

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 29. juni 2022 blev i sag nr. 97148:

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 haft forsikring ved tab af erhvervsevne. I klageskema af 3/8 2021 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Er udsat for bilulykke i aug. 2016

Sygemeldt fuldt tid efter ulykken. Flere forsøg på at komme tilbage i arbejde. Deltidssygemeldt af egen læge fra feb. 2017.

Får i perioden frem til maj 2018 fuld løn fra firmaet idet jeg bruger stor pukkel af overarbejde, ferie og andet for at aflaste. Da sygedage ikke er sammenhængende kan arbejdsgiver ikke få løn-kompensation.

Søger Velliv om tabt arbejdsfortjeneste men de afviser da jeg får løn. Er helt nede på 4-10 timers arbejdsuge.

Opsiges maj 2018 og forsøger i nyt job (og ny pensionsordning) som jeg desværre ikke kan magte, da jeg fortsat er syg. Opsiges efter 4 måneder. Får dermed fuld løn frem til 1. jan 2019.

Jeg kontakter Velliv og forklare at jeg fortsat har nedsat erhvervsevne. De mener at det nu er det nye selskab der skal varetage mine interesse. Jeg spørger til muligheden for fortsat at betale til Velliv, så jeg er dækket idet min situation jo ikke er afklaret. Dette afviser de. Kontakter det nye selskab som afviser at hjælpe, da jeg kun har betalt så kort tid. Begge gange hvor Velliv skriver til mig vedr. udløb af min pension kontakter jeg dem telefonisk og forklare, at jeg fortsat er sygemeldt.

Jeg er meget stresset over nu at være ledig og symptomerne tiltager. Pga. mine kognitive udfordringer og smerter er jobsøgning en hård belastning og jeg går helt ned og må sygemeldes fra ledighed 1. juli 2019. Jeg overlader alt papir arbejde til advokat efter min snak med Velliv i maj 2019 idet det hele køre rundt for mig og jeg intet overblik har over de mange instanser der skal kontaktes og søges om erstatning fra. AES, [selskab 1], Velliv, [selskab 2], [selskab 3], etc. Jeg koncentrerer mig nu udelukkende om mine fysioterapeutiske behandling, øvelser der kan lindre og Psykologisk

behandling idet jeg først nu er ved at indse, at jeg ikke kommer tilbage på fuld tid og med det helbred jeg havde før ulykken. Jeg deltager desuden i et afklaringsforløb gennem kommunen og først i sommeren 2020 er jeg klar til jobprøvning. Er i praktik aug.-nov. 2020 og sidst i den periode er jeg igen så klar i hovedet, at jeg endnu engang forsøger at få hjælp til dækning af nedsat erhvervsevne. (Også her jeg opdager at min advokat har lavet flere fodfejl.)

Det er svaret på denne henvendelse i nov. 2020 og fornyet anmeldelse som Velliv afviser – ikke fordi jeg ikke er berettiget til kompensation, men fordi tidsfristerne ikke er overholdt.

Jeg mener det er selskabet der har vildledt mig og været medvirkende til at tidsfristerne ikke er overholdt. Pga. min helbredsmæssige udfordringer har jeg ikke været i stand til at gennemskue tingene og har desuden i god tro overladt alt til advokat, som desværre intet foretog sig ift. Velliv. Velliv har ingen beviser for at jeg IKKE har kontaktet dem efter modtagelse af breve og sjovt nok har de ingen optagelser af samtalerne. Jeg siger altid ja til, at samtalerne må optages, så det undre mig. Øvrig argumentation fremgår af vedlagte doc.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg vil gerne opnå, at Velliv anerkender, at jeg har en forsikring der skal dække tab af erhvervsevne. Betalt til denne tryghedsordning siden 2013. Og at jeg får dækket det tab jeg har haft siden jan. 2019 og fortsat har idet jeg nu er ansat i job på 20 timer pr. uge og uden ledelsesansvar og med særlig skånehensyn. Jobsituationen er stationær. Helbredssituationen er stationær."

Selskabet har i brev af 11/10 2021 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Tvist

Klager er utilfreds med, at Velliv har afvist at videreføre Klagers pensionsordning samt udbetale ydelser fra tab af erhvervsevneforsikringen fra januar 2019 og frem.

Klager anerkender at have modtaget Vellivs brev om tilbud om mulighed for at videreføre pensionsordningen privat. Det er Vellivs opfattelse, at Klager ikke har accepteret tilbuddet om videreførelse.

Videre er det Vellivs opfattelse, at Klager, ved at have overskredet anmeldelsesfristen på 6 måneder, har fortabt muligheden for at søge om udbetaling fra tab af erhvervsevneforsikringen.

Finder nævnet mod forventning, at Velliv ikke med rette kan anvende reglen om anmeldelsesfristen, er det Vellivs påstand, at Klager ikke har bevist, at Klagers erhvervsevne har været nedsat med mindst 50% inden forsikringens ophør den 1. november 2018.

Finder nævnet videre, at Klager er berettiget til ydelser, gør selskabet gældende, at klagers eventuelle krav på løbende ydelser før 25. november 2017 (3 år forud for anmeldelsen til selskabet) er forældet i henhold til forældelsesfristerne i forældelseslovens § 2 og 3, hvorefter krav på hver enkelt ydelse forældes 3 år efter, at den enkelte ydelse kunne kræves betalt.

Sagsforløb

Klager var som led i sit ansættelsesforhold omfattet af en obligatorisk pensionsordning hos Velliv. Klagers ansættelsesforhold ophørte den 1. august 2018. Pensionsordningen indeholdt bl.a. dækning ved tab af erhvervsevne. Kopi af historisk pensionsoversigt fremlægges som bilag 1.

I november 2017 modtog Velliv en ansøgning om udbetaling fra tab af erhvervsevneforsikringen (bilag 2). Af ansøgningen fremgik, at Klager i august 2016 havde været udsat for en piskesmældsskade og som følge deraf var sygemeldt på fuld tid i en periode på fire uger og derefter sygemeldt omkring 12 timer ugentligt.

Da det blev vurderet, at Klager ikke opfyldte betingelserne for udbetaling fra tab af erhvervsevneforsikringen samt fritagelse for indbetaling, fik Klager afslag på udbetaling i brev af 6. september 2018. Det fremgår af brevet, at Klager skulle kontakte Velliv, hvis hun på et senere tidspunkt igen blev uarbejdsdygtig (bilag 3).

I februar 2019 fik Velliv oplyst af Klagers (tidligere) arbejdsgiver, at Klager var fratrådt stillingen pr. 1. august 2018. Det skal bemærkes, at Velliv ikke fik oplyst årsagen til, at Klager ikke længere var ansat.

Vi har forstået på Klagers egne oplysninger jf. klageskemaet, at Klager fik ansættelse hos en ny arbejdsgiver pr. 1. maj 2018 og modtog fuld løn frem til 1. januar 2019, og var som følge af denne ansættelse, omfattet af en pensionsordning hos en anden pensionsleverandør. I perioden fra 1. januar 2019 og til 1. juli 2019 var Klager ledig og på dagpenge, hvorefter hun blev sygemeldt og fik sygedagpenge udbetalt.

Straks efter meddelelsen om Klagers fratrædelse sendte vi Klager et brev, hvori vi opfordrede hende til at tage stilling til, hvad der skulle ske med pensionsordningen og om muligheden for at videreføre den privat. Videre stod det angivet, at 'Er du syg, kan det være relevant for dig at bibeholde dine risikodækninger. Det er derfor vigtigt, at du kontakter os.'

I brevet oplyste vi om, at hvis vi ikke hørte fra Klager inden 3 måneder, ville pensionsordningen blive ændret til en ordning uden indbetaling og forsikringsdækninger fra 3 måneder efter fratrædelsesdatoen, dvs. pr. 1. november 2018 (bilag 4).

Da Klager ikke reagerede på Vellivs brev, blev Klagers pensionsordning ændret til en ordning uden forsikringsdækninger og uden indbetaling (fripolice) pr. 1. november 2018.

Klager fik fripolicebrevet tilsendt den 7. juni 2019 (bilag 5).

Klager rettede telefonisk henvendelse til Velliv i november 2020, da hun ønskede at anmelde på ny. Fordi Klager oplyste, at hun havde været for syg til at foretage en anmeldelse tidligere, bad vi Klager om at udfylde en anmeldelsesblanket. Dette med henblik på indhentelse af oplysninger til vurdering af, om der skulle ske suspension af anmeldelsesfristen. Anmeldelsen modtog Velliv den 25. november 2020 (Bilag 6). Klager blev allerede i den telefoniske samtale orienteret om, at der som udgangspunkt gjaldt en 6 måneders anmeldelsesfrist, og at anmeldelsen var modtaget for sent (bilag 7).

I de lægelige oplysninger fandtes der ikke dokumentation for, at Klager havde været syg i sådan et omfang, som berettigede til, at anmeldelsesfristen på 6 måneder kunne suspenderes. Klager fik således afslag på ansøgning om udbetaling i brev af 3. maj 2021 med henvisning til at 6 måneders fristen var overskredet (bilag 7). Anmeldelsen skulle senest være sket den 1. maj 2019.

Det skal bemærkes, at sagsbehandleren ved en fejl har anført i brevet, at ordningen gik i fripolice den 20. maj 2019 – der skulle retligt have stået 1. november 2018, som er den dato, hvortil der er betalt for opretholdelse af forsikringsdækningerne og hvor ordningen er overgået til fripolice jf. fratrædelsesbrevet side 2:

'Hvis du ikke svarer

Hører vi ikke fra dig, eller er den forfaldende præmie ikke betalt inden 3 måneder fra dato, vil pensionsordningen først blive ændret til en ordning uden indbetaling og forsikringsdækninger 3 måneder efter fratrædelsesdatoen' (bilag 4).

Afslag om udbetaling blev påklaget af klageren til Velliv den 9. maj 2021 (bilag 8), hvorefter Velliv fastholdt afgørelsen i et svar af 28. maj 2021 (bilag 9). Klager rettede derefter henvendelse til Vellivs klageansvarlige den 1. juni 2021 (bilag 10), som fastholdt afgørelse i brev af 8. juni 2021 (bilag 11).

I august 2021 modtog vi Klagers klage via Ankenævnet.

Omskrivning til fripolice – pensionsordning uden forsikringsdækninger

Klageren fratrådte sin stilling den 31. juli 2018. Hun modtog herefter Vellivs fratrædelsesbrev af 20. februar 2019 med overskriften: *'Hvad skal der ske med din pensionsordning?'* (bilag 4). Det blev blandt andet anført, at *'Er du syg, kan det være relevant for dig at bibeholde dine risikodækninger. Det er derfor vigtigt, at du kontakter os'*.

