ikke er berettiget til udbetaling af Den Supplerende Dækning.

Selskabets afgørelse er begrundet i skadevirkningsprincippet. Klagers forsikringsbegivenhed var allerede indtrådt da Den Supplerende Dækning blev tilknyttet Firmapensionsaftalen.

Klager blev sygemeldt i oktober 2017 og vurderet berettiget til helbredsbedingede ydelser. Præmiefritagelsen og den løbende ydelse blev bevilget og udbetalt startende fra udløbet af karensen på 3 måneder, 1. februar 2018.

Så længe Klager er berettiget til helbredsbetingsede ydelser opretholdes Klagers forsikringsdækninger uændret. Derfor omfattes Klager ikke af Den Supplerende Dækning, der gældende fra 1. januar 2018 blev tilknyttet Arbejdsgivers Firmapensionsaftale i Selskabet.

Sagsgennemgang

Bevilling af helbredsbetingsede ydelser

Den 4. april 2018 modtog Selskabet Klagers 'Ansøgning om udbetaling og/eller præmiefritagelse ved nedsat erhvervsevne' (i det følgende '**Ansøgningen**'), vedlagt som Bilag A.

Ansøgningen er af Klager dateret til 2. april 2017, men det må formodes at være en fejl, og Ansøgningen antages underskrevet af Klager den 2. april 2018.

I Ansøgningen oplyste Klager, at tabet af erhvervsevne skyldes '*Belastningsreaktion efter langvarigt kræft forløb*'.

Klager oplyste desuden følgende i Ansøgningen:

4 a. Er du for tiden i stand til at udføre noget arbejde?	Nej ☒ Ja ☐	Hvis ja, hvilket _____
b. Fra hvilken dato har du været uafbrudt sygemeldt?		Dato Senest fra 10. oktober 2017 _____
c. Arbejder du/har du arbejdet på deltid?	Nej ☒ Ja ☐	I hvilke perioder? Fra den _____ til den _____ Hvor mange timer? _____
d. Er du raskmeldt?	Nej ☒ Ja ☐	Hvis ja, pr. hvilken dato? _____

Klager oplyste den 2. april 2018, at være uafbrudt sygemeldt siden 10. oktober 2017, og at være '*sygemeldt på fuld tid*' (under punkt 18 i Ansøgningen).

I Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1 (FP 401), dateret 19. marts 2018 og modtaget i Selskabet 26. marts 2018, Bilag B, oplyser Klagers egen læge, at Klager har været sygemeldt på fuld tid siden 9. oktober 2017.

Selskabet bevilgede Klager helbredsbetingsede ydelser, gældende fra 1. februar 2018, hvor Klagers karenperiode på 3 måneder udløb. Udbetalingen skete praktisk til Arbejdsgiver, da Firmapensionsaftalen har et såkaldt '§ 17-forbehold' efter pensionsbeskatningsloven.

Klager orienteres om retten til helbredsbetingsede ydelser og udbetalingen til Arbejdsgiver, ved Selskabets brev af 30. august 2018, Bilag C.

Klager fratrådte Arbejdsgiver den 31. december 2018, hvorfor præmiefritagelsen og udbetalingen af løbende ydelser ved tab af erhvervsevne overgik til Klager gældende fra 1. januar 2019. Klager blev meddelt dette ved Selskabets brev af 29. oktober 2018, Bilag D.

På grundlag af en psykiatrisk speciallægeerklæring vurderede Selskabet i oktober-november 2020, at Klagers erhvervsevne ikke længere var nedsat i tilstrækkelig grad til at modtage helbredsbetingede ydelser fra Selskabet. Dette blev meddelt Klager ved Selskabets brev af 3. november 2020, Bilag E. Selskabet indrømmede med brevet Klager en omstillingsperiode, hvorfor præmiefritagelsen og udbetalingen af løbende ydelser ved tab af erhvervsevne først ophørte pr. 1. januar 2021. Siden Klagers sygemelding i oktober 2017, har Selskabet efter udløbet af karenstiden på 3 måneder, uafbrudt bevilget Klager helbredsbetingede ydelser i perioden 1. februar 2018 til 1. januar 2021.

Forsikringsbetingelser

Selskabets Almindelige forsikringsbetingelser 703 og Almindelige forsikringsbetingelser ved nedsat erhvervsevne af 1. juni 2014, Bilag F, er gældende for Klagers pensionsordning.

I Almindelige forsikringsbetingelser ved nedsat erhvervsevne af 1. juni 2014 fremgår følgende (uddrag):

A. Invalidepension og præmiefritagelse

§ 1. Generelt

Er forsikringen oprettet med ret til invalidepension og/eller præmiefritagelse ved nedsat erhvervsevne, gælder følgende regler:

Forsikrede kan, forudsat at forsikrede har et indtægtsstab, få udbetaling ved nedsat erhvervsevne og/eller præmiefritagelse, hvis forsikredes erhvervsevne i forsikringstiden bliver nedsat i dækningsberettiget grad som følge af sygdom eller ulykke, uden at dette skyldes forsæt. Erhvervsevnen skal være nedsat uafbrudt i en karenstid på 3 måneder, før forsikringen kan komme til udbetaling og/eller præmiefritagelsen kan begynde, og forsikringen skal ligeledes være i kraft i hele karenstiden.

Selskabet foretager således først en vurdering af om erhvervsevnen er nedsat i tilstrækkelig grad, jf. § 3 om

vurderingen af erhvervsevnen. Vurderer selskabet, at erhvervsevnen er nedsat i tilstrækkelig grad, foretager selskabet herefter en vurdering af det konkrete indtægtsstab, jf. § 4 om udbetalingens størrelse.

Af pensionsoversigten fremgår det

- Hvor stort erhvervsevnetabet skal være, før en eventuel udbetaling og præmiefritagelse begynder
- Den maksimale årlige aftalte udbetaling, der kan ske fra forsikringen
- Hvor stor en procentdel af indtægtsstab, der er dækket
- Udløbstidspunkt for invalidepensionen

§ 3. Vurderingen af erhvervsevnetabet

I vurderingen af, om forsikredes erhvervsevne er nedsat i tilstrækkelig grad indgår en helbreds- og en økonomisk vurdering, det vil sige, at selskabet vurderer, om forsikredes mulighed for at opretholde en passende indtjening er nedsat i dækningsberettiget grad som følge af forsikredes helbreds- og økonomiske begrænsninger.

Den midlertidige vurdering af erhvervsevnen i eget erhverv

Når selskabet skal vurdere, om forsikredes erhvervsevne er nedsat i tilstrækkelig grad efter karenstidens udløb, foretages normalt først en vurdering af, om erhvervsevnen er nedsat i forsikredes eget erhverv, det vil sige en vurdering af om forsikrede er i stand til at passe sit nuværende arbejde. Er erhvervsevnen i forsikredes eget erhverv nedsat i tilstrækkelig grad, kan forsikrede få udbetaling i en periode, som fastsættes af selskabet, forudsat at forsikrede har et indtægtsstab, jf. § 4 om udbetalingens størrelse. Perioden kan forlænges flere gange, hvis forsikrede fortsat opfylder betingelserne for udbetaling. Opfylder forsikrede ikke længere betingelserne, fordi forsikrede genvinder sin erhvervsevne helt eller delvist, ophører udbetalingen.

§ 4. Udbetalingens størrelse

Vurderer selskabet, at forsikredes erhvervsevne er nedsat i tilstrækkelig grad, fastsættes udbetalingens størrelse efter følgende principper:

Invalidepensionen kommer ikke til udbetaling, hvis forsikrede efter karenstidens udløb har samme indtjening som hidtil, det vil sige, at der skal være et indtægtsstab, før der kan ske udbetaling.

Udbetalingen udgør herefter den andel af forsikredes indtægtsstab, der er dækket, jf. pensionsoversigten, dog maksimalt den aftalte udbetaling.

§ 5. Udbetaling af invalidepension

Udbetalingen ved nedsat erhvervsevne sker månedligt og udbetaling begynder den 1. i måneden efter karenstidens udløb. Udbetalingen sker til forsikredes NemKonto, med mindre forsikrede skriftligt oplyser en anden konto til selskabet, eller tidligere har valgt en anden konto.

Som udgangspunkt forudsætter forsikringsbetingelserne, ved vurderingen af om forsikredes erhvervsevne er nedsat i tilstrækkelig grad, en helbreds- og en økonomisk vurdering, hvor sidstnævnte fordrer et indtægtsstab, jf. § 3.

Som oplyst indeholder Selskabets Firmapensionsaftale med Arbejdsgiver et såkaldt '§ 17-forbehold' efter pensionsbeskatningsloven. Det vil sige, at Selskabets ved vurderingen af om Klagers erhvervsevne er nedsat i tilstrækkelig grad, reelt alene foretager en helbreds- og økonomisk vurdering.

ring, idet § 17-forbeholdet indebærer, at Selskabet udbetaler de helbredsbedingede ydelser til Arbejdsgiver, så længe Klager fortsat modtager fuld løn, og derfor i sagens natur ikke har et indtægtstab.

Baseret på de foreliggende helbredsmæssige oplysninger, anså Selskabet derfor Klagers dækningsberettigende forsikringsbegivenhed for indtrådt i oktober 2017, i overensstemmelse med det af Klager oplyste med Ansøgningen.

Efter forsikringsbetingelsernes § 1, skal erhvervsevnen være nedsat i dækningsberettiget grad uafbrudt i en karenperiode på 3 måneder, før forsikringen kan komme til udbetaling. Af forsikringsbetingelsernes § 5 fremgår det, at udbetalingen ved nedsat erhvervsevne sker månedligt og at udbetalingen begynder efter karenperiodens udløb.

Den Supplerende Dækning

Gældende fra 1. januar 2018 indgik Selskabet og Arbejdsgiver ny Firmapensionsaftale. Uddrag af Firmapensionsaftalen af 1. januar 2018, er vedlagt som Bilag G.

Selskabet informerede medarbejderne ved Arbejdsgiver om en forbedret pensionsordning. Den forbedrede pensionsordning introducerede bl.a. 'Lønskala' og Den Supplerende Dækning. Informationen blev bl.a. givet via informationsfolderen vedlagt af Klager som Bilag 2.

Den Supplerende Dækning giver de forsikrede omfattet af Firmapensionsaftalen en bedre forsikringsdækning, idet den helt eller delvist kompenserer forsikrede i jobafklarings- eller ressourcetiløb for den modregning kommunen foretager for borgere der samtidig modtager ydelser fra deres forsikring ved nedsat erhvervsevne.

Med informationsfolderen, Klagers Bilag 2, blev medarbejderne hos Arbejdsgiver desuden informeret om, at

'De nye fordele gælder fra årsskiftet [1. januar 2018] og som udgangspunkt for alle, der er med i pensionsaftalen. Der kan dog være undtagelser, hvis du i forvejen ikke har alle forsikringsdækninger eller fx er langtids sygmeldt.'

Den Supplerende Dækning blev alene tilknyttet via Firmapensionsaftalen. Den fremgår ikke af Klagers forsikringsbetingelser eller pensionsoversigt.

I forbindelse med den nye Firmapensionsaftale afgav Arbejdsgiver en arbejdsgivererklæring. Arbejdsgiver havde noteret Klager på erklæring med oplysning om sygemelding og § 56-aftale på tidspunktet for den nye Firmapensionsaftales ikrafttrædelse.

Ved brev af 10. april 2018, Bilag H, orienterede Selskabet Klager om, at Klager som følge af sin sygemelding ikke kan omfattes af Lønskalaen. Brevet beskriver alene Lønskalaen, idet ændringen ville have medført en risikoforøgelse som følge af en forhøjelse af Klagers dækning ved nedsat erhvervsevne.

Selskabets vurdering

Klager har været sygemeldt siden oktober 2017, jf. Klagers Ansøgning og oplysningen fra Klagers egen læge, Bilag A og B.

Tilsvarende fremgår af sagens kommunale akter. Af vedlagte Bilag I, fremgår det af 'Forsørgelses-historik', at der er udbetalt sygedagpenge for Klager i perioden november 2017 til marts 2018, hvor forsørgelsen ændres til ressourceforløbsydelse.

I 'Anmodning om Aktuell situation fra psykolog', dateret 24. januar 2018, skriver Kommunen, at *'[Klager] havde den første fraværsdag d. 10/10-17. [Klager] ser sig ikke i stand til at starte delvist i arbejde.'*

Forsikringsbegivenheden indtrådte efter Selskabets opfattelse i oktober 2017.

Efter udløb af karenperioden på 3 måneder, 1. februar 2018, udbetalte Selskabet derfor helbredsbedingede ydelser – til først Klagers Arbejdsgiver, og efterfølgende til Klager selv.

Klager var sygemeldt og omfattet af en § 56-aftale den 1. januar 2018, da den nye Firmapensions-aftale mellem Selskabet og Arbejdsgiver trådte i kraft.

Den Supplerende Dækning blev tilknyttet Firmapensionsaftale gældende fra 1. januar 2018.

Klager har tidligere gentagende rettet henvendelse til Selskabets Klageansvarlige. Korrespondancen mellem Klager og Selskabets Klageansvarlige indgår i Klagers Bilag 1.

Over for Selskabets Klageansvarlige gør Klager bl.a. gældende, at hans sygemelding i oktober 2017 intet har med hans senere sygdomsforløb at gøre. Klager har desuden anført, at Klagers overgang til ressourceforløb udgør forsikringsbegivenheden eller skal betragtes som en selvstændig forsikringsbegivenhed, at en række senfølger først er indtruffet efter 1. januar 2018 og at Selskabet generelt først er blevet kontaktet vedrørende Klagers oktober 2017-sygemelding efter 1. januar 2018, hvorfor Klager anser sig for omfattet af Den Supplerende Dækning.

Selskabet skal for en god ordens skyld bemærke, at skadesårsagen som udgangspunkt ikke er afgørende for Klagers berettigelse til helbredsbedingede ydelser fra Klagers forsikring i Selskabet.

Den omstændighed, at Klager eksempelvis opsiges ved Arbejdsgiver, fratræder Arbejdsgiver eller overgår til fx ressourceforløbsydelse, udløser ikke i sig selv en forsikringsbegivenhed eller en 'for-nyet' forsikringsbegivenhed.

Selskabets udbetaling af helbredsbedingede ydelser, siden Klagers sygemelding i oktober 2017, har bestået uafbrudt frem til 1. januar 2021.

Ud fra et skadevirkningsprincip bliver Klager ikke omfattet af ændringer – positive som negative – af fx Firmapensionsaftalen og forsikringsbetingelserne, så længe forsikringsbegivenheden er indtrådt forud for ikrafttrædelsen af ændringen og Klager fortsat opfylder forsikringsbetingelserne for at være berettiget til helbredsbedingede ydelser.

Det er Selskabets opfattelse, at bl.a. følgende kendelser fra Ankenævnet støtter Selskabets vurdering; 85.493, 90.925, 91.960 og 95.783. I kendelserne var forsikringsbegivenheden indtrådt og forsikrede var derfor ikke omfattet af efterfølgende vilkårsændringer, så længe berettigelsen til helbredsbedingede ydelser bestod.