På side to i brevet stod videre beskrevet;

'Send dit svar til os

Har du allerede besluttet, hvad der skal ske med pensionsordningen, beder vi dig udfylde og sende svarskemaet til os. Hvis du giver os besked inden 3 måneder fra dato om, at du ønsker at ændre din pensionsordning til en præmiefri ordning, gennemfører vi denne ændring pr. datoen for din fratrædelse.

Hvis du ikke svarer

Hører vi ikke fra dig, eller er den forfaldende præmie ikke betalt inden 3 måneder fra dato, vil pensionsordningen først blive ændret til en ordning uden indbetaling og forsikringsdækninger 3 måneder efter fratrædelsesdatoen.'

Da Klager ikke vendte tilbage med accept på tilbuddet om videreførelse, fik Klager den 7. juni 2019 et fripolicebrev tilsendt (bilag 5).

Velliv har ikke noteret, at der har været en samtale, hvor Klager har udtrykt ønske om at videreføre pensionsordningen. Velliv bemærker, at der er Klager der skal bevise, at hun har accepteret tilbuddet om videreførelse. Denne bevisførelse har Klager ikke løftet.

Anmeldelsesfrist på 6 måneder

Klagers forsikring var omfattet af Vellivs forsikringsbetingelser nr. 703 (bilag 12). De almindelige forsikringsbetingelser ved nedsat erhvervsevne indeholder i § 2:

'Vigtigt omkring anmeldelse, når dækningen ophører

Krav på udbetaling af invalidepension og/eller præmiefritagelse skal anmeldes inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.'

I november 2020 – dvs. to år efter at ordningen var omskrevet til fripolice – kontaktede Klager Velliv med ønske om udbetaling ved nedsat erhvervsevne.

Da Klager oplyste, at hun tidligere havde været for syg til at foretage en anmeldelse, indhentede Velliv supplerende helbredsoplysninger med henblik på at vurdere, om fristen for anmeldelse skulle suspenderes.

Med henvisning til, at Klager startede i et nyt ansættelsesforhold og derefter overgik til at være ledig på arbejdsmarkedet frem til 1. juli 2019, blev det imidlertid vurderet, at det måtte have formodningen imod sig, at Klager havde været for syg til at fortage en anmeldelse om udbetaling fra tab af erhvervsevneforsikringen inden anmeldelsesfristens udløb.

Dækning ved nedsat erhvervsevne

Hvis Ankenævnet mod forventning finder, at Klagers krav ikke kan afvises med henvisning til, at anmeldelsesfristen på 6 måneder er overskredet, er det vores vurdering, at Klager ikke har dokumenteret, at klagers erhvervsevne i forsikringstiden har været nedsat med mindst halvdelen.

Nedenfor følger Vellivs nærmere redegørelse for, hvorfor Klager ikke har løftet bevisbyrden for, at hendes erhvervsevne er nedsat med mindst 50 %.

Klagers Tab af erhvervsevneforsikring var tegnet som en del af en firmapensionsaftale mellem Velliv og Klagers tidligere arbejdsgiver. I henhold til pensionsoversigten (bilag 1) giver tab af erhvervsevneforsikringen ret til udbetaling, hvis følgende betingelse er opfyldt:

'Klager kan få præmiefritagelse og udbetaling af (nedsat erhvervsevne) invalidepension, hvis erhvervsevnen nedsættes til ½ eller derunder af den fulde erhvervsevne som følge af sygdom eller ulykke, og Klager har et indtægtstab, der berettiger til udbetaling ved nedsat erhvervsevne, jf. nærmere om præmiefritagelse og udbetaling af invalidepension i de almindelige forsikringsbetingelser for forsikringer ved nedsat erhvervsevne'.

I forsikringsbetingelsernes § 3 (bilag 12) står videre beskrevet om vurderingen af erhvervsevnetabet:

'Den midlertidige vurdering af erhvervsevnen i eget erhverv

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

Når selskabet vurderer, at Klager 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...

Klager var den 26. august 2016 ude for en trafikulykke, hvor hun blev påkørt bagfra. Klager var i stand til at køre fra ulykkesstedet, ligesom der ikke var beskrevet større skader på hverken Klagers eller modpartens bil. Efterfølgende oplevede Klager tiltagende smerter i nakke- og skulderåget, hvorfor hun søgte vagtlæge, som hun dog selv var i stand til at køre til.

Ved konsultationen hos vagtlægen fandtes ingen tegn på prolaps eller i øvrigt påvirkning af nerverødderne i nakken, og der var således udelukkende tale om muskulære smerter. Klager blev henvist til at aflaste nakken og eventuelt tage smertestillende ved behov, og blev herefter afsluttet og henvist til at henvende sig igen ved forværring.

I forbindelse med udarbejdelse af speciallægeerklæring til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring udtalte Klager, at hun var sygemeldt ca. 14 dage efter uheldet, hvorefter hun genoptog arbejdet på fuld tid, med mulighed for at gå tidligt fra arbejde ved behov. Videre fremgår det af Klagers egne oplysninger, at hun i løbet af december måned 2016 oplevede en forværring, det fremgår imidlertid ikke hvorvidt Klager i forbindelse hermed opsøgte behandling.

I januar måned 2017 afholdte Klager ferie, hvorefter hun i februar måned, ifølge hendes egne oplysninger, genoptog arbejdet på fuld tid. Klager havde i foråret 2017 enkeltstående sygeperioder, som dog på intet tidspunkt oversteg en måned i sammenhængende varighed. Igennem hele perioden fra april til december 2017 var Klager deltidssygemeldt – og ifølge egne oplysninger, arbejdede Klager i perioden gennemsnitligt 25 timer om ugen. Hertil skal det tilføjes, at det fremgår af klageskemaet til Ankenævnet, at Klagers daværende arbejdsgiver i ovennævnte periode ikke kunne modtage sygedagpenge.

Klager oplyste videre, at hun i 2018 havde reduceret sin arbejdstid til mellem 4 og 10 timer ugentligt, hvilket førte til, at hun blev opsagt og fritstillet. Klager har imidlertid ikke dokumenteret, at der ligger en sådan helbredsmæssig forværring til grund for, at Klager i 2018 var nødsaget til at reducere sin arbejdstid.

Ved udarbejdelsen af speciallægeerklæringen hos [speciallæge] klagede Klager over smerter i nakke og ryg, træthed pga. dårlig nattesøvn, en følelse af klodsethed især om morgenen, hukommelses- og koncentrationsproblemer, hovedpine – som efter hendes egen vurdering skyldtes spændinger i nakken – lyd- og lysfølsomhed, nedsat psykisk modstandskraft samt vægtøgning.

Klager vurderede selv, at hun fremadrettet ville have behov for et arbejde med overskuelige, afsluttede og eventuelt rutineprægede opgaver med behov for afvekslende arbejdsstillinger. Hun vurderede også, at hun i så fald ville være i stand til at arbejde omkring 30 timer ugentligt, hvis disse skånehensyn blev tilgodeset.

Ved den objektive undersøgelse i forbindelse med udarbejdelse af speciallægeerklæringen fandtes tæt ved normale forhold, udover nedsat bevægelighed i nakken samt muskelinfiltrationer i nakke- /skulderområdet. Speciallægen vurderede på baggrund af sin undersøgelse af Klager, at tilstanden måtte betragtes som stationær.

Det bemærkes, at det af speciallægeerklæringen også fremgår, at Klagers kapacitet var forværret væsentligt, således at hun på tidspunkt for udarbejdelse af erklæringen, kun var i stand til at klare en arbejdsuge på højst 37 timer ugentligt, hvor hun tidligere arbejdede mellem 50 og 60 timer ugentligt.

Vi gør i den forbindelse opmærksom på, at den dækning, som er tegnet i Velliv er en dækning for en almindelig 37 timers arbejdsuge, hvilket derfor også er den arbejdstid, der tages udgangspunkt i ved vurderingen af, om Klagers erhvervsevne er nedsat med halvdelen eller mere.

I forbindelse med klagen til Ankenævnet oplyser Klager, at hun på nuværende tidspunkt er ansat på 20 timer ugentligt. Klager har imidlertid en forventning om at kunne arbejde 30 timer ugentligt, hvis hendes skånehensyn tilgodeses. Siden udarbejdelsen af speciallægeerklæringen i efteråret 2019, ses det ikke dokumenteret, at der er sket en sådan forværring af Klagers tilstand, at der er en helbredsmæssig begrundelse for, hvorfor Klager kun skulle være i stand til at arbejde 20 timer om ugen. Timetallet i hendes aktuelle job kan derfor ikke tillægges afgørende betydning.

Som afsluttende bemærkning til ovenstående, skal det fremhæves, at Klager i den seneste virksomhedspraktik har haft 45 minutters kørsel – hver vej til og fra praktikstedet. Uagtet at Klager selv tilkendegiver, at hun ikke har været belastet af transporttiden, så vil en lang transporttid potentielt belaste i større eller mindre grad, og selv hvis selve kørslen ikke har påvirket effektiviteten på praktikstedet, så vil transporttiden som minimum kunne omsættes til effektiv arbejdstid.

I samarbejde med vores lægekonsulent, der er speciallæge i neurologi, vurderer vi, at Klagers erhvervsevne er påvirket som følge af det trafikuheld, som hun var ude for i august 2016. Vi finder imidlertid ikke, at Klager har dokumenteret, at den medicinske erhvervsevne er påvirket i en sådan grad, at den kan anses for nedsat med halvdelen eller mere. Vi fastholder på den baggrund, at der ikke er ret til dækning ved nedsat erhvervsevne og fritagelse for indbetaling. Journaloplysningerne er fremlagt som bilag a-d.

Det skal for god ordens skyld pointeres, at såvel det økonomiske kriterie som det medicinske kriterie skal være opfyldt, førend der kan ske udbetaling fra tab af erhvervsevneforsikringen. Klager overgik til et nyt ansættelsesforhold i sommeren 2018. Idet Klager var ansat i et almindeligt lønnet job hos en ny arbejdsgiver, er kriteriet om et økonomisk erhvervsevnetab ikke opfyldt.

Efter ansættelsesforholdets ophør, var Klager i perioden fra 1. januar 2019 og frem til 1. juli 2019 ledig på arbejdsmarkedet. I perioden hvor Klager stod til rådighed for arbejdsmarkedet, har det formodningen imod sig, at Klager var syg i sådan et omfang, at det kan berettigge til udbetaling fra tab af erhvervsevneforsikringen.

Det er ifølge almindelige erstatningsretlige principper Klager, der har bevisbyrden for at erhvervsevnen er nedsat i dækningsberettiget grad. Denne bevisbyrde ses Klager ikke at have løftet.