Ankenævnet for Forsikring

8.

97108

Selskabet skal fastholde, at Klager ikke var berettiget til udbetaling af Den Supplerende Dækning."

Klageren har i brev af 2/10 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg var aldeles ikke langtidssygemeldt i 2017, blot almindelig sygemeldt. Til gengæld blev jeg erklæret som ansat, der led af 'Midlertidig nedsat erhvervsevne' i foråret 2018, hvorpå Nordea Liv og Pension (som Velliv hed dengang), blev kontaktet. Jeg havde derfor ikke status som langtidssygemeldt, da Velliv udvider dækning ved årsskiftet 2017/18, dette er en betegnelse, som Velliv konstruerer til lejligheden mere end et år senere, da udbetaling til undertegnede skal påbegyndes. Min status ved Vellivs indtræden havde ikke karakter af langtidssygemelding, men var defineret som et forløb af midlertidig karakter, jf. Bilag1 og Bilag2.

Velliv vurderer først min sag og mit forløb ultimo august 2018 umiddelbart efter min opsigelse, på hvilket tidspunkt forsikringsdækningen udelukkende var en sag mellem Velliv og [klagerens arbejdsgiver]. Jeg bliver da heller ikke orienteret om forløb, da Velliv beslutter at dækning skal ske til [klagerens arbejdsgiver] (som dengang ...) med start af udbetaling februar 2018. Det er først efter min opsigelse, dvs. primo 2019, at dækning bliver et økonomisk anliggende mellem Velliv og undertegnede, eftersom udbetaling fra dette tidspunkt overgår til min konto.

Men uanset de indbyrdes forhold og anliggender kan det ikke have retsvirkning i forholdet mellem Velliv og undertegnede, at Velliv i 2019, med tilbagevirkende kraft, beslutter at jeg skal kategoriseres som langtidssygemeldt allerede inden årsskiftet 2017/2018.

Da Velliv skriver til deres medlemmer om den ny dækning anføres, at *'Der KAN dog være undtagelser, hvis du i forvejen ikke har alle forsikringsdækninger eller fx er langtidssygemeldt' [min fremhævnings]*, men på dette tidspunkt er jeg netop ikke langtidssygemeldt og er derfor omfattet af og berettiget til den ny dækning! Ydermere bemærkes, at Velliv benytter udtrykket 'KAN' i modsætning til 'SKAL' eller 'VIL', hvilket giver formodning om, at der skal stærke grunde til at afvise den ekstra dækning, hvilket helt indlysende ikke er til stede i denne sag.

Det skal igen gøres gældende, at ingen, absolut ingen, betragtede undertegnede som langtidssygemeldt inden afslutningen af 2017. Hverken Velliv selv, min arbejdsgiver ..., ... Kommune, min psykolog, min huslæge eller jeg selv mente at jeg var, eller ville blive, langtidssygemeldt, da Velliv udsender besked til mig, at jeg vil være omfattet af den udvidede dækning. Tværtimod viser mit recidive kræftforløb, at jeg siden 2010 har været cancer-opereret i hals, strube og mundhule adskillige gange, men altid er vendt tilbage til arbejde på normale vilkår efter hver eneste indlæggelse. Påstand om status som langtidssygemeldt er udelukkende et begreb, Velliv bringer på banen med tilbagevirkende kraft mere end et år efter mit fravær, da Velliv bliver klar over, at jeg er opsagt og dermed vil kunne komme i betragtning til at modtage den udvidede dækning. For ja, det viser sig, at jeg bliver langtidssygemeldt senere i 2018, men dette var ikke nærliggende at forvente inden 2018, nærmest tværtimod, jf. tidligere sygehistorik!!

Så jeg vil derfor fastholde, at jeg har haft berettiget forventning om, at være omfattet af den udvidede dækning i det tidsrum, hvor jeg modtog ydelser fra Velliv, dvs. perioden 1.1.2019-31.12.2020."

Selskabet har i brev af 12/10 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Gennemgående hæfter Klager sig ved, og argumenterer med sin skrivelse for, hvorfor han ved sygemeldingen i oktober 2017 ikke var '*langtidssygemeldt*', men blot '*almindelig sygemeldt*'.

Klagers argumentation og 'klassificering' af hans sygemelding, er uden relevans for sagen. Prognosen for Klagers sygemelding og varigheden af sygemeldingen, har som udgangspunkt ikke betydning for Klagers berettigelse til helbredsbetingsede ydelser fra forsikringen ved nedsat erhvervsevne. Når forsikringsbegivenheden er indtrådt, skal erhvervsevnen dog være nedsat i dækningsberettiget grad uafbrudt i en karenperiode på 3 måneder, før forsikringen kan komme til udbetaling, jf. forsikringsbetingelsernes §§ 1 og 5.

For en god ordens skyld skal Selskabet på ny bemærke:

- Selskabet modtog den 4. april 2018 Klagers Ansøgning. Klager oplyste med Ansøgningen at være sygemeldt på fuld tid og at være uafbrudt sygemeldt siden 10. oktober 2017 (Selskabets Bilag A). Tilsvarende blev oplyst af Klagers egen læge i erklæringen dateret 19. marts 2018 (Selskabets Bilag B).
- Klagers Arbejdsgiver oplyste ved en Arbejdsgivererklæring, at Klager var sygemeldt og omfattet af en § 56-aftale den 1. januar 2018, da den nye Firmapensionsaftale mellem Selskabet og Arbejdsgiver trådte i kraft.
- Klagers kommune udbetalte sygedagpenge for Klager i perioden november 2017 til marts 2018, hvor forsørgelsen fremadrettet blev ændret til ressourceforløbsydelse (Selskabets Bilag I).

Klager tilkendegiver desuden følgende med sin seneste skrivelse:

Velliv vurderer først min sag og mit forløb ultimo august 2018 umiddelbart efter min opsigelse, på hvilket tidspunkt forsikringsdækningen udelukkende var en sag mellem Velliv og [REDACTED]. Jeg bliver da heller ikke orienteret om forløb, da Velliv beslutter at dækning skal ske til [REDACTED] (som dengang var ejer af Velliv) med start af udbetaling februar 2018. Det er først efter min opsigelse, dvs primo 2019, at dækning bliver et økonomisk anliggende mellem Velliv og undertegnede, eftersom udbetaling fra dette tidspunkt overgår til min konto.

Hertil skal Selskabet kort bemærke:

- Selskabet indhentede efter modtagelsen af Klagers Ansøgning den 4. april 2018 relevante akter til vurdering af Klagers berettigelse til helbredsbetingsede ydelser, hvorefter
- Selskabet meddelte ved brev af 30. august 2018 (Selskabets Bilag C) Klager, at han var berettiget til helbredsbetingsede ydelser, men at udbetalingen skete til Arbejdsgiver, så længe Klager modtog fuld løn,
- Klager fratrådte Arbejdsgiver den 31. december 2018, hvorefter udbetalingen overgik til Klager.

Med henvisning til Klagers Bilag 2, Selskabets informationsfolder, vedlagt Klagers første skrivelse til Ankenævnet, argumenterer Klager for følgende:

Da Velliv skriver til deres medlemmer om den ny dækning anføres, at "*Der KAN dog være undtagelser, hvis du i forvejen ikke har alle forsikringsdækninger eller fx er langtidssygemeldt*" (min fremhævelse), men på dette tidspunkt er jeg netop ikke langtidssygemeldt og er derfor omfattet af og berettiget til den ny dækning! Ydermere bemærkes, at Velliv benytter udtrykket 'KAN' i modsætning til 'SKAL' eller 'VIL', hvilket giver formodning om, at der skal stærke grunde til at afvise den ekstra dækning, hvilket helt indlysende ikke er til stede i denne sag.

Selskabet skal bemærke, at ud fra en almindelig sproglig og juridisk forståelse, tilkendegiver brugen af ordene 'kan' og 'fx', at læseren skal være opmærksom på, at Den Supplerende Dækning derfor ikke nødvendigvis omfatter enhver medarbejder, at de angivne indskrænkninger ikke er udtømmende, men alene er eksempler.

Selskabets anser sammenfattende ikke Klagers skrivelse af 2. d.s. (inkl. bilag) for at bringe nyt til sagen.

Selskabet skal på ny bemærke, at Klagers forsikringsbegivenhed efter Selskabets opfattelse, indtrådte i oktober 2017, samt at Selskabet på baggrund heraf, efter udløbet af karensten, uafbrudt frem til 1. januar 2021 har bevilget Klager helbredsbetingsede ydelser. Klager var derfor ikke berettiget til udbetaling af Den Supplerende Dækning, der blev tilknyttet Firmapensionsaftalen med Arbejdsgiver gældende fra 1. januar 2018."

Klageren har i brev af 1/11 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg kontakter Velliv i starten af 2019, hvor min forsikring træder i kraft, for at høre hvorfor jeg ikke bliver kompenseret for modregning, som ellers var blevet stillet mig i udsigt. Jeg bliver da oplyst, at Velliv allerede inden 2018 havde bedømt min sag, hvorfor tillægsydelsen ikke kunne komme mig til gavn, hvilket jeg nødtvungent tager til efterretning.

I 2021 bliver jeg gjort opmærksom på, at Velliv umuligt kan have haft kendskab til min sag før tidligst i foråret 2018, hvorfor jeg påny tager kontakt til Velliv. Jeg modtager nu følgende forklaring, hvorfor jeg ikke kan få tillægsydelsen:

'Dette skyldes, at du blev sygemeldt, og din erhvervsevne dermed nedsat, før ændringen trådte i kraft. Det er den aftale og de forsikringsbetingelser, som var gældende på din første sygedag i oktober 2017, som har været gældende for din sygeperiode og nedsatte erhvervsevne.'

Denne gang nævner Velliv ikke direkte, at de allerede havde haft min sag vurderet inden 2018, så jeg spørger derfor i mit opfølgende brev (og adskillige efterfølgende), præcist hvornår Velliv vurderede min sag, men det nægter de pure at oplyse. Som det fremgår af mit oprindelige bilag, skriver Velliv:

'Det er ikke afgørende for udbetalingen, hvornår vi modtager dokumentationen for, at erhvervsevnen har været nedsat [..]'

Så nu er deres oprindelige argument pludselig uden relevans, og det er først ved at kontakte min tidligere arbejdsgiver, at jeg erfarer, at Velliv først tog beslutning i min sag umiddelbart efter jeg blev opsagt, dvs. ultimo august 2018. I det hele taget har Velliv flere gange prøvet afspore debatten og har således i to omgang sendt mig lovtekster omhandlende Forretningsbetingelserne, som, når jeg har refereret til disse tekster, er blevet oplyst, at Forretningsbetingelserne overhovedet ikke vedkommer denne sag. Så hvorfor overhovedet sende dem, hvis ikke det var for at intimidere og begrave mig i paragraffer.

Jeg erkender at jeg rent faktisk blev sygemeldt inden den udvidede dækning trådte i kraft, men jeg kan intet sted finde, at Vellivs argument fritager dem for dækning af tillægsydelsen, som jeg får brug for i 2019. Jeg har igen og igen spurgt ind til, præcis hvor, det står skrevet, at jeg IKKE er

dækket, men ikke fået fyldestgørende svar. Velliv henfører til, at min sygdom er opstået før 2018, og at jeg derfor er ikke dækket, men det er jeg ikke enig i.

I sin seneste skrivelse nævner Velliv endvidere, at jeg allerede i 2017 var omfattet af en § 56-aftale, hvilket er helt korrekt. Dette skyldtes min kræfthistorik, og var jo netop et værktøj som gjorde, at jeg så nemt og smidigt som muligt, kunne have pauser i mit arbejde, når jeg blev opereret. Og efterfølgende genoptage arbejdet igen, hvilket jo er sket adskillige gange siden 2010, i hvilken periode jeg har været indlagt og opereret en halv snes gange. At jeg efter min operation i 2017 ikke vendte tilbage til min arbejdsplads for at genoptage mit arbejde, var første gang nogensinde i hele dette sygeforløb.

Jeg bliver omkring årsskiftet 2017/18 oplyst, at jeg er berettiget til den nævnte tillægsydelse, såfremt jeg skulle komme i et ressourceforløb, hvilket jeg ikke var på dette tidspunkt. Ej heller var jeg langtidssygemeldt, dette er alene at kontrafaktisk kunstgreb, som Velliv udfører et år senere, for at smygge sig uden om deres ansvar:

1 De starter med at hævde,
at jeg ikke er omfattet, fordi jeg allerede var registreret som en sag hos dem, da den udvidede ordning træder i kraft.

2 Da jeg finder ud af, at dette ikke passer,
beslutter de, med tilbagevirkende kraft, at erklære mig langtidssyg, da den udvidede dækning træder i kraft.

3 Da jeg beviseligt ikke var langtidssygemeldt, hævder de i stedet,
at tillæg til forsikringen alligevel ikke er dækket, fordi jeg blev sygemeldt inden da den udvidede dækning træder i kraft.

Men den sidste begrundelse er simpelthen ikke god nok, og det står ingen steder i aftalen eller i forsikringsbetingelserne, at man ikke er dækket, såfremt sygemelding er startet inden 2018. Tværtimod skriver Velliv selv om undtagelser, hvor den ikke dækker, og jeg tilhørte ikke nogle af disse kategorier på tidspunktet, hvor den udvidede dækning træder i kraft.

Min afsluttende bemærkning til Velliv står derfor tilbage: Jeg fastholder, at forsikringsbegivenheden (overgang til ressourceforløb) først sker EFTER Velliv har udvidet sin dækning, at forsikringsårsagen (senfølger af kræftforløb med i alt 60 strålebehandlinger i hoved/hals) først indtræffer EFTER Velliv har udvidet sin dækning, samt at Velliv først bliver kontaktet af [klagerens arbejdsgiver] EFTER Velliv har udvidet sin dækning.

Jeg har derfor haft en berettiget forventning om at modtage det tillæg for kommunens modregning i perioden 1.1.2019-31.12.2020, som Velliv stillede mig i udsigt."