Forældelsesfrist på 3 år

Finder nævnet, at Klager er berettiget til ydelser, gør Velliv gældende, at klagers eventuelle krav på løbende ydelser før november 2017 (3 år forud for anmeldelsen til Velliv) er forældet i henhold til forældelsesfrist i forældelseslovens § 2 og 3, hvorefter krav på hver enkelt ydelse forældes 3 år efter, at den enkelte ydelse kunne kræves betalt.

Konklusion

Ankenævnet for Forsikring

8.

97148

Klager fik efter fratrædelsen muligheden for at videreføre pensionsordningen. Klager har ikke fremlagt dokumentation for, at hun inden fristens udløb, den 20. maj 2019, accepterede Vellivs tilbud. Da Klager i november 2020 kontaktede Velliv, oplyste hun, at hun havde være for syg til at fortage en anmeldelse inden fristens udløb. Da dette ikke fandtes dokumenteret, blev klagers anmeldelse afvist med henvisning til, at anmeldelsen var foretaget senere end 6 måneder efter forsikringens ophør.

Finder Ankenævnet mod forventning, at Velliv ikke med rette har kunne anvende anmeldelsesfristen, gør Velliv gældende, at Klagers erhvervsevne ikke har været nedsat med mindst 50 % inden forsikringens ophør den 1. november 2018.

Skulle Ankenævnet endelig – og igen mod forventning – finde, at Klager opfylder betingelserne for dækning fra forsikringen ved nedsat erhvervsevne, agter Velliv at gøre forældelse gældende i forhold til løbende ydelser før 25. november 2017."

Klageren har i brev af 1/2 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Tvist

Klager er utilfreds med, at Velliv har afvist at videreføre klagers pensionsordning samt udbetale ydelser for tab af erhvervsevneforsikringen fra jan 2019 og frem.

Velliv har desuden ikke gjort nok for at vejlede og telefonsamtaler efter modtagelse af breve fra Velliv har været vildledende.

Jeg skal i nedenstående sandsynliggøre, at jeg har henvendt mig løbende til Velliv og at jeg med mine henvendelse har ønsket en forsættelse af forsikringen og også var og er berettiget til hjælp.

Det er trist læsning når Velliv med næb og klør forsøger at sandsynliggøre, at jeg ikke har ønsket hjælp og at hvis i så fald de burde have hjulpet samtidig ønsker at gardere sig mod en evt. udbetaling ved at påstå, at jeg slet ikke er syg. Jeg har betalt til Velliv siden 2013 og været forvisset om, at jeg havde en god dækning, som ville hjælpe hvis jeg kom ud for en ulykke. Det havde jeg aldrig drømt om kunne ske og slet ikke drømt om at forsikringen ville forsøge at snige sig uden om. Det er åbenlyst, at jeg i forløbet har været syg og fortsat har nedsat erhvervsevne. Dette er anerkendt fra både arbejdsplads, egen læge og neurolog og øvrige forsikringsinstanser, som har behandlet min sag og tildelt mig erstatning. Det får man jo ikke uden grund.

I notat fra neurolog [speciallæge] fra sep. 2018 og igen i 2019 fremgår det at jeg i mit tidligere job var nede på 4-10 timer og der med ikke kunne varetage et nyt job. Jeg har desuden været deltids sygemelding fra egen læge siden feb. 2017. Siden 1. aug. 2018 uden arbejde og fuldtidssygemeldt, dog således, at jeg får løn frem til dec. 2018. I jan 2019 forsøger jeg at søge job, men må opgive og bliver sygemeldt fra ledighed juni 2019. Jeg får i perioden jan 2019 til juni 2019 forværring af symptomerne, er meget stresset, går til behandlinger ved kiropraktor, fysioterapeut, massage og psykolog. Altså den periode hvor Velliv mener jeg også lige skulle kunne overskue alt omkring forsikringer. Først i løbet af foråret 2020 vurderes det, at jeg måske kan starte op med 4-6 timer om ugen i jobtræning. Se vedlagte akter fra jobcenteret. Jeg har altså været næsten 100 % uarbejdsdygtigt i perioden aug. 2018 frem til foråret 2020. Starter i virksomhedspraktik aug. 2020 til dec. 2020 og får skånejob fra jan 2021 og har stadig samme job med 20 timers om ugen.

Kommentar til Vellivs sagsfremstilling

Jf. side 2 i Vellivs sagsfremstilling. Jeg kontakter Velliv og aug. 2018 og forklare situationen – at jeg er syg og derfor ikke kan varetage mit job, men at jeg får løn frem til dec. 2018. Velliv mener det er min nuværende arbejdsgiver der skal varetage evt. sygemelding og dækning. Samtidig gør de mig opmærksom på, at jeg altid kan henvende mig igen hvis jeg ikke får løn og fortsat er syg i 2019. Og det er det afgørende for Velliv at jeg modtager løn hvilket også var grunden til afvisning af hjælp tilbage i nov. 2017 hvor jeg første gang henvender mig for at få hjælp, da min arbejdsgiver ikke kan blive ved med at udbetale fuld løn når jeg ikke arbejder mere end 4-10 timer. Min egen timeopsparing og ferie er også ved at være brugt op, så vi taler om, at jeg kan gå ned i tid og få suppleret via forsikringen.

I juni ringer jeg igen til Velliv efter modtagelse af brev og fortæller at jeg fortsat er syg og nu sygemeldt fra ledighed, men Velliv oplyser at forsikringen ikke er dækkende mere og foreslår at jeg kontakter den forsikring jeg havde i det korte ansættelsesforhold efter [arbejdsgiver 1]. Her afviser de også at hjælpe da jeg var ansat så kort og at ulykken skete da jeg var ansat andet sted.

Jeg er i perioden juni 2019 til sommeren 2020 fortsat sygemeldt og gennemgår et SI forløb hos kommunen. Jeg er meget nedtrykt over min situation og kørt meget træt både fysisk og psykisk.

Det er først da jeg kommer i virksomhedspraktik efteråret 2020, at jeg igen har kræfter til at se på min sag og dermed retter en fornyet henvendelse til bl.a. Velliv.

Se sagsakter fra egen læge og jobcenterets håndtering af mit SI-forløb hvor min arbejdsevne vurderes gennem undersøgelser og samtaler med bl.a. psykologer.

Jeg mener Velliv glemmer at tage højde for deres egen vejledning til mig i forløbet og det er min overbevisning, at jeg havde gjort hvad jeg kunne og oplyst Velliv om de ændringer der har været i mit liv pga. generne efter ulykken. Det skal også nævnes, at jeg tror min advokat tager hånd om alle de praktiske ting, men det erfarer jeg først senere, at det ikke er tilfældet. Både AES og advokat begår fejl og følger ikke op på tidligere anmeldelse. Heldigvis erkender AES fejlen og behandler sagen igen og jeg får anerkendt skaden. Men det er selvfølgelig også med til at forvirre mig i forhold til det samlede billede af hvad der sker i forhold til de mange instanser.

Jf. bilag 7 – i perioden aug. 2018 til sommer 2020 er min situation meget sårbar, uafklaret og jeg er desuden deltidssygemeldt frem til sommeren 2019 hvor efter jeg er fuldt sygemeldt. Jeg ved ikke hvordan det skulle sætte mig i en situation hvor jeg skulle ønske at afgive min forsikring hvis det på nogen måde var muligt for mig at få hjælp.

Jf. side 3 i Vellivs sagsfremstilling – Da jeg modtager brevet i juni 2019 kontakter jeg igen Velliv og gør opmærksom på, at jeg er sygemeldt, arbejdsløs samt at jeg på grund af mine gener efter ulykken har vanskeligt ved at klare det øget pres jobsøgningen kræver og hverdagen i øvrigt. Jeg bliver ikke oplyst om, at jeg kan få forsikringen betalt så længe jeg er sygemeldt og at det er en mulighed at videreføre den. Jeg er usikker på sammenhængen og tænker det også har betydning at AES sagen ikke er afsluttet. Derfor regner jeg med, at jeg så kan henvende mig igen senere når den sag er afsluttet. Jeg mindes i hvert tilfælde at Velliv på et tidspunkt sagde, at jeg altid kunne henvende mig igen da sagen var anmeldt. Det er ærlig talt meget svært for at overskue situationen fordi jeg jo netop er kognitiv udfordret. Har smerter og har svært ved at sidde ved pc eller forholde mig til

forskellige oplysninger samtidigt, koncentrationsbesvær Her ud over er min økonomiske situation meget forandret og dermed udfordret.

Modtager bilag 5 – brev 7. juni 2019. På det tidspunkt er jeg blevet fuldtidssygemeldt fra ledighed og jeg ved at jeg igen kontakter Velliv telefonisk, men de oplyser igen, at der ikke er nogen mulighed for at videreføre forsikringen eller få hjælp. Jeg mener det er indlysende at jeg på grund af min situation har brug for hjælp og ikke har ønsket at afbryde min forsikring. Det vil ganske enkelt ikke give mening.

Jf. side 6 i Vellivs sagsfremstilling – Velliv er bekymret for, at jeg skal anmode om tilskud i perioden før nov. 2017. Dette er ikke mit ærinde, da jeg i den i perioden frem til dec. 2018 har fuld løn på trods af, at jeg kun har mellem 4 – 10 timer på job. Jeg betaler selv for aflastning med overarbejdstimer og opsparet ferie. Jeg har i dag en lønnedgang og nedgang i antal timer jeg kan magte.

Frem til jan 2020 var min indtægt dagpenge og herefter en halvering af timeantal samt en lønnedgang der er mindre end halvdelen af den løn jeg havde før ulykken. Jeg kan ikke varetage lederjob og store komplicerede projekter som kunne have givet mig en årsløn tæt på 1 mio. kr. Da AES kun giver erstatning op til en årsløn på 505.000 kr. så har jeg selvsagt en langt lavere indtægt pga. af ulykken/skaden og min forsikring hos Velliv bør hjælpe med at sikre, at min indtægt er den samme som før og dermed dække forskellen mellem nuværende indtægt og indtægten før ulykken.

Første henvendelse til Velliv nov. 2017 ansøgning om tab af erhvervsevne

Jeg kontakter Velliv efter først afslag 6. sep. 2018 og gør opmærksom på at situationen er svært at indtaste i et skema. Jeg havde bl.a. ikke mulighed for at skrive, at jeg rent faktisk var deltidssygemeldt og kun arbejdede 4-10 timer om ugen. Der blev afholdt ferie og en stor del opsparet overtid for at aflaste.