Selskabet har i brev af 9/11 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Med skrivelsen tilkendegiver Klager, at sagen kan afgøres på foreliggende grundlag. Desuagtet indeholder Klagers skrivelse flere budskaber, som Selskabet finder det nødvendigt på ny at præcisere og berigtige;

- Klager sender sin Ansøgning til Selskabet i april 2018, hvorfor det i sagens natur tidligst er fra dette tidspunkt, at Selskab kan blive bekendt med Klagers sygdomsmeddelelse og forsikringsbegivenhed fra oktober 2017
- Klager oplyser af egen drift med Ansøgningen i april 2018, at have være uafbrudt sygdomsmeddelt siden primo oktober 2017, hvilket efterfølgende bekræftes af sagens lægelige og kommunale akter
- Klagers forsikringsbegivenhed indtrådte efter Selskabets opfattelse i oktober 2017, og dermed før Selskabet i januar 2018 tilknyttede Den Supplerende Dækning til Firmapensionsaftalen med Arbejdsgiver og den nye pensionsordning, hvorfor Klager ud fra et skadevirkningsprincip ikke er berettiget til Den Supplerende Dækning
- Når Selskabet har modtaget Klagers Ansøgning, må Selskabet nødvendigvis indhente og afvente sagens relevante akter, samt indrømme tid til sagsbehandling af Ansøgningen
- Det er ikke afgørende hvornår Selskabet vurderer Klagers forsikringsbegivenhed, men hvornår forsikringsbegivenheden er indtrådt – og Selskabet har loyalt oplyst Klagers sag og indhentet sagens relevante akter
- Klagers Ansøgning blev modtaget i april 2018, og i august 2018 blev Klager ved brev orienteret om, at være berettiget til helbredsrettede ydelser på grundlag af forsikringsbegivenheden indtrådt i oktober 2017
- Det er ikke korrekt når Klager skriver, at være blevet oplyst om en berettigelse til Den Supplerende Dækning. Klager er i lighed med de øvrige medarbejdere ved Arbejdsgiver informeret om, at Den Supplerende Dækning tilknyttedes Firmapensionsaftalen og den nye pensionsordning gældende fra 1. januar 2018, og at medarbejderne som udgangspunkt omfattes af den nye pensionsordning, men skal være opmærksomme på, at der kan være individuelle undtagelser
- Klager causerer om 'kontrafaktiske kunstgreb', hvilket er uden realitet. Selskabet har bevilget Klager helbredsrettede ydelser på grundlag af Klagers Ansøgning og sagens lægelige og kommunale akter
- Den omstændighed, at Klager overgår til ressourceforløbsydelse, udløser ikke i sig selv en forsikringsbegivenhed eller en 'fornyelse' af forsikringsbegivenheden."

Klageren har i brev af 24/11 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabets indlæg med underpunkter er markeret med kursiv/blå font nedenfor.

...

Med skrivelsen tilkendegiver Klager, at sagen kan afgøres på foreliggende grundlag. Desuagtet indeholder Klagers skrivelse flere budskaber, som Selskabet finder det nødvendigt på ny at præcisere og berigtige.

- *Klager sender sin Ansøgning til Selskabet i april 2018, hvorfor det i sagens natur tidligst er fra dette tidspunkt, at Selskab kan blive bekendt med Klagers sygdomsmeddelelse og forsikringsbegivenhed fra oktober 2017*
- Nej, det er ikke Klager, men Arbejdsplads, som på Klagers og egne vegne indsender denne ansøgning i april 2018. Klager var ikke bekendt med tidspunkt for ansøgning, men bliver af Velliv ved min første henvendelse (primo 2019, hvor modregning begynder) oplyst, at Velliv har været involveret i min sag allerede fra efteråret 2017, og at min sag dermed var vurderet inden den udvidede dækning var trådt i kraft. Hvilket på daværende tidspunkt var Vellivs begrundelse for, at jeg ikke var berettiget til den udvidede dækning. Først langt senere får jeg et 'tip' om, at Velliv har modtaget min sag på et meget senere tidspunkt, men da jeg gentagne gange forsøger at få Velliv til at oplyse, hvornår de har modtaget min sag, nægter de pure at oplyse

herom, og forklarer nu, at dette tidspunkt ingen relevans har (dette forløb fremgår af tidligere bilag). Til sidst får jeg gennem min tidligere arbejdsgiver bekræftet, at Velliv rent faktisk først har reageret på min sag umiddelbart efter jeg er blevet fyret, dvs. ultimo august 2019.

- *Klager oplyser af egen drift med Ansøgningen i april 2018, at have være uafbrudt sygemeldt siden primo oktober 2017, hvilket efterfølgende bekræftes af sagens lægelige og kommunale akter*
- Her henvises til mine kommentarer under pkt. 1
- *Klagers forsikringsbegivenhed indtrådte efter Selskabets opfattelse i oktober 2017, og dermed før Selskabet i januar 2018 tilknyttede Den Supplerende Dækning til Firmapensionsaftalen med Arbejdsgiver og den nye pensionsordning, hvorfor Klager ud fra et skadevirkningsprincip ikke er berettiget til Den Supplerende Dækning*
- Klager mener bestemt at være dækket, skadevirkningsprincip har aldrig været en faktor, tværtimod anfører Velliv at den ansatte er dækket, medmindre den ansatte er omfattet af individuelle undtagelser. Og jeg var ikke omfattet af disse undtagelser, da Velliv udsendte deres materiale.
- *Når Selskabet har modtaget Klagers Ansøgning, må Selskabet nødvendigvis indhente og afvente sagens relevante akter, samt indrømmes tid til sagsbehandling af Ansøgningen*
- Her henvises til mine kommentarer under pkt. 1
- *Det er ikke afgørende hvornår Selskabet vurderer Klagers forsikringsbegivenhed, men hvornår forsikringsbegivenheden er indtrådt – og Selskabet har loyalt oplyst Klagers sag og indhentet sagens relevante akter*
- Nej, Selskabet har bestemt ikke 'loyalt oplyst Klagers sag', jeg har gentagne gange bedt om specifikt 2 ting i mine henvendelser, dels tidspunktet for Vellivs indtræden i sagen, dels en præcis henvisning til, hvor det fremgår, at jeg ikke skulle været berettiget til den udvidede dækning. Velliv nægtede pure at svare på det første, og har forsøgt med forskellige forklaringer og fortolkninger at svare på det sidste, men har på intet tidspunkt anvist et præcist sted i forsikringen, hvoraf det skulle fremgå, at man ikke er dækket, såfremt sygdom er indtrådt før 1.1.2018. I stedet har man henvist til skadevirkningsprincip, hvilket umuligt kan være gældende, da man jo netop fortæller, at den udvidede dækning træder i kraft, medmindre..... (og her kommer så undtagelserne). Hvis man 'bare' kunne henholde sig til skadevirkningsprincippet, giver det jo ingen mening, at nævne undtagelser, som i forvejen ville være dækket ind af netop dette princip.
- *Klagers Ansøgning blev modtaget i april 2018, og i august 2018 blev Klager ved brev orienteret om, at være berettiget til helbredsbedingede ydelser på grundlag af forsikringsbegivenheden indtrådt i oktober 2017*
- Nej, Klager har intet modtaget fra Selskabet, al korrespondance er alene mellem Selskabet og Arbejdsgiver. Klager er overhovedet ikke involveret i dialog med Selskabet, dette sker første gang i december 2018, hvor Selskabet telefonisk meddeler Klager, at ydelserne vil træde i kraft/overgå til Klagers konto fra starten af det nye kalenderår.
- *Det er ikke korrekt når Klager skriver, at være blevet oplyst om en berettigelse til Den Supplerende Dækning. Klager er i lighed med de øvrige medarbejdere ved Arbejdsgiver informeret om, at Den Supplerende Dækning tilknyttes Firmapensionsaftalen og den nye pensionsordning*

gældende fra 1. januar 2018, og at medarbejderne som udgangspunkt omfattes af den nye pensionsordning, men skal være opmærksomme på, at der kan være individuelle undtagelser

- Jo, det er faktisk korrekt, for jeg modtog, som Velliv nævner, skrivelsen som anfører at man som udgangspunkt vil være dækket af Den Supplerende Dækning, medmindre... Og her listes så nogle undtagelser op, og da jeg på tidspunktet ikke var omfattet af nogle af disse undtagelser, gik jeg naturligvis ud fra, at ordningen også gjaldt mig.
- *Klager causerer om 'kontrafaktiske kunstgreb', hvilket er uden realitet. Selskabet har bevilget Klager helbredsbetingede ydelser på grundlag af Klagers Ansøgning og sagens lægelige og kommunale akter*
- Når jeg benyttede udtrykket kontrafaktisk, var det på baggrund af de forskellige forklaringer og argumenter, som Velliv har benyttet, jf. bilag og tidligere beskrivelse. Hvis udtrykket er et for stærkt begreb, vil jeg nøjes med at påpege, at Velliv har anlagt forskellige synsvinkler (inden sagen kom for Ankenævnet) som begrundelse, for at afvise mit krav om supplerende dækning.
- *Den omstændighed, at Klager overgår til ressourceforløbsydelse, udløser ikke i sig selv en forsikringsbegivenhed eller en 'fornyet' forsikringsbegivenhed.*
- Klager har ikke påstået 'fornyet' forsikringsbegivenhed, men alene gjort opmærksom på, at Klager hverken var langtidssygemeldt eller i ressourceforløb, da Klager modtog information om den supplerende dækning."

Selskabet har i brev af 6/12 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Det er Selskabets indtryk, at Klager ikke kan erindre sin kontakt til og med Selskabet i 2018, hvorfor Selskabet må bemærke følgende til Klagers seneste tilkendegivelser om forløbet:

- Det fremgår af Selskabets interne arbejdsjournal, at Klager den 15. marts 2018 telefonisk kontaktede Selskabets socialrådgiverfunktion med oplysning og spørgsmål til sin sygehistorie og muligheden for at søge om udbetaling fra forsikringen i Selskabet.
Det efterfølgende er et uddrag fra Selskabets interne arbejdsjournal. Heraf fremgår, at Klager kontakter Selskabet pr. mail 30. juli 2018 og beder om status på hans sag med henvisning til hans Ansøgning.

Klager skriver: '*Jeg indsendte papirer i marts....*'.

Selskabet kontaktede Klager telefonisk dagen efter, 31. juli 2018.

Ankenævnet for Forsikring

15.

97108

Telefonnotat:
Din socialrådgivning
Dato/sagsbehandler: 31.07.2018/ [redacted]

Pba. mail fra kunden d.d. ringet til kunden:
From: [redacted]
Sent: Monday, July 30, 2018 2:08 PM
To: [redacted]@nordea.dk>
Subject: Re: FW: FORTROLIGT - FW: Midlertidig nedsat erhvervsevne.

Hej [redacted]
Jeg indsendte papirer i marts, men har tilsyneladende ikke hørt noget siden da.
Er der mon en status på min sag?
Mvh [redacted]

Indgående kald: ☐ Udgående kald: ☒

Hvem har du snakket med: kunden

Referat af samtalen: Kunden rykker. Han har forgæves forsøgt at genoptræne arbejdet i få timer i løbet af juli, men må konstatere, at han stadig har store kognitive udfordringer. Han regner med at tale med ledelsen om, hvad der skal ske. Er bekymret for, at det får konsekvenser for ansættelsen, at sygdommen trækker i langdrag. Blev senest igen opereret i hals/svælg i april md i år og skal måske igen, da han døjer med gener efter flere operationer. Han har gået til psykolog via sundhedsforsikringen. Han mener det er ved at være slut og ser egentlig heller ikke, at han kan få så meget mere effekt af det. Har aktuel genoptræningssag på kræfthold på [redacted] med fys. og ergo.
Forklaret om TAE – herunder at der sker udbetaling til arb.giver, da han fortsat får løn.

- Klagers Ansøgning fra april 2018, er tidligere fremlagt som Bilag A, hvortil der henvises. Ansøgningen er underskrevet af Klager.
- Som en del af Ansøgningen og ansøgningsprocessen, skal den forsikrede konsultere egen læge med henblik på at få udfyldt en lægeattest. Attesten fra Klagers egen læge, er dateret 19. marts 2018 og tidligere fremlagt som Bilag B.
- Som det fremgår af det tidligere fremlagte Bilag A og Selskabets skrivelse af 14. september 2021, var Ansøgningen fejldateret af Klager til april 2017. Ved brev af 6. august 2018 bad Selskabet derfor Klager om at afgive et nyt samtykke med korrekt datering. Klager svarede ved at fremsende nyt samtykke til Selskabet. Samtykket er underskrevet af Klager 10. august 2018. Ovenstående er vedlagt som Bilag J.
- Klager blev orienteret om berettigelsen til helbredsbedingede ydelser ved Selskabets brev af 30. august 2018, tidligere fremlagt som Bilag C."

Klageren har i brev af 23/12 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Klager har følgende kommentarer til Selskabets seneste skrivelse:

- Klager medgiver at have overset, at der blev afsendt fysiske breve fra Selskabet i 2018.
- Klager medgiver ligeledes at have været i telefonisk kontakt med selskabet i marts 2018, hvor Klager netop var blevet langtidssygemeldt fra sin arbejdsplads, ... Klager var som følge af langtidssygemeldingen blevet pålagt af arbejdsplads at udfylde to skemaer og ringede til Selskabet i denne forbindelse, herunder for at få forklaret, hvad en såkaldt præmiefritagelse ifm. pension betød, som det ene skema vedrørte.
- Klager medgiver ligeledes at have rykket Selskabet for en status i juli 2018, hvor Klager spurgte ind til, hvorfor der via løn fortsat blev trukket penge til pension. Klager blev oplyst, at sagen

endnu ikke var behandlet færdig, og at en eventuel præmiefritagelse ville ske med tilbagevirkende kraft.

Uanset ovenstående mener Klager sig fortsat berettiget til kompensation:

Selskabet sendte meddelelse* til Klager (og øvrige, som var omfattet af forsikringsordningen) at Selskabet fra 1.1.2018 ville udvide dækning og kompensere kommunernes modregning i evt. ressourceforløbsydelse med følgende ordlyd:

Din nye pensionsordning

■■■■ og overenskomstparterne har lavet en pensionsaftale med Nordea Liv & Pension. Derfor har du fået en ny pensionsordning.

Din ordning er forbedret på en række punkter, som du kan læse meget mere om nedenfor. Konverteringen til den nye ordning sker løbende over de næste måneder. De nye fordele gælder fra årsskiftet og som udgangspunkt for alle, der er med i pensionsaftalen. Der kan dog være undtagelser, hvis du i forvejen ikke har alle forsikringsdækninger eller fx er langtidssygemeldt.

Her kan du få et hurtigt overblik over forbedringerne i din nye pensionsordning. [...]

Kompensation ved jobafklarings- og ressourceforløb:

Hvis du bliver syg og kommer i jobafklarings- og ressourceforløb gennem kommunen, har du nu en ekstra sikkerhed indbygget i din pensionsordning.

Det betyder, at din samlede økonomi i langt de fleste tilfælde ikke ændres, hvis du kommer i jobafklarings- eller ressourceforløb.

Vi har nemlig valgt at kompensere dig krone for krone, hvis din kommune reducerer deres udbetaling med det, du får udbetalt fra Nordea Liv & Pension. Den samlede udbetaling fra Nordea Liv & Pension vil dog ikke kunne overstige din hidtidige løn. [...]

*jf tidligere vedlagte Bilag2_Din nye pensionsordning 2018

Klager var ikke omfattet af nævnte undtagelser og fremsætter derfor krav om efterbetaling af den modregning, ... Kommune har foretaget i perioden 1.1.2019 – 31.12.2020, hvor Klager var dækket af Selskabet."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af uddrag af Firma-pensionsaftalen af 1/1 2018 fremgår bl.a.:

"Jobafklaring og ressourceforløb

Følgende gælder for medarbejdere, der har en invalidepension, og som har nedsat erhvervsevne. Erhvervsevnen skal være nedsat i tilstrækkelig grad, jf. § 3 i Almindelige forsikringsbetingelser for Forsikring ved nedsat erhvervsevne (nr. TA0010).