Svaret var, at når jeg fik fuld løn, kunne Velliv ikke hjælpe da var kravene i forsikringen ikke var opfyldt. Men jeg fik også besked om, at jeg kunne henvende mig senere hvis situationen ændrede sig. Se svar fra Nordea 6. sep. 2018

På det tidspunkt var jeg heller ikke klar over at situationen var stationær og havde fortsat et håb om at komme tilbage på fuld tid. Men Velliv forsikrede mig om, at jeg altid kunne vende tilbage på ansøgningen med nye oplysninger.

Anden henvendelse til Velliv vedr. mulighed for videreførelse af ordningen 20. feb. 2019

På det tidspunkt, hvor jeg får det først brev fra Velliv om at forsikringen stopper gør igen opmærksom på, at jeg er sygemeldt og dermed gerne vil fortsætte min forsikring således at jeg evt. kan få hjælp. Jeg har måtte stoppe nyt job efter bare 4 måneder pga. generne efter piskesmæld og mange sygedage. Jeg er i hele perioden deltidssygemeldt fra egen læge.

Det er derfor også sandsynligt at jeg gør Velliv opmærksom på at jeg gerne vil fortsætte forsikringen. Jeg er på dette tidspunkt på dagpenge og deltidssygemeldt. Er meget stresset og overbelastningen pga. det pres der er omkring jobsøgning mv. som jeg slet ikke kan honorere. Men Velliv mener ikke de kan hjælpe og henviser til at min nye forsikring gennem seneste arbejdsplads skal hjælpe.

Hvad skulle grunden være til at jeg ikke ønsker at acceptere tilbuddet om videreførelse. Selvfølgelig ønskede jeg det, men Velliv fortalte mig ikke, at jeg kunne få den udgift dækket fordi jeg syg.

Tredje henvendelse til Velliv vedr.

Fjerde henvendelse til Velliv vedr. nyt om min situation – okt. 2020

Jeg er på dette tidspunkt i virksomhedspraktik og startede med 2-4 timer og fik i forløbet langsomt arbejdet mig op til en arbejdsuge på ca. 16 timer. Først i slutningen af forløbet er jeg så afklaret i min situation, at jeg igen kan overskue at tage kontakt til Velliv.

Femte henvendelse til Velliv vedr. fornyet ansøgning om nedsat erhvervsevne nov. 2020

Samtale med Velliv bekræfter mig i, at Velliv er forpligtiget til at aktivere min forsikring fordi jeg på grund af mit helbred i perioden hvor der skulle have været taget anderledes hånd om mine forsikringer ikke var i stand til dette.

Jf. s. 5-6 i Vellivs sagsfremstilling har jeg følgende kommentar.

Der var lettere skade på begge biler. Min bil havde et anhængertræk som tog fra. Jeg er lettere påvirket efter sammenstødet og smerterne og tilstanden af at være konfus, svimmel mv. tager til. Jeg kører selv det sidste stykke fra uheldsstedet og til færgen og det er om bord på færgen at tilstanden forværrer betydeligt. Dette er ifølge skadestuen, neurolog og læge meget typisk for den slags skader. Jeg møder min chef på færgen som hjælper med at få kontakt til hjemmefronten. Og det er min samlever der ringer til vagtlægen og sikre, at jeg kommer på skadestuen. Jeg kører ikke selv. Jeg kan ikke engang finde min bil på færgen – så medtaget er jeg. Skadestuen oplyser, at der er tale om et piskesmæld og beder mig sikre hvile og ro samt langsom opstart når jeg igen begynder på job. Jeg kan huske, at jeg både er forvirret, har tiltagende smerter og svært ved at finde ud af hvad der sker med mig. Jeg græder og er fortvivlet på skadestuen. Dette er også beskrevet overfor neurologen, som igen anerkender mit forløb som et typisk forløb for personer der har været udsat for et piskesmæld. Piskesmæld udløses ofte ved meget lille fart. Jeg holder stille og påkøres bagfra vil gøre at jeg er helt uforberedt på sammenstødet og ikke når at tage fra. Jeg er sygemeldt i 14 dage, men genoptager aldrig arbejdet på fuld tid. Jeg afspadserer mange opsparede timer og afholder ferie for at få den nødvendige aflastning. Jeg tror på det her tidspunkt, at det er midlertidige gener og forventer at kunne genoptage job på fuld tid og det håber arbejdspladsen også for mig og derfor udbetaler fuld løn. Desværre lykkes det ikke og hver gang jeg forsøger med hele dage bliver jeg de efterfølgende dage dårligere. Jeg bruger i perioden meget smertestillende medicin og har svært ved at sove. Dette er også dokumenteret i min lægejournal.

Jeg opsøger behandling fra starten hos fysioterapi, kiropraktor mv. Jeg oplever i starten forværring af gener efter behandling og lægerne anbefaler, at jeg giver nakken ro lidt endnu og langsomt starter op med øvelser og behandling. Jeg forsøger med mange forskellige behandlingsformer. Kraniosakral behandling, fysioterapi, zoneterapi, yoga og øvelser. Dette sker i en kontinuerlig proces og jeg har løbende kontakt med min læge herom. Der er flere forsøg på at få behandlingen og arbejdet til at fungere, men jeg må desværre deltid sygemelde mig fra april 2017. Herefter starter jeg kiropraktisk behandling efterfulgt af fysioterapi og lægeordineret træning. Se journaler fra kiropraktor april – nov. 2017 og fysioterapi. Jeg er deltidssygemeldt helt frem til juni 2019 hvor jeg sygemeldes helt fra ledighed.

Grunden til at arbejdsgiver ikke kan få sygedagpenge er fordi de lader mig afholde ferie og optjent overarbejde. Dermed bort falder deres ret. Jeg oplyser også Velliv om, at det er vanskeligt at udfylde skemaet fordi jeg og firmaet så mange gange har forsøgt at klare situationen uden det offentlige og uden forsikringen. Vi taler om muligheden for nedsat tid og netop derfor henvender jeg mig til Velliv for at aktivere min forsikring. Men der er ikke meget forståelse for situationen og da jeg fortsat får min løn afviser Velliv at hjælpe. Vi kunne muligvis have håndteret sagen bedre hvis vi havde haft den viden vi har i dag, men Velliv har i hvert tilfælde ikke været villig til at imødekomme os. Men jeg husker at Velliv oplyser, at så frem jeg får økonomisk nedgang som følge af ulykken så kan de hjælpe og at jeg altid kan henvende mig igen hvis tingene ændrer sig. Og det gør de jo i det jeg fortsat kun har 4-10 timer om ugen og ikke får det bedre opsiges jeg fra min stilling. Jeg får tilbud nyt job hos et konkurrerende firma, som ikke kender til mine udfordringer og jeg håber også at det vil blive bedre, men må desværre stoppe aug. 2018 da jeg siges op. Jeg får dog løn frem til dec. 2018 og dermed mener Velliv ved fornyet henvendelse, at jeg fortsat ikke kan få hjælp.

Jeg har det meget dårligt i perioden aug. 2018 bl.a. fordi jeg har overanstrengt mig alt for meget for at få det nye job til at fungere. I bagklogskabens klare lys også en plan der var noget optimistisk. Jeg opsiges fra det nye job da jeg og arbejdsgiver må erfare, at jeg ikke kan arbejde, så meget som jeg kunne før ulykken. Jeg er som følge af den nye livssituation også psykisk presset med manglende livsmode. Sagen kører stadig hos arbejdsmarkeds erhvervsforsikring og hos modpartens forsikringselskab og det er vanskeligt for mig at følge med i alle de oplysninger og papirer der kører frem og tilbage. I samråd med min læge holder jeg helt fri fra pc og papirarbejde frem til jan 2019 hvor jobcenteret kræver aktion for at jeg kan få udbetalt dagpenge. Jeg får advokat hjælp som desværre laver nogle fodfejl, men det opdager jeg først senere. Jeg er deltidssygemeldt frem til juni 2019 hvor jeg går helt ned pga. gener efter ulykken og manglende kognitive evner til at håndtere alle forandringerne og jobsøgning, som jeg ikke kan magte. Jeg sygemeldes derfor fra ledighed i juni 2019. Først i starten af 2020 er jeg klar til SI forløb med psykolog og ny vurdering fra jobcenterets fysioterapeut mv. Se journal fra jobcenter ... SI- forløb. Jeg tildes virksomhedspraktik med start aug. 2020 og det er først i dette forløb jeg igen har ressourcer til at se på min sag og jeg får en varig vished om og dokumenteret, at jeg kan arbejde 16-20 timer om ugen.

Diagnose fra neurolog

Velliv gengiver journal fra Neurolog [speciallæge] som om det er mig der stiller diagnosen og ikke lægen. Jeg svarer på spørgsmål og det er ikke mig der laver konklusionerne. Der var og er ikke på noget tidspunkt tvivl om, at mine gener skyldes ulykken. Jeg tilses af [speciallæge] to gange i forløbet og han medgiver at mine gener er typiske for piskesmældspatienter. Jeg er på det tidspunkt fortsat optimistisk trods gener og giver udtryk for et ønske om, at kunne arbejde min 30 timer. Desværre var det alt for optimistisk og det efterfølgende forløb viser desværre, at jeg ikke magter mere end 16-20 timer.

Virksomhedspraktikken

I perioden hvor virksomhedspraktikken skal begynde og SI forløbet afsluttes vurderes det, at jeg kan starte med 2-4 timer. Kontrakten er rigtig nok på 20 timer, men ikke ens betydende med, at jeg skal eller kan have 20 timer – det jo det virksomhedspraktikken skal vise. Transporttiden blev også drøftet i perioden. Det skal bemærkes, at det var i forhold til de 16 timer og at jeg -hvor det var nødvendigt – havde mulighed for at overnatte i [by] og dermed ikke havde transporttid. Der var desuden dage hvor jeg kunne arbejde hjemmefra. Der var dog ikke nogen synlig ændring af arbejdsvejen ved transport eller ej. Den form for arbejde som jeg udfører, er heller ikke ligefrem

sammenlignelig med den indsats, som en køretur kræver. Forløbet viser, at jeg kan magte 16-20 timer og det er med den viden jeg søger et skånejob efterfølgende. Se skema med faktiske timeantal i perioden med virksomhedspraktik, som er vedlagt som bilag fra jobcenteret.

Så ja selvfølgelig kan forløbet hos jobcenteret tillægges stor betydning for vurdering af min arbejdsevne. Jeg kan desuden oplyse, at jeg har fået tildelt erstatning fra arbejdsskadestyrelsen som vurderer varig nedsat erhvervsevne på 55 % i aug. 2021 og fortsat følger min erhvervsevne. Jeg mener derfor at det medicinske kriterie for nedsat erhvervsevne er dokumenteret. Jeg har desuden løbende opfølgning hos egen læge.

Konklusion

Min tilstand i perioden umiddelbart før og efter perioden omkring udløb af forsikringer og breve fra Velliv er veldokumenteret og der henvises til følgende dokumenter som særligt henviser til mine gener i perioden jan 2019 og frem til jeg igen under virksomhedspraktik får overskud til at kontakte Velliv igen.

- Læ285 fra egen læge af 7. aug. 2019 -bilag 13C
- Notat fra jobcenteret og Læ 135 af 11. okt. 2019 samt statusrapport egen læge – bilag 13B
- SI-forløb psykolog og fysioterapeut samt tidsregistrering fra virksomhedspraktik– bilag 13A

Jeg mener ikke Velliv har løftet bevisbyrden for, at de har vejledt mig korrekt i forløbet. De har heller ikke bevist, at de ikke har vildledt mig og de har ikke sikret, at mine forsikringer blev videreført selv om de vidste, at jeg havde anmeldt en sag. Telefonsamtaler som er optaget, er ikke gemt. I en sag som denne bør Velliv ikke udelukkende forholde sig til skriftligt materiale/breve men sikre en personlig samtale. Jeg ansøger om hjælp allerede i nov. 2017 og får afslag på præmiefritagelse fordi der ikke er nok sygedage registeret. sep. 2018. Velliv skriver også at jeg kan kontakte dem hvis jeg senere bliver mere uarbejdsdygtig som følge af ulykken. Der står ikke noget om at forsikringen udløbet hvis jeg opsiges. Vellivs henvendelse er en standardskrivelse som ikke forholder sig til vores tidligere samtaler og deres viden om, at jeg er sygemeldt pga. ulykken og at jeg tidligere har anmeldt skaden. En betaling af præmie som er væsentlig højere er ikke en mulighed når man er på dagpenge og har brugt hele sin opsparing på aflastning og behandlinger.

Jeg mener Velliv har vildledt mig ved de gentagne telefonsamtaler og i forbindelse med anmeldelse af skaden, hvor jeg jo netop uddyber forløbet og situationen og gør opmærksom på, at det er vanskeligt for mig at udfylde skemaerne de sender. Da situationen har været uafklaret, har jeg naturligvis ikke haft noget ønske om ikke at få den hjælp jeg er berettiget til såfremt min arbejdsevne vil være varigt nedsat. Den erkendelse kommer jeg først selv til i efteråret 2020.

I det jeg håber at retfærdigheden må ske fyldest og at klagenævnet pålægger Velliv på ny at se på sagen."

Selskabet har i brev af 22/2 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Vi kan konstatere, at der er enighed mellem partner om, at Klager – efter ansættelsesforhold ophørte den 1. august 2018 – har modtaget fratrædelsesbrevet (bilag 4) sendt til Klager den 20. februar 2019.

Af fratrædelsesbrevet fremgår, at hvis Klager havde besluttet, hvad der skulle ske med pensionsordningen, så skulle hun indsende svarskemaet til os. Vi har ikke modtaget svarskemaet fra Klager.

Det er fortsat vores opfattelse, at Klager ikke har dokumenteret, at hun tidligere har oplyst Velliv om, at hun ønskede at videreføre forsikringen ved tab af erhvervsevne. Velliv fastholder derfor, at Klagers pensionsordning er ændret til en ordning uden forsikringsdækninger og uden indbetaling (fripolice) pr. 1. november 2018. Videre gør Velliv gældende, at Klagers erhvervsevne ikke har været nedsat med mindst 50 % inden forsikringens ophør den 1. november 2018, hverken medicinsk eller økonomisk.

Klager gør krav på, at Velliv skal udbetale ydelser fra tab af erhvervsevneforsikringen fra januar 2019 og frem. Da Klagers forsikring som sagt ophørte pr. 1. november 2018 og forsikringen ikke blev videreført, afviser Velliv, at Klager kan modtage udbetaling fra forsikringen fra januar 2019."

Til dette har klageren fremsendt brev af 15/3 2022, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg har dokumenteret og har arbejdsskadestyrelsen ord for at jeg var 50 % uarbejdsdygtig 1. dec. 2018. Denne dato at regne fordi, jeg som et led i gode ansættelsesvilkår har modtaget fuld løn både under sygdom og i forbindelse med at jeg blev opsagt pga. gener efter ulykken. Dog er der ingen tvivl om at jeg medicinsk var mere end 50 % uarbejdsdygtig frem til denne dato. Denne vurdering kommer jo ikke ud af det blå, men fordi jeg i perioden op til opsigelsen var meget påvirket af ulykken med diverse gener som tidligere beskrevet. Det er ligeledes dokumenteret i diverse lægejournaler, at jeg ikke på noget tidspunkt efter ulykken har haft mere end halv arbejdsstyrke og var helt nede på 4-10 timer om ugen inden opsigelsen.

Dette er Velliv også oplyst om gennem alle telefonsamtaler samt i forbindelse med ansøgning om tab af erhvervsevne så det kan ikke komme bag på Velliv, at jeg var i en situation hvor de skulle have udvist mere forståelse og vejledt korrekt så forsikringen kunne fortsætte. Jeg mener ikke Velliv har sandsynliggjort, at de har vejledt korrekt og at de i god tro kunne tænke sig frem til, at jeg, selv om jeg var uarbejdsdygtig, ikke ville bibeholde min forsikring hvis det var muligt.

Der bør i allerhøjeste grad tages hensyn til, at Velliv netop har med et medlem at gøre som har kognitive udfordringer efter ulykken og som fortsat er forvirret over situationen og alle de instanser som skal varetages samt at jeg selvfølgelig heller ikke var afklaret med min situation og dermed også var psykisk ude af balance. Jeg henviser til at jeg i perioden gik til psykolog, samtaler med egen læge samt andre behandlingsformer.

Jeg har aldrig besluttet, at opsigelse af forsikringen og netop derfor har Velliv heller ikke et skriftligt svar. Jeg henviser igen til de mundtlige samtaler jeg havde med Velliv hvor forklarede min situation."

Hertil har selskabet i brev af 31/3 2022 til nævnet bl.a. anført:

"I Klagers seneste svar gør Klager gældende, at hun har dokumenteret, samt har arbejdsskadestyrelsen ord for, at hun pr. 1. december 2018 er 50 % uarbejdsdygtig.

Hertil skal det for god ordens skyld påpeges, at Arbejdsskadestyrelsens afgørelse om erhvervsevnetab ikke har betydning for vores vurdering af Klagers generelle erhvervsevne efter vores forsikringsbetingelser. Arbejdsskadestyrelsens vurdering af erhvervsevnetabet sker efter erstatningsansvarslovens regler og med udgangspunkt i Klagers indtægtstab, hvor vurderingen af erhvervsevnen i henhold til forsikringsbetingelserne først og fremmest er en helbredsmæssig vurdering af Klagers generelle erhvervsevne.

Uanset, så er det vores vurdering, at Klagers anmeldelse fra 2017, som skyldtes en piskesmældskade fra 2016, er forældet jf. den 3-årige forældelsesfrist.

I forhold til Klagers efterfølgende anmeldelse fra september 2020, er denne sket efter Klagers pensionsordning blev ændret til en ordning uden forsikringsdækninger og uden indbetaling pr. 1. november 2018. Idet klager har anmeldt sit krav mere end 6 måneder efter forsikringens ophør, er Klager ikke berettiget til dækning for tab af erhvervsevne jf. almindelige forsikringsbetingelser for forsikringer ved nedsat erhvervsevne af 1. juni 2014 (bilag 12 side 19).

Slutteligt er det vores opfattelse, at klager har modtaget korrekt og relevant rådgivning om muligheden for privat videreførelse af hendes ordning."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Af LÆ 285 Attest til sygedagpengeopfølgning af 2/6 2017 fremgår bl.a.:

"1. Diagnose/årsag til sygefravær

...

Piskesmæld som følge af bilulykke i forbindelse med arbejde.

...

3. Vurdering af behov for skånehensyn, der kan fremme genoptagelse/påbegyndelse af arbejde

...

Nedsat tid med kortere arbejdsdage med pauser i løbet af arbejdsdagen og tid afsat til behandling.

...

Hovedelementer og forventet varighed i behandlingen oplyses (angiv ca. antal uger fra dags dato)

Symptomer med koncentrationsproblem, overblik og udtrætning specielt ved at sidde ved skærm, hovedpine og nakkesmerter, bedring langsomt ved aflastning og kiropraktor behandling, selvtræning med styrkende og udspændende øvelser, forventer at pt er tilbage til vanlig arbejde på vanlige vilkår til august – september."

Af klagerens ansøgning om udbetaling og/eller præmiefritagelse ved nedsat erhvervsevne modtaget hos selskabet den 28/11 2017 fremgår bl.a.:

"1 a. Hvilken sygdom/ulykkestilfælde er skyld i tabet af erhvervsevne?

a. piskesmæld

...

d. På hvilken måde indvirker sygdommen/ulykkestilfældet på din erhvervsevne?

d. koncentrationsbesvær, hurtig udtrætning, smerter i nakke, ryg, arme og hænder, nedsat kraft i hænder og arme: Brug for fleksibilitet – gå til og fra variation

f. Får ud medicin i forbindelse med din sygdom?

f. Hvilken medicin?

ipren, kodein, pamol

Hvor meget?

efter behov

...

4 a. Er du for tiden i stand til at udføre noget arbejde?

...

Hvis ja, hvilket?

...rådgivning

b. Fra hvilken dato har du været uafbrudt sygemeldt?

Fuldtids sygemeldt fra d. 26. aug og 4 uger frem – derefter enkelte sygedage og deltidssygemeldt fra 2. feb. 2017 til nu

c. Arbejder du/har du arbejdet på deltid?

...

Ud af en normal arbejdsuge på 37 timer har jeg været syg ca. de 12 timer"

Af neurologisk speciallægeerklæring af 28/9 2018 udarbejdet i arbejdsskadesagen fremgår bl.a.:

"Nuværende

25. august 2016 ... Hun holder stille for at skulle dreje til venstre, da hun påkøres af en bagfra-kommende bil, der ikke rigtigt havde set dette og ikke nåede at bremse ordentligt. Ved uheldet rammes hendes bil på anhængertrækket. Hun kastes frem og tilbage i sædet...

Skadelidte vurderede ikke initialt, at der rigtigt var sket noget, er selvfølgelig lidt rystet over uheldet og modpartens opførsel. Føler sig lidt tummelumsk, men det er først, da hun sidder på færgen, at smerterne i nakkeskulderbæltet begynde at tage til. Skadelidte møder sin direktør på færgen, og de beslutter at hun skal en tur på skadestuen. Ses på skadestuen på ... Sygehus, hvor man konstaterer, at hun har fået et piskesmæld. Er efterfølgende sygemeldt på fuldtid i 14 dage. Skadelidte forsøger sig med fysioterapi, men oplever faktisk at det gør tingene værre.