- Hvis medarbejderen deltager i et jobafklarings- eller ressourceforløb, og er berettiget til ressourceforløbsydelse fra det offentlige i forbindelse hermed, udbetaler **Nordea Liv & Pension** en supplerende invalidepension til medarbejderen.
- Udbetalingens størrelse svarer til ressourceforløbsydelsen fra det offentlige for en forsørger. Den samlede udbetaling fra medarbejderens pensionsordning, inklusiv den supplerende invalidepension, kan dog ikke overstige den andel (*Kompensationsgrad*) af medarbejderens indtægtstab, som er dækket. Indtægtstabets opgøres som angivet i §4 i forsikringsbetingelserne."

Af informationsfolderen fremsendt af klageren fremgår bl.a.:

"[Klagerens arbejdsgiver] og overenskomstparterne har lavet en pensionsaftale med Nordea Liv & Pension. Derfor har du fået en ny pensionsordning.

...

d. På hvilken måde indvirker sygdommen/ulykkestilfældet på din erhvervsevne?	d. <u>Besvær med koncentration og hukommelse umuliggør det for nuværende at passe mit sædvanlige arbejde</u>	
e. Hvilke beskadigelser har ulykkestilfældet forvoldt?	e. <u>Problemer med hukommelse og koncentration samt humørsvingninger og depressioner som følge af en belastningsreaktion</u>	
...		
4 a. Er du for tiden i stand til at udføre noget arbejde?	Nej ☒ Ja ☐	Hvis ja, hvilket _____
b. Fra hvilken dato har du været uafbrudt sygemeldt?		Dato Senest fra 10. oktober 2017 _____
c. Arbejder du/har du arbejdet på deltid?	Nej ☒ Ja ☐	I hvilke perioder? Fra den _____ til den _____ Hvor mange timer? _____
d. Er du raskmeldt?	Nej ☒ Ja ☐	Hvis ja, pr. hvilken dato? _____

Af selskabets brev af 30/8 2018 til klageren fremgår bl.a.:

"Der er ret til præmiefritagelse og udbetaling af invalidepension fra karensperiodens udløb den 1. februar 2018 og foreløbig frem til den 1. februar 2019.

Udbetalingen sker til din arbejdsgiver, så længe du modtager fuld løn derfra.

Vurderingen af din erhvervsevne

Nedsat erhvervsevne, der berettiger til præmiefritagelse og udbetaling af invalidepension, foreligger, når du ikke længere skønnes at være i stand til ved passende beskæftigelse – bedømt under hensyn til din helbredstilstand, uddannelse og tidligere virksomhed – at tjene mere end halvdelen af, hvad der i samme egn er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder.

Til at starte med vurderer vi din erhvervsevne midlertidigt i forhold til dit nuværende erhverv. Når din tilstand har bedret/stabiliseret sig i sådant omfang, at den fremtidige erhvervsevne kan vurderes, er det ikke længere erhvervsevnen i forhold til dit konkrete erhverv, der udgør grundlaget for, om du fortsat er berettiget til præmiefritagelse og udbetaling af invalidepension, men derimod din generelle erhvervsevne. Du skal derfor være opmærksom på, at hvis du fortsætter med at være syg, vil der på et tidspunkt ske et skift i vurderingen af din erhvervsevne, selvom der ikke er sket en ændring af din tilstand.

Ved vurderingen af din erhvervsevne er der altså både tale om en helbredsmæssig vurdering samt en vurdering af din evne til at tjene penge med de gener du har.

Vi vurderer på baggrund af oplysningerne, at du har helbredsgener, der gør, at du for tiden ikke er i stand til at arbejde som [erhverv]. Du er sygemeldt på grund af en belastningsreaktion efter længere kræftforløb."

Af forsikringsbetingelserne fra 1/6 2014 fremgår bl.a.:

"A. Invalidepension og præmiefritagelse

§ 1. Generelt

Er forsikringen oprettet med ret til invalidepension og/eller præmiefritagelse ved nedsat erhvervsevne, gælder følgende regler:

Forsikrede kan, forudsat at forsikrede har et indtægtstab, få udbetaling ved nedsat erhvervsevne og/eller præmiefritagelse, hvis forsikredes erhvervsevne i forsikringstiden bliver nedsat i dækningsberettiget grad som følge af sygdom eller ulykke, uden at dette skyldes forsæt. Erhvervsevnen skal være nedsat uafbrudt i en karenperiode på 3 måneder, før forsikringen kan komme til udbetaling og/eller præmiefritagelsen kan begynde, og forsikringen skal ligeledes være i kraft i hele karenperioden.

Selskabet foretager således først en vurdering af om erhvervsevnen er nedsat i tilstrækkelig grad, jf. § 3 om vurderingen af erhvervsevnen. Vurderer selskabet, at erhvervsevnen er nedsat i tilstrækkelig grad, foretager selskabet herefter en vurdering af det konkrete indtægtstab, jf. § 4 om udbetalingens størrelse.

...

§ 3. Vurderingen af erhvervsevnetabet

I vurderingen af, om forsikredes erhvervsevne er nedsat i tilstrækkelig grad indgår en helbredsmæssig og en økonomisk vurdering, det vil sige, at selskabet vurderer, om forsikredes mulighed for at opretholde en passende indtjening er nedsat i dækningsberettiget grad som følge af forsikredes helbredsmæssige begrænsninger.

Den midlertidige vurdering af erhvervsevnen i eget erhverv

Når selskabet skal vurdere, om forsikredes erhvervsevne er nedsat i tilstrækkelig grad efter karenperiodens udløb, foretages normalt først en vurdering af, om erhvervsevnen er nedsat i forsikredes eget erhverv, det vil sige en vurdering af om forsikrede er i stand til at passe sit nuværende arbejde. Er erhvervsevnen i forsikredes eget erhverv nedsat i tilstrækkelig grad, kan forsikrede få udbetaling i en periode, som fastsættes af selskabet, forudsat at forsikrede har et indtægtstab, jf. § 4 om udbetalingens størrelse. Perioden kan forlænges flere gange, hvis forsikrede fortsat opfylder betingelserne for udbetaling. Opfylder forsikrede ikke længere betingelserne, fordi forsikrede genvinder sin erhvervsevne helt eller delvist, ophører udbetalingen.

Når selskabet vurderer, at forsikrede ikke længere kan vende tilbage til sit eget erhverv eller senest 18 måneder efter 1. sygedag, overgår selskabet til at foretage en vurdering af den generelle erhvervsevne. Selskabet kan dog vælge at udskyde vurderingen af den generelle erhvervsevne en eller flere gange, hvis selskabet finder det relevant, og så fortsætter udbetalingerne efter reglerne for midlertidig vurdering af erhvervsevnen i eget erhverv.

...

§ 4. Udbetalingens størrelse

Vurderer selskabet, at forsikredes erhvervsevne er nedsat i tilstrækkelig grad, fastsættes udbetalingens størrelse efter følgende principper:

Invalidepensionen kommer ikke til udbetaling, hvis forsikrede efter karenperiodens udløb har samme indtjening som hidtil, det vil sige, at der skal være et indtægtstab, før der kan ske udbetaling.

Udbetalingen udgør herefter den andel af forsikredes indtægtstab, der er dækket, j f. pensionsoversigten, dog maksimalt den aftalte udbetaling.