Hun genoptager arbejdet i oktober med den aftale, at hun kan gå hjem, hvis det går skidt, men officielt på fuldtid. Oplever dog ikke rigtigt, at det går godt. Får i løbet af december måned kraftig forværring i tilstanden med smerter i nakkeskulderbæltet, hukommelses- og koncentrationsproblemer samt træthed, der fører til at hun bliver enig med arbejdspladsen om, at hun tager nogle feriefridage. Er i perioden januar/februar således på ferie i en måned. Genoptager arbejdet medio februar og kan igen klare dette på fuldtid med forskellige skånehensyn.

Oplever at hendes kapacitet på arbejdet er faldet meget, mod 50-60 timer tidligere, nu med nød og næppe en almindelig 37 timers arbejdsuge. I løbet af 2017 er der flere sygemeldinger. Enkelte dage i april, i maj havde hun brug for 14 dage og i juni en hel måned. Fra april til december 2017 er hun deltidssygemeldt og skønner, at hun i den periode har arbejdet cirka 25 timer om ugen.

Imidlertid tager generne stadig til, og hun kommer i 2018 helt ned på 4-10 timer om ugen, hvilket fører til, at hun i maj 2018 fritstilles.

Skadelidte har i forløbet forsøgt behandling med fysioterapi og kiropraktik. Går i dag til fysioterapi, har trappet lidt ned, men får stadigvæk behandlinger hver 14. dag. Jeg ser hende i december 2017 og vurderer, at klinikken er fuldstændigt foreneligt med følger efter et piskesmæld. Jeg fandt dengang, at man kunne have erklæret tilstanden som stationær. Jeg havde ikke yderligere forslag til behandling eller udredning, og foreslog hende, da hun oplevede at fysioterapien hjalp hende, at hun blev ved med dette.

Skadelidte oplever at tilstanden har stået ret uændret siden jeg så hende, dog sådan at hun i perioder har oplevet at det er lidt bedre end i andre perioder. Har forsøgt forskellige former for alternativ behandling, som hun ikke rigtigt oplever, har hjulpet.

Hun klager aktuelt over følgende

1. Smerter og stivhed i nakke- og rygmuskler.

Hun oplever at disse smerter forværres hvis hun sidder stille mere end en halv times tid. Er da nødt til at gå rundt og være i aktivitet. Det er også et stort problem for hende om natten, hvor hun vågner efter 4-5 timers søvn maksimalt med smerter i nakkeskulderbæltet. Er også da nødt til at stå op og gå op og lave øvelser, før hun igen kan lægge sig. Er også nogle gange nødt til at tage smertestillende i disse situationer.

2. Generel træthed.

På grund af manglende søvn, føler hun sig tit ikke ordentligt udhvilet. Specielt hvis hun har en 'dårlig periode'.

3. Skadelidte oplever især, når hun vågner om morgenen, at det er svært for hende at styre arme og ben. Føler sig meget klodset. Oplever at dette bliver bedre i løbet af dagen, når hun kommer i gang.

4. Hukommelses- og koncentrationsproblemer.

Er nødt til at skrive alting ned for at huske det og kan kun klare en ting af gangen. Forsøger hun flere ting, taber hun fuldstændigt overblikket. Kan også en gang i mellem opleve at hun for eksempel ikke kan finde ord, som hun ellers udmærket er klar over hvad er.

5. Hovedpine.

Hun oplever meget, at dette følger nakkesmerterne. Hvis hun sidder og skal koncentrere sig om noget, oplever hun at spænde op i nakken og får da hovedpine, hvor hun oplever at det er som om, at hovedet 'koger'. Kan da godt blive svimmel og få kvalme. Dette kan også komme, hvis hun forsøger at koncentrere sig om for mange ting af gangen. Er da nødt til at stoppe med det hun foretager sig og går noget rundt. Gør også øvelser som hun har fået fra fysioterapien, når hun oplever dette.

6. Oplever at være meget følsom overfor lyd og lys, hvilket specielt generer hende, hvis hun for eksempel skal arbejde ved en computer. Er også holdt op med at se TV ud over i meget beskedent omfang.

7. Oplever, at hun psykisk ikke har samme modstandskraft som tidligere.

Bliver lettere ked af det, og føler sig trist/deprimeret. Synes ikke at tingene er så sjove, som de har været.

...

Funktionsniveau

1. Skadelidte har svært ved rigtigt at sige, hvilken form for arbejde hun vil kunne bestride. Der skulle være tale om afsluttede opgaver som hun kunne overskue, gerne noget lidt rutinepræget, så hun ikke skulle lære for meget nyt. Der skulle også være muligheder for at hun kunne skifte arbejdsstilling ved behov. For eksempel butiksarbejde vil være svært for hende, da hun da skulle stå i samme

stilling flere timer af gangen. Hun vil prøve, om hun kan finde et eller andet inden for rådgivning og konsulentarbejde, som hun kan bestride, men hun tror ikke, at hun kommer op på den tidligere effektivitet med 50-60 timer om ugen. Snarere et arbejde på almindelig eller let nedsat tid. Mener selv at med ovenfor nævnte skånehensyn, at 30 timer nok er realistisk.

2. Oplever at kunne klare alle arbejdsopgaver i hjemmet.

...

Medicin

Tablet Ipren 200 mg. X3. sammen med tablet Paracetamol 1 gram. Tager derudover 25. mg. Codein til natten med henblik på at hun får sovet lidt, så hun ikke vækkes af smerterne alt for hurtigt.

...

Objektivt

Positive fund

Kan ved fleksion af columna cervicalis kun bøje så meget at hage/sternumafstand er 7 centimeter. Ekstensionen næsten normal.

Rotation bilat normal.

Der er meget veludtalte myogene forandringer, men jeg kan sammenligne med tidligere ikke i dag fremkalde pseudoradikulære sensationer ved palpation af nakkeskuldermuskulaturen (havde været til fysioterapeut og fået løsnet op i går).

...

Konklusion

[I 50'erne] [uddannelse] i lederjob, der i forbindelse med sit arbejde er udsat for et trafikuheld, hvor hun får et mindre piskesmældstraume, da hun påkøres af en bagfrakommende bilist, der i øvrigt forsøgte uden held af flygte fra gerningsstedet. Ikke nogen smerter initialt, men hun føler sig noget forstumlet. Få timer efter uheldet udvikler hun imidlertid klassiske piskesmældsgener med nakkerygssmerter, hovedpine, hukommelses- og koncentrationsproblemer med videre. Set på skadestuen i ..., hvor man ikke har fundet noget brud eller behandlingskrævende.

Efterfølgende dør hun meget med nakkerygssmerter og hovedpine og problemer med at overskue tingene samt koncentrationsproblemer, der i den efterfølgende periode fører til flere perioder med sygemeldinger og nedsat arbejdskapacitet og deraf følgende arbejdstid. Jeg ser hende i december 2017 og vurderer, at der er tale om et piskesmæld og at tilstanden er stationær. Siden har denne ikke ændret sig væsentligt.

Hun kan have 'gode' og 'dårlige' dage som man typisk ser det ved piskesmældspatienter, men ikke nogen væsentlig ændring i øvrigt. I dag finder jeg stort set fuldstændigt det samme som jeg fandt for knapt et år siden, det vil sige indskrænket bevægelighed i columna cervicalis, specielt i fleksion/ekstensionsplanet og veludtalte myogene forandringer i nakkeskulderbæltet.

Ellers er hun neurologisk intakt. Hun klager i dag fortsat over nakkesmerter og hovedpine samt kompromitteret nattesøvn og hukommelses- og koncentrationsproblemer - fuldt ud svarende til hvad man kan se hos piskesmældspatienter objektivt.

Konklusion

Det samlede billede er fuldstændigt foreneligt med et piskesmældssyndrom, som hun har pådraget sig efter uheldet i august 2016. Jeg har ikke yderligere forslag til behandling eller udredning af tilstanden, der i al væsentlighed vurderes som stationær.

Diagnose

Whip lash syndrom."

Af LÆ 285 Attest til sygedagpengeopfølgning af 7/8 2019 fremgår bl.a.:

"1. Diagnose/årsag til sygefravær

...

Aug 2016 piskesmæld, ... uddannet, arbejdet som [rådgivning]. Ikke været i stand til at arbejde på fuld tid siden, gået fast til behandling ved flere behandlere, bla kiropraktor og fysioterapeut, holdt ved fys i sommer. Ledig siden maj 2018, deltidssygemeldt ved tidligere egen læge. Pt har forsøgt at klare sig uden det offentlige system, men har behov for hjælp til arbejdsprøvning.

...

2. Vurdering af sygefravær

...

Svært ved at arbejde ved computer mere end 4 t af gangen, er nødt til at holde pause, hvor pt laver øvelser, kan derfor ikke varetage et arbejde på fuld tid som tidligere.

...

Behov for arbejdsprøvning, måske på sigt flexjob, da det ikke er blevet bedre med tiden siden 2016.

...

5. Øvrige bemærkninger

...

Pt skal ikke revalideres, kan varetage samme type arbejde med skånehensyn."

Af selskabets brev af 6/9 2018 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget din erklæring. Det fremgår af oplysningerne, at du alene har været fuldt sygemeldt i en periode på fire uger fra 26. august 2016. Derefter har du haft enkelte sygedage frem til den 1. februar 2017, hvorfra du har været sygemeldt ca. 12 timer om ugen.

På baggrund af oplysningerne har du ikke ret til præmiefritagelse og udbetaling af invalidepension, da din erhvervsevne ikke har været uafbrudt nedsat med 1/2 af den fulde erhvervsevne ud over 3 måneder.

De første 3 måneder er karenperioden, og der kan tidligst ydes præmiefritagelse og udbetaling af invalidepension 3 måneder efter første sygedag, hvis din erhvervsevne stadig er nedsat.

Hvis du på et senere tidspunkt bliver uarbejdsdygtig på grund af sygdom eller ulykke, er du velkommen til at kontakte os."

Af selskabets brev af 20/2 2019 til klageren fremgår bl.a.:

"Hvad skal der ske med din pensionsordning?

Vi har fået oplyst, at du er fratrådt din stilling, og derfor skal du nu tage stilling til, hvad der skal ske med din pensionsordning. Du har følgende muligheder:

1. Fortsat indbetaling

- Du kan fortsætte indbetalingen selv
- Du kan fortsætte indbetalingen via din ny arbejdsgiver

Er du syg, kan det være relevant for dig at bibeholde dine risikodækninger. Det er derfor vigtigt, at du kontakter os.

Hvis du giver os besked inden for tre måneder, behøver du ikke aflevere nye helbredsoplysninger for at fortsætte pensionsordningen.

2. Ordning uden indbetaling og forsikringsdækninger (fripolice)

Ordningen kan ændres til en fripolice. En ændring til fripolice betyder, at dækningerne vil blive nedsat i forhold til den værdi, pensionsordningen har på ændringstidspunktet.

Indtil du beslutter dig

De første tre måneder efter din fratrædelsesdato sørger vi for at opretholde din forsikringsdækning. Prisen for forsikringsdækningen bliver trukket af din opsparing.

Læs mere om de generelle muligheder i forbindelse med fratrædelse i det vedlagte bilag.

Din forsikringsdækning bliver måske dyrere

Du skal være opmærksom på, at du efter fratrædelsen ikke længere er omfattet af de priser, som var gældende for pensionsordningen igennem din tidligere arbejdsgiver.

I mange tilfælde betyder dette en væsentlig højere pris for den samme dækning, og derfor bør du overveje dit behov for denne forsikringsdækning. Er du fx dækket af en anden pensionsordning i mellemtiden, kan det være en fordel at slette dækningerne hos os.

På Netpension kan du få et hurtigt overblik over, hvordan du, inden din fratrædelse, er dækket af din pensionsordning.

Det er også her, du finder dine elektroniske arkiver, hvor bl.a. pensionsoversigt (aftaledokument), forsikringsbetingelser mv. er samlet.

Bemærk, at priserne efter fratrædelsen er højere end dem du ser i Netpension og i pensionsoversigten. Du bedes venligst kontakte os, hvis du vil vide, hvad du kommer til at betale for dine forsikringsdækninger efter din fratrædelse.

Send dit svar til os

Har du allerede besluttet, hvad der skal ske med pensionsordningen, beder vi dig udfylde og sende svarskemaet til os.

Hvis du giver os besked inden 3 måneder fra dato om, at du ønsker at ændre din pensionsordning til en præmiefri ordning, gennemfører vi denne ændring pr. datoen for din fratrædelse.

Hvis du ikke svarer

Hører vi ikke fra dig, eller er den forfaldne præmie ikke betalt inden 3 måneder fra dato, vil pensionsordningen først blive ændret til en ordning uden indbetaling og forsikringsdækninger 3 måneder efter fratrædelsesdatoen.

Ændring til en fripolice ordning betyder, at dækningen bliver nedsat i forhold til den værdi, pensionsordningen har på ændringstidspunktet.

Du får en ny pensionsoversigt i Netpension, når ændringen til præmiefri ordning er gennemført."

Af selskabets brev af 7/6 2019 til klageren fremgår bl.a.

"Fripolice

Din pensionsordning med aftalenummer [1] er udgået uden værdi, da den ikke indeholdt opsparring.

Aftalenummer [2] er ændret til en ordning uden indbetaling og forsikringsdækninger. Du kan se og følge udviklingen på denne ordning via Netpension på www.velliv.dk"

Af notat af 2/4 2020 om "Sundhedsfaglig arbejdsmarkedsrettet vurdering" fremgår bl.a.:

[Klageren] blev deltidssygemeldt fra arbejde i april 2017 og fuldtids sygemeldt 12. 07- 2019 fra ledighed. [Klagerens] arbejdsevne er udfordret med baggrund i en ulykke i august 2016, hvor [klageren] blev påkørt bagfra og pådrog sig whiplash. [Klageren] har i perioden 06.02.2020 – 02.04 .2020 deltaget i "Si – Sundhedsteam og har haft en samtale ved fysioterapeut og 2 samtaler med psykolog og fysioterapeut.

[Klageren] er henvist med henblik på at få afdækket, hvordan vi kan støtte og hjælpe [klageren] bedst muligt tilbage på arbejdsmarkedet. Afdække om hun kan få mere gavn af sin træning/fysioterapi og øvelser i sin dagligdag. Desuden at få afklaret hvilke skånehensyn [klageren] har, som skal tilgodeses i en evt. virksomhedspraktik. Er der behov for hjælpemidler mv.

Baggrund og aktuelle problemstillinger

[Klageren] blev påkørt bagfra i august 2016 og pådrog sig whiplash. Hun var på daværende tidspunkt ansat som ... med ... rådgivning. [Klageren] var sygemeldt den første måned, hvorefter hun forsøgte opstart, men måtte sygemeldes igen. I perioden frem til april 2017 havde [klageren] hav-

de flere forsøg på at komme tilbage på fuld tid uden at det kunne lykkes. Fra april og har resten af 2017 havde [klageren] ca. 25 timer, hvilket var for meget og timeantallet blev sat yderligere ned. [Klageren] havde problemer med nakkesmerter, hovedpine, støj- og lysfølsomhed og stor fysisk og mental træthed. [Klageren] oplevede at arbejdspladsen var meget lydghør og imødekommende i forhold til skånebehovene og der blev udarbejdet et notat vedrørende de relevante støttemuligheder 20.02-2017. Hun fik eget kontor i stedet for storrumskontor. Hun fik indstillet skærmen med mindre lys og større bogstaver og fik et særligt filter foran skærmen. Hun havde mulighed for liggende hvil og kunne selv tilrettelægge arbejdet og anvende pauser. Da hun arbejdede nær hjemmet, kunne hun også gå hjem og arbejde. Jobmæssigt blev det tydeligt at [klageren] havde svært ved håndterer de komplekse sager med megen koordinering som hun var ansat til, hvorfor hun fik assistance med nogle af de elementer af en sekretær.

Hun lykkes derfor at holde sig på arbejdspladsen, men reelt med nedsat tid og meget langt fra de 50-60 timer hun tidligere havde kunnet arbejde. [Klageren] blev fyret i forbindelse med at hele kontoret blev nedlagt. [Klageren] beskriver at hun i perioden klarede arbejdet, men at der ikke var energi til andet i fritiden f.eks. deltagelse i sociale arrangementer, men også huslige opgaver. CD søgte nye jobs, men havde svært ved at søge nyt job, da hun var meget usikker på egen formåen pga. de fortsatte symptomer med hovedpine, nakkesmerter, hurtig fysisk og mental udtrætning, nedsat koncentrationsevne mm. Altså fortsat nedsat funktionsevne. Hun blev sygemeldt fra ledighed efter anbefaling fra A-kassen.

[Klageren] har haft mange og lange behandlingsforløb. Hun har prøvet kiropraktor, fysioterapeut, kranio sakral terapeut og zoneterapeut og hun har gået hos psykolog det sidste halve år mhp. sparring og håndtering og erkendelse af den nye livssituation.

Hun har ikke oplevet, at noget af behandlingen har haft markant effekt og har kunnet fjerne smerterne og hovedpinen. Men de fysioterapeutiske øvelser kan lindre og løsne nakken op og dem vurderer hun afgørende for at kunne fungere. Undertegnede fysioterapeut har set programmet, der består af relevante skulder- og nakkeøvelser. [Klageren] er også startet med fysisk træning i LOOP mhp. kredsløbstræning og generel styrkelse af kroppen. Hun oplever også dette som væsentligt i forhold til at fastholde og styrke sin funktion, Men oplever det også som krævende at gennemføre. Nogle dage giver det meget svimmelhed og utilpashed at træne og så må hun acceptere dette og gøre langt mindre.

...

Vurdering

[Klageren] har søgt relevant behandling både fysisk og psykisk i forhold til håndtering og bearbejdning af tilstanden. Hun har fået skabt struktur på dagligdag med dagsplaner og fået trænet sig op. Hun er derfor meget motiveret for kommende praktik, så hun kan få afklaret sin arbejdsevne mhp at finde beskæftigelse igen. Hun har tidligere knoklet meget på med lange arbejdsdage og ikke været vant til at skulle mærke efter. Udfordringer er bl.a. tidligere blevet løst ved at sætte op i gear, hvilket ikke har været en brugbar strategi i den nuværende situation."

Af klagerens ansøgning om udbetaling ved nedsat erhvervsevne og/eller fritagelse for indbetaling af 25/11 2020 fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

23.

97148

"

Hvad var din arbejdstid pr. uge, før du blev uarbejdsdygtig?

☒

Fuld tid

☐

Deltid

50

Angiv timeantal

☐

Inklusiv frokost

☒

Eksklusiv frokost

...

Hvornår var din første sygedag?

25/08/2016

Er du nu fuldstændig uarbejdsdygtig?

☐

Ja

☒

Nej

I perioden

25/08/2016

05/09/2016

☒

Ved ikke

Fra

Til

arbejdede jeg

0

timer om ugen

I perioden

05/09/2016

01/08/2018

☐

Ved ikke

Fra

Til

arbejdede jeg

15

timer om ugen

I perioden

01/08/2018

01/09/2020

☐

Ved ikke

Fra

Til

arbejdede jeg

0

timer om ugen

I perioden

01/09/2020

20/11/2020

☐

Ved ikke

Fra

Til

arbejdede jeg

16

timer om ugen

Regner du med, at din helbredstilstand bedres så meget, at du helt eller delvist genvinder erhvervsevnen?

☒

Ja

☐

Nej

☐

Ved ikke

01/01/2021

Hvornår?

20

Angiv forventet antal timer ugentligt

...

Der er tale om et langvarigt forløb med flere forsøg på at komme tilbage på fuld tid ... I perioden hvor jeg stadig var ansat med fuld løn søgte min arbejdsgiver refusion, men da de samtidig havde bedt mig bruge ferie, afspadseringstimer mv. som aflastning i sygeperioden mistede de retten til at søge refusion for mine sygedage. Efter fyring søger jeg nyt job, men kan ikke magte det og fyres igen derfra d. 1. aug. – altså i opsigelsesperioden fra forrige job. Jeg er hjemsendt fra 1. aug. 2018, men har løn til 1. dec. 2018. Forsøger at søge job igen efter ny aflastningsperiode uden job, men mislykkes igen og jeg sygemeldes fra ledighed juni 2019. Har været på sygedagpenge siden. Har været i virksomhedspraktik siden 1. aug. 2020 til 1. nov. 2020. Det er vurderet, at jeg pt. kan magte ca. 16-20 timer pr. uge, med skånehensyn. Er indstillet til flexjob ... Jeg anmeldte første gang skaden til velliv d. 23. nov. 2017 Jeg har pga. sygemeldinger og skadens art ikke kunnet overskue papirarbejdet med forsikringer mv. Jeg tog kontakt til en advokat efter jeg blev opsagt og regnede med, at de tog sig af tingene som aftalt. Men de har desværre ikke været opmærksom på at fast-

holde krav om lønkompensation og/eller nedsat erhvervsevne gennem min firmapensionsordning og forsikring."