Er forsikringen oprettet med flere invalidepensioner, kan den samlede udbetaling fra invalidepensionerne aldrig overstige den procentdel af indtægtstabet, der er dækket.

...

Fastsættelse af indtægtstabet

...

Ved beregningen af forsikredes indtjening efter at erhvervsevnen er nedsat medregnes lønindtægter og andre indtægter ved personligt arbejde, herunder overskud fra selvstændig virksomhed, der i væsentlig grad skyldes forsikredes egen arbejdsindsats. Har forsikrede indtægter, der ikke er en del af den pensionsgivende løn, og som efter at erhvervsevnen er nedsat er uændrede eller mindre end før erhvervsevnen blev nedsat, vil de ikke påvirke udbetalingens størrelse. Er disse indtægter større, end før erhvervsevnen blev nedsat, medregnes forhøjelsen af indtægterne i forsikredes indtjening, efter at erhvervsevnen er nedsat. Herudover medregnes løbende udbetalinger fra andre forsikringer som følge af eksempelvis arbejdsskade eller nedsat erhvervsevne, samt direkte og indirekte ydelser, tilskud og pensioner fra det offentlige, som eksempelvis sygedagpenge, ressourceforløbsydelse, fleksjobtilskud og førtidspension. Kompenseres forsikredes indtægtstab fuldt ud ved disse andre indtægter, sker der ikke udbetaling fra forsikringen.

...

§ 5. Udbetaling af invalidepension

Udbetalingen ved nedsat erhvervsevne sker månedligt og udbetaling begynder den 1. i måneden efter karenperiodens udløb. Udbetalingen sker til forsikredes NemKonto, med mindre forsikrede skriftligt oplyser en anden konto til selskabet, eller tid ligere har valgt en anden konto."

Nævnet udtaler:

Klageren havde via sin arbejdsgiver firmapension hos selskabet. Han søgte om udbetaling af helbredsbetingsede ydelser i april 2018. Af ansøgningen fremgik det, at der var tale om belastningsreaktion efter langvarigt kræftforløb. I ansøgningen angav klageren at have været uafbrudt sygemeldt "senest fra 10. oktober 2017", og at forventet begyndelsestidspunkt på arbejde var "ukendt". Selskabet bevilligede præmiefritagelse og udbetalte ydelser fra 1/2 2018 – efter udløbet af karenperioden på 3 måneder – til 31/12 2020. Udbetalingerne skete til klagerens arbejdsgiver frem til 31/12 2018, hvor klageren havde lønophør. Selskabet vurderede, at klagerens erhvervsevne ikke var nedsat i tilstrækkelig grad til at modtage helbredsbetingsede ydelser efter 31/12 2020.

Klagerens arbejdsgiver og selskabet indgik en ny firmapensionsaftale fra 1/1 2018. Af firmapensionsaftalen fremgår det, at "hvis medarbejderen deltager i et jobafklarings- eller ressourceforløb og er berettiget til ressourceforløbsydelse fra det offentlige i forbindelse hermed, udbetaler Nordea Liv & Pension en supplerede invalidepension til medarbejderen. Udbetalingens størrelse svarer til ressourceforløbsydelsen fra det offentlige for en forsørger. Den samlede udbetaling fra medarbejderens pensionsordning, inklusiv den supplerende invalidepension, kan dog ikke overstige den andel (*Kompensationsgrad*) af medarbejderens indtægtstab, som er dækket. Indtægtstabet opgøres som angivet i § 4 i forsikringsbetingelserne".

Klageren er utilfreds med, at selskabet ikke har udbetalt den supplerede dækning fra 1/1 2019 til 31/12 2020, idet han har fået en berettiget forventning om at være omfattet af dækningen. Han har oplyst, at han i oktober 2017 igen blev opereret for kræft, hvorefter han blev sygemeldt på midlertidigt grundlag, og at han først i foråret 2018 blev langtidssygemeldt og tilkendt ressourceforløb i kommunalt regi. Han har henvist til informationsfolderen, hvoraf det alene fremgår, at "der kan dog være undtagelser, hvis du i forvejen ikke har alle forsikringsdækninger eller fx er langtidssygemeldt", og at han derfor ikke var omfattet af undtagelserne. Han har anført, at "det er først efter min opsigelse, dvs. primo 2019, at dækning bliver et økonomisk anliggende mellem Velliv og undertegnede, eftersom udbetaling fra dette tidspunkt overgår til min konto. Men uanset de indbyrdes forhold og anliggender kan det ikke have retsvirkning i forholdet mellem Velliv og undertegnede, at Velliv i 2019, med tilbagevirkende kraft, beslutter, at jeg skal kategoriseres som langtidssygemeldt allerede inden årsskiftet 2017/2018".

Selskabet har fastholdt, at klageren ikke var berettiget til udbetalingen af den supplerede dækning, idet klageren blev sygemeldt i oktober 2017. Ud fra skadevirkningsprincippet omfattes klageren ikke af ændringerne, så længe forsikringsbegivenheden var indtrådt forud for ikrafttrædelsen af ændringen, og klageren fortsat opfyldte betingelserne for udbetaling af helbreds-betingede ydelser.

Nævnet bemærker, at en erhvervsevnetabsforsikring i almindelighed hviler på et skadevirkningsprincip, hvor forsikringsbegivenhedens indtræden/skadetidspunktet er det tidspunkt, hvor

den forsikredes erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykke må anses for nedsat i dækningsberettigende grad.

Nævnet finder efter skadevirkningsprincippet, at det var forsikringsbetingelserne fra 1/6 2014, der var gældende på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden, da klageren blev fuldtidssygemeldt i oktober 2017, hvilket tidspunkt lå forud for tidspunktet for den nye firmapensionsordning, der trådte i kraft den 1/1 2018. Klageren omfattes derfor ikke af ændringerne, da forsikringsbegivenheden allerede var indtrådt på ændringstidspunktet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det af klagerens ansøgning af 4/4 2018 fremgår, at klageren var sygemeldt på fuld tid uafbrudt senest 10/10 2017, og at det var ukendt, hvornår han kunne genoptage sit arbejde.

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet har oplyst, at firmapensionsaftalen har et såkaldt § 17-forbehold efter pensionsbeskatningsloven, hvorefter selskabet "udbetaler de helbredsbedingede ydelser til Arbejdsgiver, så længe Klager fortsat modtager fuld løn, og derfor i sagens natur ikke har et indtægtstab". Nævnet bemærker, at en sådan ordning er almindeligt forekommende i firmapensionsaftaler.

Nævnet bemærker videre, at det er almindeligt, at et selskabs tilkendelse af erhvervsevnetabsydelser kan ske med tilbagevirkende kraft fra eksempelvis sygemeldingstidspunktet og med beregning af karenstid.

Det fremgår af informationsfolderen, at "de nye fordele gælder fra årsskiftet og som udgangspunkt for alle, der er med i pensionsaftalen. Der kan dog være undtagelser, hvis du i forvejen ikke har alle forsikringsdækninger eller fx er langtidssygemeldt".

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at selskabet ved sin kommunikation har givet klageren et løfte eller en berettiget forventning om, at han ville være omfattet af ændringerne i den nye firmapensionsordning fra 1/1 2018.

Ankenævnet for Forsikring

23.

97108

Nævnet kan herefter ikke kritisere selskabets afgørelse.

Det, som klageren i øvrigt har anført – herunder at ydelserne først blev udbetalt efter karensspe-
riodens udløb den 1/2 2018, og at udbetalingerne frem til 31/12 2018 skete til klagerens ar-
bejdsgiver – kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings'.

Peter Thønnings