Af pensionsoversigt af 27/1 2016 fremgår bl.a.:

"Firmaordning

Denne forsikring er oprettet som led i en pensionsordning mellem Dem og en arbejdsgiver.

...

Så længe medarbejderen modtager løn kan en eventuel udbetaling af invalidepension ske til arbejdsgiveren."

Af forsikringsbetingelserne 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.

...

§ 2. Anmeldelse og dokumentation af nedsat erhvervsevne

...

Vigtigt omkring anmeldelse, når dækningen ophører

Krav på udbetaling af invalidepension og/eller præmiefritagelse skal anmeldes inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.

...

§ 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 forsik-

rede 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.

Den generelle vurdering af erhvervsevnen

Når selskabet overgår til at foretage en generel vurdering af forsikredes erhvervsevne, vurderer selskabet erhvervsevnen både i forsikredes eget erhverv og i andre erhverv. Forsikredes erhvervsevne er nedsat i tilstrækkelig grad, hvis selskabet skønner, at forsikrede ikke længere er i stand til at tjene mere end en andel af hvad en fuldt arbejdsdygtig person med tilsvarende uddannelse og alder kan tjene inden for samme geografiske område. Af pensionsoversigten fremgår den andel, som erhvervsevnen skal være nedsat til.

Ved vurderingen af, hvor meget forsikrede kan tjene indgår forsikredes helbredstilstand, tidligere beskæftigelse og uddannelse, samt en vurdering af, om forsikrede er egnet til omskoling eller uddannelse. Dette sammenlignes med, hvad en fuldt arbejdsdygtig person med tilsvarende uddannelse og alder kan tjene indenfor samme geografiske område."

Nævnet udtaler:

Klageren, der er født i 1960'erne, har en videregående uddannelse og har arbejdet med rådgivning. Den 25/8 2016 blev hun påkørt bagfra og pådrog sig et piskesmæld med deraf følgende nakkesmerter, hovedpine, hukommelses- og koncentrationsproblemer. Hun var sygemeldt efter uheldet, genoptog sit arbejde i oktober 2016, blev deltidssygemeldt 12 timer om ugen fra februar 2017 og blev opsagt i maj 2018. Hun fik fuld løn fra sin arbejdsgiver 1, idet hun brugte overarbejdstimer og ferie for at aflaste. Hun blev ansat hos arbejdsgiver 2 med pensionsordning i et andet selskab og blev opsagt efter 4 måneder og modtog fuld løn frem til 1/1 2019. Hun var herefter tilmeldt a-kassen som ledig og blev sygemeldt fra ledighed den 12/7 2019. Hun har været i virksomhedspraktik fra august til november 2020, hvor hun kom op på at arbejde 16-20 timer om ugen. Fra 5/1 2021 har hun været ansat i en deltidsstilling med 20 timer om ugen.

Klageren har gennem arbejdsgiver 1 haft pensionsordning i selskabet. I november 2017 ansøgte hun selskabet om udbetaling af helbredsbetingsede ydelser og fik afslag den 6/8 2018 med henvisning til, at hendes erhvervsevne ikke var nedsat med mindst halvdelen. I februar 2019 fik selskabet besked af arbejdsgiver 1, at klageren var fratrådt sin stilling pr. 1/8 2018. Selskabet sendte klageren et brev den 20/2 2019 om mulighederne for at fortsætte pensionsordningen. Da klageren ikke svarede på dette brev, sendte selskabet klageren et brev den 7/6 2019 om, at hendes ordning var ændret til en fripolice uden indbetalinger og forsikringsdækninger. Den 25/11 2020 ansøgte klageren igen om udbetaling af helbredsbetingsede ydelser, hvilket selskabet afslog med henvisning til, at kravet var anmeldt for sent.

Klageren ønsker, at selskabet udbetaler helbredsbetingsede ydelser fra 1/1 2019. Hun har anført, at selskabet ikke har gjort nok for at vejlede hende, og at hendes telefonsamtaler med selskabet efter modtagelse af breve fra selskabet har været vildledende. Hun ansøgte om ydelser allerede i november 2017, hvor selskabet forsikrede hende om, at hun altid kunne vende tilbage med nye oplysninger. Hun henvendte sig til selskabet efter modtagelsen af selskabets brev af 20/2 2019, hvor hun gjorde opmærksom på, at hun var sygemeldt og ønskede at fortsætte forsikringen, og hun fik ikke at vide, at hun kunne få udgiften dækket, fordi hun var syg. Hun kontaktede selskabet igen efter modtagelsen af brevet af 7/6 2019, hvor hun var fuldtids-sygemeldt fra ledighed, og hun fik at vide, at der ikke var mulighed for at videreføre forsikringen eller få hjælp. Hun har også anført, at hun på grund af sine helbredsmæssige udfordringer ikke har været i stand til at gennemskue tingene og har i god tro overladt til sin advokat at søge erstatning hos de forskellige forsikringsselskaber. og at advokaten desværre ikke foretog sig noget i forhold til selskabet. Det var først i et virksomhedspraktikforløb ultimo 2020, at hun igen havde ressourcer til at se på sin sag, og at hun fik vished om, at hun kun kunne arbejde 16-20 timer om ugen.

Selskabet har afslået ansøgningen med henvisning til, at klagerens forsikringsdækninger ophørte den 1/11 2018, og at hun skulle have anmeldt sit krav inden for 6 måneder efter forsikringens ophør. Selskabet har ingen noteringer om en samtale, hvor klageren har udtrykt ønske om

at videreføre pensionsordningen. Selskabet finder, at klageren ikke har været for syg til at foretage en anmeldelse inden anmeldelsesfristens udløb. Selskabet har videre anført, at klagerens erhvervsevne ikke har været nedsat med mindst halvdelen inden forsikringens ophør. Selskabet har også anført, at krav på de enkelte ydelser forældes efter 3 år, og at klagerens anmeldelse i november 2017 er forældet efter den 3-årige forældelsesfrist.

Af klagerens ansøgning om helbredsbetingsede ydelser ultimo november 2017 fremgår, at hun var fuldtidssygemeldt fra 26/8 2016 og 4 uger frem og havde derefter enkelte sygedage og blev deltidssygemeldt fra 2/2 2017 med ca. 12 timer om ugen.

Af neurologisk speciallægeerklæring af 28/9 2018 fremgår det, at klageren efter uheldet "Oplever at hendes kapacitet på arbejdet er faldet meget, mod 50-60 timer tidligere, nu med nød og næppe en almindelig 37 timers arbejdsuge. I løbet af 2017 er der flere sygemeldinger. Enkelte dage i april, i maj havde hun brug for 14 dage og i juni en hel måned. Fra april til december 2017 er hun deltidssygemeldt og skønner, at hun i den periode har arbejdet cirka 25 timer om ugen. Imidlertid tager generne stadigt til, og hun kommer i 2018 helt ned på 4-10 timer om ugen, hvilket fører til, at hun i maj 2018 fritstilles ... Jeg ser hende i december 2017 og vurderer, at der er tale om et piskesmæld og at tilstanden er stationær. Siden har denne ikke ændret sig væsentligt ... **Konklusion** Det samlede billede er fuldstændigt foreneligt med et piskesmældssyndrom, som hun har pådraget sig efter uheldet i august 2016. Jeg har ikke yderligere forslag til behandling eller udredning af tilstanden, der i al væsentlighed vurderes som stationær".

Af klagerens ansøgning om helbredsbetingsede ydelser af 25/11 2020 fremgår, at hun arbejdede 15 timer om ugen fra 5/9 2016 til 1/8 2018.

Klagerens forsikring ved tab af erhvervsevne ophørte den 1/11 2018. Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at hun har modtaget forkert eller utilstrækkelig rådgivning fra selskabet, eller at hun har tilkendegivet over for selskabet, at hun ønskede at fortsætte forsikringerne, således at selskabet er forpligtet til at videreføre pensionsordningen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet i breve af 20/2 2019 og 7/6 2019 – som klageren har modtaget – har givet klageren relevant information om muligheden for videreførelse og konsekvenserne ved ikke at fortsætte indbetalinger til pensionsordningen og information om, at ordningen var ændret til en fripolice uden forsikringsdækninger.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at klageren ikke kan have haft en berettiget forventning om, at forsikringsdækningerne ville fortsætte uden fortsatte indbetalinger.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren skal bevise, at selskabet telefonisk har ydet mangelfuld rådgivning, og at der ikke foreligger telefonnotater, opfølgende korrespondance mellem klageren og selskabet eller skriftligt sagsmateriale i øvrigt, som kan godtgøre, at selskabet under eventuelle samtaler har rådgivet klageren mangelfuldt.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet har været uberettiget til at påberåbe sig, at klageren har anmeldt sit krav efter udløbet af anmeldelsesfristen ved forsikringens ophør og dermed for sent.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren har indgivet anmeldelse om nedsat erhvervsevne til selskabet ultimo november 2017, hvilket var i forsikringstiden. Nævnet har videre lagt vægt på, at både klagerens ansøgning om helbredsbetingede ydelser i 2017 og klagerens ansøgning i 2020 vedrørte følgerne af hendes piskesmæld den 25/6 2016.

Nævnet bemærker, at krav om dækning for tab af erhvervsevne forældes i sin helhed efter 10 år fra den dag, da den første ydelse kunne kræves betalt, jf. forældelseslovens § 8, 1. punktum. Klageren har anmeldt sit krav til selskabet den 28/11 2017, og nævnet finder, at klagerens eventuelle fordring på ydelser ved erhvervsevnetab ikke er forældet i sin helhed ved sagens indbringelse for nævnet den 3/8 2021. Forældelse kan gøres gældende for ydelser, der måtte

Ankenævnet for Forsikring

29.

97148

være forfaldet til betaling mere end 3 år forud for sagens indbringelse for nævnet, jf. forældelseslovens §§ 2, 3 og 8, 2. punktum.

Nævnet bemærker, at det er klageren, der skal bevise, at hendes erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at klagerens erhvervsevne er nedsat, men at hun ikke har bevist, at hendes midlertidige eller generelle erhvervsevne var nedsat med mindst halvdelen inden forsikringens ophør den 1/11 2018. Nævnet kan derfor ikke pålægge selskabet at udbetale helbredsbedingede ydelser

Nævnet har blandt andet lagt vægt på klagerens oplysninger om, at hun har arbejdet gennemsnitligt 15 timer om ugen fra 5/9 2016 til 1/8 2019, at hun blev ansat i en ny stilling hos arbejdsgiver 2 efter, at hun blev opsagt af arbejdsgiver 1, og at hun tilmeldte sig a-kassen efter lønophør den 1/1 2019 og har stået til rådighed for arbejdsmarkedet frem til sin sygemelding fra ledighed den 12/7 2019.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen