

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 25. september 2024 blev i sag nr. 98692:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Klageren har pensionsordning. Hans advokat har i brev af 9/9 2022 til nævnet bl.a. anført:

"1 PÅSTANDE:

1.1 Selskabet, Danica Pension, skal anerkende, at [klageren] siden 2011 har været berettiget til en årlig dækning ved tab af erhvervsevne på op til 630.000 kroner. På dette grundlag skal selskabet genoptage behandlingen af sagen og efterbetale de manglende ydelser til klageren for perioden fra den 1. april 2014 til den 1. november 2019.

1.2 Endvidere skal selskabet revurdere spørgsmålet om klagerens ret til fortsat dækning ved tab af erhvervsevne efter den 1. november 2019 med udgangspunkt i de oplysninger, som klageren indsendte i maj 2020.

1.3 Selskabets efterbetaling af ydelser skal forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

1.4 Endelig skal selskabet betale klageren et efter Ankenævnet for Forsikrings skøn fastsat bidrag til dækning af advokatomkostninger.

SAGSFREMSTILLING:

2 Introduktion:

Klageren har siden 2002 været omfattet af en pensionsforsikring med dækning ved tab af erhvervsevne i selskabet.

I 2010 steg klagerens løn fra 600.000 til 900.000 kr. Af hensyn til reguleringen af klagerens forsikringsdækninger bad selskabet derfor klageren om at afgive helbredsoplysninger. Klageren indsendte de ønskede helbredsoplysninger til selskabet, men først 10 år senere viste det sig, at selskabet ikke havde modtaget helbredsoplysningerne, og at selskabet derfor ikke havde forhøjet klagerens dækning ved tab af erhvervsevne svarende til lønstigningen.

I efteråret 2013 blev klageren ramt af stress og psykisk sygdom, som nedsatte hans erhvervsevne. Den manglende forhøjelse af erhvervsevnetabsdækningen i 2011 betød, at klageren fik udbetalt for lidt i dækning ved tab af erhvervsevne i perioden fra den 1. april 2014 til den 1. november 2019, og sagen drejer sig således om klagerens krav på efterbetaling af ydelser for perioden fra den 1. april 2014 til den 1. november 2019.

Endvidere drejer sagen sig om klagerens ret til fortsat dækning ved tab af erhvervsevne efter den 1. november 2019, hvor selskabet har standset dækningen med henvisning til, at klageren ikke har indsendt samtykkeerklæring og spørgeskema ved tab af erhvervsevne. Klageren har imidlertid indsendt de ønskede oplysninger til selskabet i maj 2020, og det er derfor klagerens opfattelse, at standsningen har været uberettiget.

Endelig drejer sagen sig om klagerens krav på selskabets betaling af omkostningsbidrag.

3 Hovedforløbet:

3.1 Den 1. maj 2002 blev klageren omfattet af en pensionsforsikring med aftalenummer -6830. Som **bilag 1** fremlægges dækningsoversigt, hvor det fremgår, at klageren på daværende tidspunkt oppebar en dækningsgivende løn på 408.000 kroner årligt. Endvidere fremgår det af oversigten, at ordningen både omfattede en individuel årlig erhvervsevnetabsdækning på 122.400 kroner og en kollektiv årlig erhvervsevnetabsdækning på 163.200 kroner svarende til 40 % af lønnen.

I tilslutning hertil fremlægges de til forsikringen hørende forsikringsbetingelser nr. 110-77 gældende per 1. maj 2002, som på side 15 og 16 indeholder følgende vilkår for regulering af præmie og forsikringsydelse, jf. **bilag 2**:

'Reguleringen af den samlede præmie sker ud fra den pensionsgivende gage på det tidspunkt, der er aftalt med selskabet. Præmien til kapitalpension reguleres hvert år, så vidt det er muligt, efter den gældende maksimumsgrænse. Samtidig reguleres forsikringsydelse med det beløb, der svarer til præmieforhøjelsen.

...

Reguleringen sker automatisk, så længe den ikke overstiger 25 % pr. år. I modsat fald forudsætter reguleringen, at forsikrede afgiver nye helbredsoplysninger, som kan accepteres af selskabet.'

3.3 Klageren var allerede dengang ansat som revisor i [revisionsfirma], og den 22. maj 2006 indgik selskabet en firmapensionsaftale med selskabet, jf. **bilag 3**. Som det fremgår på side 13, omfattede firmapensionsaftalen en grunddækning ved tab af erhvervsevne på 50 % af medarbejderens årlige pensionsbestemmende løn, dog højst 396.000 kroner. Videre fremgår det på side 14, at medarbejdere, hvis gruppeforsikring ved tab af erhvervsevne oversteg 396.000 kroner, skulle udfylde selskabets helbredserklæring 2, og

'Ved forhøjelse af dækningerne, der skyldes en stigning i den pensionsbestemmende løn, skal medarbejderen kun indsende helbredsoplysninger, såfremt den pensionsbestemmende løn er steget med mere end 25 % inden for de sidste 12 måneder.

I så fald skal medarbejderen udfylde Danica Pensions helbredserklæring 2.'

I tilslutning hertil fremlægges udskrift af klagerens oplysninger i Netpension den 14. november 2007, hvor det fremgår, at klageren på daværende tidspunkt havde en pensionsbestemmende løn på 600.000 kroner og en årlig erhvervsevnetabsdækning på 420.000 kroner, jf. **bilag 4**.

3.4 I efteråret 2010 steg klagerens årsløn til 900.000 kroner, og den 11. november 2010 bad selskabet klageren om at udfylde en helbredserklæring samt spørgeskemaer vedrørende nakke- og ryglidelser, hovedpine og svimmelhed, nervøsitet, stress, angst, depression og psykiske sygdomme, som han skulle returnere til selskabet i en vedlagt svarkuvert. Samtidig bad selskabet klageren om at foranledige, at hans læge udfyldte en helbredsattest, som tillige skulle returneres i en af selskabet udleveret svarkuvert, jf. **bilag 5**.

3.5 Den 1. december 2010 udfyldte klageren således Helbredserklæring 2, og den 20. december 2010 udfyldte han spørgeskemaerne om hovedpine og svimmelhed, nakke- og ryglidelser samt nervøsitet, stress, angst, depression og andre psykiske tilstande, jf. **bilag 6, 7, 8 og 9**. De udfyldte dokumenter indsendte han til selskabet i den af selskabet udleverede svarkuvert sammen med en uddybende redegørelse til Helbredserklæring 2, jf. **bilag 10**.

3.6 Den 14. december 2010 konsulterede klageren endvidere sin egen læge, som udfyldte helbredsattesten og sendte den til selskabet i den udleverede svarkuvert.

3.7 Den 25. januar 2011 mødtes klageren med selskabets chefrådgiver ... På mødet drøftede de klagerens forsikringsbehov, og det blev aftalt, at klageren skulle have en dækning på 70 % af sin løn på 900.000 kroner, svarende til en årlig dækning ved tab af erhvervsevne på 630.000 kroner. Som **bilag 11** fremlægges chefrådgiverens efterfølgende e-mail af 1. februar 2011 til klageren.

3.8 Den 5. april og 9. maj 2011 rykkede selskabets afdeling for helbedsvurdering klageren for de spørgeskemaer, helbredserklæringer og helbredsattester, som klageren og hans læge allerede havde sendt til selskabet i december 2010, jf. **bilag 12 og bilag 13**. I rykkerbrevet fra den 9. maj 2011 anførte selskabet samtidig, at ændringsbegæringen ville blive annulleret, og at klagerens nuværende pensionsordning ville fortsætte uændret, hvis selskabet ikke hørte fra klageren. Klageren modtog imidlertid ikke de to rykkerbreve i 2011, og som det vil fremgå af sagsfremstillingen nedenfor, fik han først kendskab til de to rykkerbreve næsten 10 år senere.

3.9 Den 17. august 2011 ændrede selskabet klagerens bestående ordning nr. -6830 og oprettede samtidig en ny ordning med nr. -3816, jf. **bilag 14 og bilag 15**. Som det fremgår af ændringsmeddelelsen vedrørende ordning nr. -6830, bestod ændringen i, at klagerens pensionsbestemmende løn blev sat ned til 480.000 kroner, og at den årlige dækning ved tab af erhvervsevne blev sat ned til 336.000 kroner. Det erindres i den forbindelse, at det fremgår af den som bilag 4 fremlagte udskrift fra Netpension, at klagerens pensionsbestemmende løn den 1. november 2007 androg 600.000 kroner, og at den årlige dækning ved tab af erhvervsevne var på 420.000 kroner.

3.10 Den nye ordning, nr. -3816, som selskabet oprettede den 1. august 2011, blev oprettet uden dækning ved tab af erhvervsevne, men med angivelse af en pensionsbestemmende løn på 720.000 kroner.

3.11 I efteråret 2013 fik klageren en bipolar affektiv sindslidelse, som nedsatte hans erhvervsevne.

3.11.1 Den 15. maj 2014 anmeldte klageren sin erhvervsevnenedsættelse til selskabet, jf. **bilag 16**, og den 30. juni 2014 bevilgede selskabet klageren dækning ved tab af erhvervsevne med en månedlig udbetaling på 28.000 kroner fra karensperiodens ophør den 1. april 2014, jf. **bilag 17**. Den månedlige udbetaling på 28.000 kroner svarede til en årlig dækning på 336.000 kroner.

3.12 Danica Pension forlængede kontinuerligt dækningen ved tab af erhvervsevne, og den 23. november 2018 bad selskabet klageren om at udfylde en samtykkeerklæring og et spørgeskema ved fortsat tab af erhvervsevne, jf. **bilag 18**. Den 23. december 2018 kvitterede klageren for brevet og oplyste, at han var ramt af sygdom og depression, men at han ville vende tilbage med svar på brevet i januar måned 2019, jf. **bilag 19**. Som det fremgår, anmodede klageren samtidig om, at al fremtidig korrespondance skulle sendes til hans e-Boks, hvilket imidlertid ikke skete.

3.13 Ved brev af 6. marts 2020 standsede selskabet klagerens dækning ved tab af erhvervsevne med virkning fra den 1. november 2019 med henvisning til, at selskabet ikke havde modtaget de ønskede oplysninger, jf. **bilag 20**. Baggrunden for klagerens manglende indsendelse af de af selskabet ønskede oplysninger var som beskrevet, at han var hårdt ramt af psykisk sygdom og stress. Den 7. maj 2020 lykkedes det ham dog at udfylde det af selskabet fremsendte spørgeskema ved fortsat tab af erhvervsevne, som derefter sendte til selskabet sammen med en revisorerklæring om opgørelse af arbejdsfortjeneste udarbejdet af [revisor], den 9. maj 2020, jf. **bilag 21**.

3.14 Klageren blev økonomisk hårdt ramt af selskabets standsning af dækningen ved tab af erhvervsevne med virkning fra den 1. november 2019. Efter standsningen blev klageren endvidere opmærksom på, at selskabets hidtidige månedlige udbetaling af 28.000 kroner havde været for lav henset til hans store lønforhøjelse i 2010, til aftalen om en årlig erhvervsevnetabsdækning på 70 % af 900.000 kroner svarende til 630.000 kroner og til hans indsendelse af de af selskabet ønskede helbredserklæringer, spørgeskemaer og helbredsattesten fra hans egen læge.

3.15 Med bistand fra sin daværende advokat forsøgte klageren ved flere henvendelser til selskabet
for at få spørgsmålet om de for lave ydelser afklaret.

3.16 Klageren rettede derefter henvendelse til undertegnede advokat, som den 26. november 2021 anmodede selskabet om fuld indsigt i klagerens sag, og den 13. januar 2022 fremsendte selskabet 24 dokumenter udvalgt af selskabet, jf. **bilag 22**.

4 Efterforløbet:

4.1 Da det ikke fremgik af de af selskabet udleverede dokumenter, hvorledes selskabet under sagens behandling havde forholdt sig til de af klageren i december 2010 indsendte helbredsoplysninger, anmodede jeg den 26. januar 2022 selskabet om at eftersende dokumenterne, som viste dette, jf. **bilag 23**.

4.2 Under den efterfølgende e-mailkorrespondance imellem undertegnede og selskabets Healthcare Manager, ..., oplyste selskabet imidlertid til klagerens overraskelse, at man aldrig havde modtaget helbredsoplysningerne fra klageren, selvom man havde rykket for disse den 5. april og 9. maj 2011. Som følge heraf havde selskabet den 1. august 2011 oprettet en ny pensionsordning med nr. -3816 uden ret til dækning ved tab af erhvervsevne i stedet for at forhøje dækningen ved tab af erhvervsevne på den oprindelige ordning nr. -6830. Den omtalte e-mailkorrespondance fremlægges som **bilag 24**.

4.3 Den 7. februar 2022 fremsendte jeg derfor til selskabet kopi af de helbredsoplysninger, som klageren havde indsendt i den af selskabet udleverede svarkuvert allerede i december 2010, idet

jeg samtidig gjorde gældende, at selskabet i 2010/2011 burde have forhøjet klagerens dækning ved tab af erhvervsevne svarende til forhøjelsen af den pensionsgivende løn.

4.4 Den 22. februar 2022 fastholdt selskabet imidlertid, at man aldrig havde modtaget helbredsoplysningerne. Samtidig oplyste selskabet, at Helbredsafdelingen den 21. december 2010 havde noteret i sagssystemet, at klageren havde kontaktet selskabet telefonisk og oplyst, at han ikke ville aflevere helbredsoplysninger, som selskabet havde bedt om. Som det fremgår netop nedenfor, noterede sagsbehandleren derfor i selskabets interne system, at forhøjelsen skulle oprettes på en særskilt police:

stigning til 720000. Kunden vil ikke afl HE - derfor forhøjelse på særskilt police Post 19 til 24 af 52

Efter det oplyste har det ikke været muligt for selskabet at finde navnet på den sagsbehandler, som lavede notatet.

4.5 Henset til selskabets nye oplysning om, at klageren den 21. december 2010 telefonisk skulle have meddelt selskabet, at han ikke ville aflevere de ønskede helbredsoplysninger, opfordrede jeg selskabet til at redegøre for årsagen til, at selskabet alligevel den 5. april og 9. maj 2011 skulle have rykket klageren for indsendelse af de selvsamme oplysninger. Som svar herpå oplyste selskabet, at notatet var gjort i Helbredsafdelingens sagssystem og derfor ikke var synligt for sagsbehandleren i Skadeafdelingen. Selskabets skadesagsbehandler var derfor ikke bekendt med Helbredsafdelingens notat om, at klageren den 21. december 2010 telefonisk skulle have meddelt, at han ikke ville aflevere helbredsoplysninger.

4.6 I tilslutning til det netop beskrevne forløb oplyser klageren, at han med sikkerhed har indsendt de helbredsoplysninger, som han omhyggeligt indsamlede, nedskrev og daterede i december 2010, og som han fortsat er i besiddelse af kopi af. Klageren havde absolut intet incitament til ikke at indsende helbredsoplysningerne, og han bestrider på det kraftigste, at han den 21. december 2010 telefonisk skulle have meddelt selskabet, at han ikke ville aflevere helbredsoplysningerne.

4.7 Den 17. maj 2022 fremsendte undertegnede advokat et udkast til nærværende klageskrift til selskabets klageansvarlige. Samtidig anmodede jeg selskabet om at suspendere ikke allerede forældede krav frem til tre måneder efter selskabets endelige afgørelse, hvilket selskabet accepterede.

4.8 Den 15. juni 2022 besvarede selskabets klageansvarlige klagen, jf. **bilag 25**. I afgørelsen afviste selskabet samtlige klagerens krav.

4.9 I forhold til selskabets afgørelsesbegrundelse bemærker klageren navnlig, at han er fuldstændig sikker på, at han fremsendte de udfyldte helbredsskemaer til selskabet. Inden fremsendelsen kopierede han de udfyldte skemaer, og satte kopierne ind i et ringbind sammen med en række andre sagsakter. Når klageren senere begærede fuld aktindsigt i sagen, skyldtes det, at han – og undertegnede advokat – ikke var sikre på, at sagen ikke var fuldt oplyst. Selskabets udlevering af akter og klagerens efterfølgende undersøgelser bekræftede desværre mistanken. I tilslutning bemærker klageren, at han tidligt under sagen bad selskabet om at fremsende alle meddelelser til hans e-boks, og at selskabet undlod at efterkomme opfordringen.

Baseret på klagerens forklaring og kopien af de udfyldte helbredsskemaer, må det bevismæssigt må det lægges til grund, at skemaerne blev sendt til selskabet. Selskabets modstridende, nye oplysning om, at en – unavngiven og uidentificerbar – medarbejder skulle have fået oplyst af klageren, at han alligevel ikke ville indsende oplysningerne kan derimod ikke tillægges nogen nævneværdig bevismæssig betydning.

Som sagsfremstillingen ovenfor viser, blev klageren først for ganske nylig klar over årsagen til, at selskabet ikke havde forhøjet risikodækningen i henhold til begæringen herom. Det er derfor ikke korrekt, når selskabet påstår, at i over 10 år har accepteret den for lave risikodækning. Opmærksomheden henledes i den forbindelse på, at klageren flere lange perioder har været alvorligt psykisk syg og overbelastet. Henset hertil og til selskabet uklare og mangelfulde meddelelser, har klageren derfor været i utilregnelig uvidenhed om sit krav på højere dækning.

I forhold til klagerens ret til fortsat dækning efter 1. november 2019 oplyser selskabets klageansvarlige i afgørelsen, selskabet har truffet afgørelse herom ved breve af 16. juni 2020 og 1. juni 2021. Klageren er imidlertid ikke i besiddelse af de omtalte breve, som heller ikke indgår i det materiale, som selskabet har udleveret som svar på begæringen om aktindsigt. Selskabet **opfordres 1)** derfor til at fremlægge de omtalte afgørelsesbreve af 16. juni 2020 og 1. juni 2021.

5 ANBRINGENDER:

5.1 Efterbetaling af ydelser for perioden 1. april 2014 til 1. november 2019:

Klageren bestrider selskabets oplysning om, at han under en telefonsamtale den 21. december 2010 skulle have meddelt selskabet, at han ikke ville afgive de af selskabet ønskede helbredsoplysninger, som beviseligt allerede var udarbejdet. Selskabet er ikke i stand til at oplyse, hvilken medarbejder, klageren skulle have talt med under samtalen. Selskabet har heller ikke optaget telefonsamtalen eller fremsendt en skriftlig bekræftelse af sin opfattelse af samtalens indhold. Bevismæssigt skal Ankenævnet for Forsikring derfor lægge til grund, at klageren i december 2010 faktisk afgav de ønskede helbredsoplysninger til selskabet.

Baseret på de af klageren afgivne helbredsoplysninger burde selskabet i 2011 have forhøjet klagerens dækning ved tab af erhvervsevne til 630.000 kroner årligt i overensstemmelse med den af klageren indgivne begæring og i overensstemmelse med aftalen indgået med selskabets chefrådgiver Klageren bestrider i den forbindelse selskabets nye synspunkt om, at man ville have afvist at forhøje dækningen, hvis man havde modtaget helbredsoplysningerne. I tilslutning hertil **opfordres 2)** selskabet til at dokumentere sit synspunkt ved at fremlægge selskabets dagældende interne tegnings- og forhøjningsregler.

Som følge heraf burde selskabet i perioden fra den 1. april 2014 til den 1. november 2019 have ydet klageren dækning ved tab af erhvervsevne på grundlag af en årlig dækning på 630.000 kroner og ikke kun på grundlag af en årlig dækning på 336.000 kroner.

Da klageren indtil januar 2022 har været i utilregnelig uvidenhed om selskabets påståede manglende modtagelse af de af ham indsendte helbredsoplysninger og om sin ret til forhøjet dækning og efterbetaling af ydelser, er klagerens krav på efterbetaling af ydelser ikke forældet.

5.2 Klagerens krav på fortsat dækning ved tab af erhvervsevne efter den 1. november 2019:

Til støtte for den nedlagte påstand gøres det gældende, at selskabet har fundet det bevist, at klageren siden den 1. april 2014 har opfyldt forsikringens grundlæggende betingelser for dækning ved tab af erhvervsevne.

Som betingelse for fortsat dækning ved tab af erhvervsevne efter den 1. november 2019 har selskabet anmodet klageren om at udfylde og indsende spørgeskema ved fortsat tab af erhvervsevne, revisorerklæring samt samtykkeerklæring. Som svar på anmodningen tilkendegav klageren, at han var hårdt ramt af psykisk sygdom og depression, men at han ville besvare selskabets henvendelse, når det var muligt, og i maj 2020 fremsendte klageren således de ønskede oplysninger selskabet. Selskabet har imidlertid ikke forholdt sig til disse, men har blot meddelt, at erhvervsevnetabsdækningen er stoppet den 1. november 2019.

Henset til at selskabet ikke har fastsat nogen bestemt frist for klagerens indlevering af de ønskede oplysninger, at klageren var hårdt ramt af psykisk sygdom og depression og tilkendegav overfor selskabet, at han ville indsende oplysningerne, når det var muligt, og til at klageren faktisk indsendte oplysningerne til selskabet den 7. maj 2020, har selskabet ikke har været berettiget til at standse dækningen med virkning fra den 1. november 2019.

Selskabet er derfor forpligtet til at genoptage behandlingen af sagen og til at revurdere spørgsmålet om klagerens ret til fortsat dækning ved tab af erhvervsevne efter den 1. november 2019 med udgangspunkt i de oplysninger, som klageren indsendte i maj 2020.

5.3 Klagerens krav på omkostningsdækning:

Til støtte for kravet på omkostningsdækning gøres det navnlig gældende, at selskabet som følge af sin handlemåde og de opståede sagsbehandlingsfejl har gjort det nødvendigt for klageren at afholde udgifter til advokat, allerede inden sagens indbringelse for Ankenævnet for Forsikring.

Sagen har afgørende betydning for klagerens nuværende og fremtidige forsørgelsesgrundlag frem til pensionsalderen, og på grund af sine kognitive reduktioner anser klageren det ikke for forsvarligt at føre sagen selv.

Den udførte advokatbistand har derfor været rimelig og nødvendig og skal derfor erstattes af selskabet i henhold til bestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3."

I brev af 15/9 2022 fra selskabet til nævnet hedder det bl.a.:

"Selskabet modtog reelt klageskriftet den 17. maj 2022, **Bilag A**, der - bortset fra det jeg kommenterer nedenfor - er en ordret kopi af det klageskrift med samme Bilag 1-24, som klagerens advokat har indsendt til ankenævnet 9. september 2022.

Mit brev til klagers advokat af 15. juni 2022, fremlagt som Bilag 25, er dermed reelt selskabets klagesvarskrift, og jeg skal i det hele henvise dertil.

Det nye i sagen - reelt klagers advokats replik - er klageskriftet (af 9. september 2022) pkt. 4.7-4.9 samt et kort tillæg til anbringenderne i pkt. 5.1.

Ad klageskriftets pkt. 4.7

Det fremgår allerede af svarskriftet, Bilag 25 side 3 nederst, at selskabet kun gør den forældelse gældende, der allerede var indtruffet 17. maj 2022, dvs. krav forfaldet før 17. maj 2019.

Ad klageskriftets pkt. 4.8

Ingen bemærkninger.

Ad klageskriftets pkt. 4.9

- a. Klagers advokat fremfører intet relevant i forhold til den 6-punkts argumentation, der fremgår side 2-3 i klagesvarskriftet, Bilag 25.
- b. Det fastholdes, at klager har udvist rettighedsfortabende passivitet ved i over 10 år ikke at reagere på at have betalt til den af selskabet anerkendte lavere TAE-risikodækning 2011-14 - en dækning som selskabet efterfølgende udbetalte fra 2014-19, og en dækning der er 100 % i overensstemmelse med alle dækningsoversigter mm, som klageren har modtaget siden 2011. Klagerens psykiske sygdom er i den sammenhæng et falsk lod i vægtskålen; primært fordi der ikke er det fjerneste bevis for, at klagerens lidelse skulle afskære ham fra at handle økonomisk fornuftigt eller gennemskue økonomiske sammenhænge. Tværtimod har klageren i hele forløbet været i stand til at fuld- eller deltidspasse sit arbejde som revisor.
- c. Klagerens advokat gør generelt (og også her) en del ud af at fremhæve, at selskabet ikke har imødekommet hans ønske om aktindsigt. Det er beklageligt, at advokaten ikke fik fuld aktindsigt efter sin henvendelse herom 26. november 2021, men på den anden side burde advokaten have indset, at dokumentoplistningen i Bilag 22 ikke kunne udgøre fuld aktindsigt. Dette fordi oplistningen hverken indeholder breve eller aftaledokumenter. Selskabets forsømmelse spiller ingen rolle for afgørelsen af sagen.

På baggrund af **opfordres 1)** fremlægges selskabets breve af 16. juni 2020 og 1. juni 2021 som **Bilag B** og **Bilag C**. Klagers krav på forsikringsdækning fra 1. november 2019 er definitivt afvist med Bilag B, mens Bilag C blot er en fastholdelse af afgørelsen stilet til klagerens daværende advokat, efter denne havde klaget over Bilag B-afgørelsen. Jeg har i dag anmodet selskabets administration tilsende klagerens advokat al øvrig korrespondance, notater, aftaledokumenter mm., som ikke tidligere er sendt til ham.

Ad tillæg til anbringender i pkt. 5.1

Klagers advokat bestrider mit subsidiære anbringende om, at selskabet på grundlag af helbredsoplysningerne aldrig ville have accepteret en TAE-forhøjelse i december 2010 således:

*Klageren bestrider i den forbindelse selskabets nye synspunkt om, at man ville have afvist at forhøje dækningen, hvis man havde modtaget helbredsoplysningerne. I tilslutning hertil **opfordres 2)** selskabet til at dokumentere sit synspunkt ved fremlægge af selskabets dagældende interne tegnings- og forhøjningsregler.*

Enhver - her forstået som ankenævnets medlemmer, ankenævnets sekretariat, jeg selv, klagers advokat og formentlig også klager selv - ved, at et pensionselskab ikke tilbyder (og heller ikke i 2010 tilbød) forsikringsdækning til kunder, der inden for det sidste ½ år har været ramt af en lægediagnosticeret depression, der har medført selvmordstanker, uarbejdsdygtighed, fortsat mediciner og fortsat jævnlige (14-dages) konsultationer/samtaler hos egen læge.

Til opfyldelse af **opfordres 2)** fremlægges som **Bilag D** udskrift af de relevante sider fra HEFO's i 2010 gældende Gul Bog. Klagerens tilfælde er omfattet af bilagets pkt. 2.2.3. Bedømmelsen er 'Henviisning' (til HEFO). Det kræver imidlertid ikke raketvidenskab at regne ud, at HEFO ville have

givet 'Afslag', når eksempelvis den mindre helbredstruende situation i pkt. 2.2.2.1 (klageren havde været uarbejdsdygtig inden for 1 år), kunne og ville være afgjort af selskabet med 'Afslag'.

I forhold til spørgsmålet om kravet om dækning for advokatombkostninger skal jeg – ud over hvad der allerede er gjort gældende i klagesvarskriftet Bilag 25 – tilføje, at klagerens advokat med den valgte klagefremgangsmåde tilstræber at 'flytte' sit arbejde med ankenævns sagen tidsmæssigt frem forud for ankenævns sagen. Bilag A er således som tidligere nævnt reelt klageskriftet i ankenævns sagen, og det med bilaget forbundne arbejde bør derfor ikke honoreres med omkostningsdækning efter FAL § 32 stk. 3, jf. også Ankenævnets vedtægters § 23 stk. 3."

Af selskabets brev af 15/6 2022 til klagerens advokat fremgår bl.a.:

"Vedr. dækning ved tab af erhvervsevne

...

Klagen omhandler dels TAE-ydelsens størrelse, dels hvorvidt din klient fra 1. november 2019 har ret til TAE-ydelser og præmiefritagelse.

TAE-ydelsens størrelse

Det har siden 2002 været aftalt, at din klients TAE skulle udgøre 70 % af den pensionsbestemmende løn, mens retten til præmiefritagelse udgjorde 9 % af den pensionsbestemmende løn. Reguleringen af disse risikodækninger sker på grundlag af ændringerne i de faktisk betalte pensionsbidrag, idet det uden anden aftale altid forudsættes, at arbejdsgiveren indbetaler 9 % af den til enhver tid gældende pensionsbestemmende løn.

I overensstemmelse med Bilag 4 udgjorde TAE-dækningen i 2007 kr. 420.000 svarende til 70 % af den pensionsbestemmende løn på kr. 600.000, idet den månedlige præmie med kr. 4.500 modsvarede 9 % af kr. 50.000, svarende til en årsløn på kr. 600.000.

Fra 1. januar 2009 nedsatte din klient sit månedlige bidrag til kr. 3.600. Dette modsvarede 9 % af kr. 40.000, svarende til en årsløn på kr. 480.000. Derved blev TAE-dækningen reduceret til kr. 336.000 svarende til 70 % af kr. 480.000. Retten til præmiefritagelse blev tilsvarende tilpasset præmien på kr. 3.600, dvs. kr. 43.200 - 8 % AMB = kr. 39.744 årligt.

Fra 1. maj 2010 øgede din klient sit bidrag til 5.400 kr. Dette modsvarede 9 % af 60.000 kr., svarende til en årsløn på kr. 720.000. Derved ville TAE-dækningen stige til kr. 504.000, dvs. med 50 % i forhold til den gældende dækning på kr. 336.000. Præmiefritagelsen ville tilsvarende stige med 50 %.

Det er denne risikostigning, der afstedkom et krav om helbredsoplysninger og dermed Bilag 5, der blev sendt til din klient 11. november 2010.

Der er mange forhold, der med en til vished grænsende sandsynlighed dokumenterer, at din klient aldrig indsendte helbredsskemaerne, ligesom Danica aldrig modtog en lægeattest. For det første har Danica ikke før nu modtaget skemaerne og aldrig modtaget - endsige betalt for en lægeattest fra 2010.

For det andet undrer jeg mig over, at din klient skulle have gemt kopier af skemaerne, når han skal bruge aktindsigt i relation til alt andet. Det er e.o. svært ikke at få den tanke, at din klient har

fundet de originale skemaer fra 2010, som han aldrig indsendte. For det tredje er det meget muligt, at din klient konsulterede sin læge 14. december 2010, men hvis der blev udfyldt en lægeattest, som lægen sendte til Danica, ville lægen alt andet lige være blevet betalt for attesten. Og skulle attesten være bortkommet i posten, ville lægen oplagt have rykket Danica for betalingen.

For det fjerde har en - ganske vist ikke navngivet - medarbejder i Danica den 21. december 2010, dvs. dagen efter din klient underskrev det sidste af skemaerne, noteret, at din klient telefonisk havde meddelt, at han ikke ville aflevere helbredsoplysningerne. Det er - for at sige det mildt - ret svært at forestille sig, at denne oplysning skulle være konstrueret. For det femte giver Bilag 11 kun mening, hvis din klient nu havde fortrudt sin beslutning, og alligevel ønskede TAE-forhøjelsen gennemført. Assurandøren bad i bilaget din klient udfylde helbredsattest og erklæring. Hvis disse dokumenter - som hævdede af din klient - var indsendt tidligere, ville han formentlig have gjort opmærksom herpå.

For det sjette vil en domstol lægge til grund, at din klient har modtaget Bilag 12 og 13, idet der dels er tale om mere end et brev, dels er tale om systemudskrevne meddelelser.

Selv hvis man - i min verden helt teoretisk - antog, at din klient og hans læge havde indsendt oplysningerne, ville Danica ikke have accepteret TAE-forhøjelsen. Dette allerede fordi det fremgår af Bilag 10 - hvilket efterfølgende er bekræftet i de lægelige oplysninger - at din klient havde haft depressioner i 2008 og 2010, der blev behandlet med citalopram og mirtasapin. Det er mit kvalificerede gæt, at din klient indså, at Danica ikke ville antage forhøjelsen, og at det var baggrunden for en e.o. forståelig uvilje mod at indsende helbredsoplysningerne.

Der er en fornuftig forklaring på, hvorfor aftalerne Bilag 14 og 15 den 17. august 2011 blev udstedt med et indhold, der umiddelbart virker ulogisk. Bilag 14 er en fastholdelse af den frem til april 2010 gældende risikodækning (TAE kr. 336.000 og præmiefritagelse kr. 39.744 efter AMB-fradrag), mens Bilag 15 er den ekstra rene opsparingspræmie uden ret til præmiefritagelse. Man kan forledes til at tro, at den samlede præmie er ændret fra 9 til 12 % af den pensionsbestemmende løn, men lægger man de to præmiebeløb sammen, giver det kr. 64.800 svarende til 9 % af en pensionsbestemmende gage på kr. 720.000.

Risikodækningen i Bilag 14 er fastholdt frem til sygemeldingen i 2014, og det er denne risikodækning, der er ydet din klient frem til 1. november 2019. Regulering af pensionsbidraget i perioden 2011-2013 har kun haft betydning for størrelsen af den rene opsparing.

Din klients passivitet i over 10 år må tages som udtryk for, at han har accepteret - og at have betalt for - den lavere risikodækning.

Der er herudover indtruffet forældelse. Der foreligger - navnlig ikke for en person med revisoruddannelse - selvfølgelig ikke utilregnelig uvidenhed om kravet, når man mener sig berettiget til 52.500 kr. om måneden og modtager 28.000 kr. Alle krav forfaldet frem til og med 17. maj 2019 er dermed forældede.

Dækning for TAE efter 1. november 2019

Indledningsvis bemærkes, at det er din klient, der skal dokumentere sin ret til forsikringsydelse, og at Danica ikke er forpligtet til at betale, mens det afklares, om han er berettiget. Danica havde desuagtet gennem længere tid forgæves efterspurgt økonomiske oplysninger, og det er derfor

både rimeligt og forståeligt, at dækningen blev stoppet med udgangen af oktober 2019 - formentlig burde udbetalingerne være stoppet langt tidligere og i hvert fald stoppet 1. juli 2019. Det var - med al respekt for din klients sygdom - ikke noget urimeligt forlangende, at din klient, der er medejer af og arbejder i en revisionsvirksomhed, skulle tilsende Danica simple oplysninger om sin økonomi.

Danica bad den 23. marts 2018 første gang om regnskabsoplysninger. Dette ønske blev genfrem-sat 23. november 2018 (Bilag 18), 25. april 2019, 24. maj 2019 (hvor det samtidigt blev oplyst, at forsikringsdækningen ellers ville ophøre 1. juli 2019), og 4. juni 2019. Det du skriver på side 7 i dit klageskrift er dermed ganske enkelt ikke retvisende.

-6830-aftalen er som følge af præmierestance den 14. maj 2020 omskrevet til fripolice uden ret-tigheder ved TAE. Din klient har 6. marts 2020 (Bilag 20) modtaget brev om, at præmien skulle be-tales, samme dag har revisionsfirmaet (reelt ham selv) modtaget samme orientering, og den 22. april 2020 har din klient modtaget brev om, at forsikringsdækningerne ved fortsat restance ville bortfalde 14. maj 2020.

Du skriver, at Danica på grundlag af de i 2020 indsendte regnskabsoplysninger er forpligtet til at revurdere omfanget af erhvervsevnetabet pr. 1. november 2019. Det har Danica allerede gjort med breve af 16. juni 2020 og 1. juni 2021.

Jeg kan tilføje, at overskuddet i en revisionsvirksomhed genereres af udført arbejde - og ikke be-tragtes som kapitalindkomst. Når din klient faktisk udfører arbejde for revisionsfirmaet - og ikke 100 % holder sig væk - vil hele hans løn og overskudsandel blive henregnet til hans indsats. Det gælder, uanset om han kan kun måtte udføre revisionsarbejde i begrænset omfang, og ellers fun-gerer som leder/tilsynsførende.

Det er også vanskeligt at tro på, at de(n) øvrige partner(e) i firmaet vedvarende vil acceptere at tjene penge til din klient, hvis han ikke er de årlige over 700.000 kr. værd for virksomheden. Jeg kender ikke nogen revisionskontorer (eller advokatkontorer), hvor man fastholder tilknytningen af en ikke arbejdsduelig partner i 8 år.

Advokatomkostninger

Spørgsmålet om din klients erhvervsevnetab er forholdsvis simpelt, og kan let afprøves af Anke-nævnet for Forsikring. Det er i øvrigt kun din klients tidligere advokat, der indtil nu har skrevet et par linjer om dette spørgsmål.

Spørgsmålet om TAE-dækningens størrelse er bestemt mere komplekst, men på den anden side har kravet om TAE på 630.000 kr. oplagt ingen berettigelse, og det ligner for mig at se unødigt trætte, hvis kravet fastholdes for ankenævn eller domstole.

Der er på den baggrund ikke grundlag for dækning for advokatomkostninger i henhold til FAL § 32.3."

Klagerens advokat har i brev af 14/3 2023 til nævnet bl.a. bemærket:

"1) I forhold til klagerens påstand 1.1 om, at selskabet skal anerkende, at klageren siden 2011 har været berettiget til en årlig dækning ved tab af erhvervsevne på op til 630.000 kroner, og at sel-

skabet på dette grundlag skal genoptage behandlingen af sagen og efterbetale de manglende ydelser til klageren for perioden fra den 1. april 2014 til den 1. november 2019, skal klageren anmode nævnet om at træffe afgørelse på det foreliggende grundlag.

2) I forhold til klagerens påstand 1.2 om, at selskabet skal revurdere spørgsmålet om klagerens ret til fortsat dækning ved tab af erhvervsevne efter den 1. november 2019 med udgangspunkt i de oplysninger, som klageren indsendte i maj 2020, har selskabet nu som bilag B og C fremlagt selskabets afgørelser af 16. juni 2020 og 1. juni 2021.

Det fremgår af de to afgørelser, at selskabet ved sin afgørelse om at standse dækningen ved tab af erhvervsevne den 1. november 2019 har lagt en dækningsgivende løn på 946.615 kroner til grund. Endvidere har selskabet lagt til grund, at klagerens beskattede arbejdsfortjeneste i 2017 androg 638.901 kroner. På denne baggrund har selskabet vurderet, at klageren ikke havde et indtægtstab på halvdelen, og at hans generelle erhvervsevne derfor ikke var nedsat i et omfang, der berettigede ham til dækning ved tab af erhvervsevne.

Det fremgår imidlertid af klagerens e-mail af 10. maj 2020 – sagens bilag 21 – hvormed klageren fremsendte spørgeskema ved fortsat tab af erhvervsevne samt økonomiske oplysninger til selskabet, at han i 2018, 2019 og 2020 ikke havde arbejdet mere end 10-12 timer ugentligt. Endvidere oplyste klageren i tillægget til spørgeskemaet, at han ikke modtog en løn svarende til sin arbejdsindsats, men kun modtog en aftalt fast personlig løn på 30.000 kroner om måneden samt et a conto vederlag som medejer af firmaet. I tilslutning hertil anførte han specifikt, at *'Revisionspartnerskabet er således ikke oppebåret af min arbejdsindsats, men skyldes alene mit ejerskab af kapitalandele i selskabet.'*

I overensstemmelse hermed er det således klagerens synspunkt under sagen, at hans samlede indtjening hverken kan eller skal medregnes ved vurderingen af hans økonomiske erhvervsevne, eftersom kun en mindre del heraf udgjorde løn for den af ham erlagte arbejdsindsats, og eftersom størstedelen af beløbet blev udbetalt til ham som følge af hans formelle ejerskab af kapitalandele. Korrigeret herfor har klagerens relevante indtjening, – afledt af hans resterhvervsevne og arbejdsindsats – reelt udgjort mindre end halvdelen af den dækningsgivende løn. Som følge heraf har (også) opfyldt forsikringens økonomiske kriterium for fortsat dækning ved tab af erhvervsevne efter den 1. november 2019.

Synspunktet accentueres af, at en revisionsmæssig gennemgang netop har vist, at klagerens kompagnon skal foretage ganske betydelige afskrivninger på igangværende arbejder og har betydelige tab på debitorer for årene 2017-2022. Virksomhedens indtjening for årene 2017-2022 har derfor reelt været betydelige lavere end klageren og hans revisor tidligere har oplyst til selskabet og lavere end selskabet har lagt til grund for vurderingen af, at klageren siden den 1. november 2019 ikke har opfyldt forsikringens økonomiske kriterium.

3) Hvad angår selskabets bemærkning i duplikken om, at *'Klagerens advokat med den valgte klagefremgangsmåde tilstræber at 'flytte' sit arbejde med ankenævnsagen tidsmæssigt frem forud for ankenævnsagen'*, bemærker klageren, at selskabet har misforstået klagerens hensigter og fremgangsmåde.

Baggrunden for den af klageren valgte fremgangsmåde med først at fremsende et udkast til klageskrift til selskabet, inden sagens indbringelse for ankenævnet, har været at spare ressourcer. Det

Ankenævnet for Forsikring

13.

98692

ville nemlig medføre et ganske betydeligt dobbeltarbejde, hvis klageren først skulle udarbejde en omfattende og detaljeret klage til selskabet og derefter skulle starte forfra med at udarbejde en selvstændig klage til Ankenævnet for Forsikring. Dertil kommer, at det kun meget sjældent 'nytter' at klage til selskabet, og at der – set fra klagerside – derfor gælder en formodning for, at sagen ender med at skulle indbringes for ankenævnet.

Selskabets mistænkeliggørelse af baggrunden for den af undertegnede valgte fremgangsmåde er derfor uberettiget."

Selskabet har i brev af 22/3 2023 til nævnet bl.a. bemærket:

"Klagerens Processkrift I giver alene anledning til den bemærkning, dels at der ikke ved klagerens indtjeningsopgørelse skal tages hensyn til den af klager hævdede opdeling af indtjeningen mellem 'fast løn' og 'a conto vederlag som medejer', dels at der hverken er dokumentation for, at klagers revisionsfirma 2017-2022 har indtjent mindre end tidligere oplyst af klager, eller at en sådan nedgang skulle have en relevant sammenhæng med klagerens personlige indtjeningsforhold."

Nævnets sekretariat har den 17/5 2023 til selskabet bl.a. anført:

"Selskabet bedes fremsende uddybende oplysninger om klagerens arbejdsindtægt for årene 2018-2022, herunder klagerens lønindkomst, løntilskud, samt udbytte og/eller opsparet overskud i virksomheden.

Vi har i sagen modtaget opgørelse af arbejdsfortjeneste for regnskabsåret 2017. Selskabet bedes ligeledes fremsende opgørelse af arbejdsfortjeneste for regnskabsårene 2018, 2019, 2020, 2021 og 2022. Såfremt selskabet ikke er i besiddelse af disse, bedes selskabet indhente disse fra klageren. Selskabet bedes forholde sig til disse opgørelser i sit svar til Ankenævnet.

Selskabet bedes redegøre for, hvilken sammenligningsløn selskabet har taget udgangspunkt i, og hvorfor denne er sammenlignelig med klagerens. Selskabet bedes fremsende lønstatistikker eller anden dokumentation herfor."

Hertil har selskabet i brev af 9/6 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Danica har i denne sag anlagt den betragtning, at klagerens faktiske pensionsgivende løn forud for sygdomsmeldingen i 2014 modsvarer, hvad der er normalt at tjene for tilsvarende raske personer.

Som det fremgår af sagens Bilag 25 (selskabets svarskrift) var lønnen 600.000 kr. i 2007, kortvarigt 480.000 kr. i 2009, 720.000 kr. i 2010 og 900.000 kr. i 2014.

Det er e.o. ikke selskabets opgave at bevise, hvorvidt sidstnævnte beløb på 900.000 kr. afviger fra hvad, man måtte mene at kunne udlede fra diverse lønstatistikker. Som det fremgår af Bilag B pristalsregulerer Danica 'normlønnen'. Vi benytter nettoprisindekset, hvorefter sammenligningsbeløbet pr. 1. november 2019 blev opskrevet til 946.615 kr.

Det fremgår også af Bilag 25, at Danica gentagne gange siden 2018 har anmodet klageren om at dokumentere sine indtægtsforhold. Vi har imidlertid aldrig modtaget andet, end det der fremgår af Bilag 21, dvs. en indtjening i 2017 på kr. 638.901.

Jeg vurderer, at vi nok havde hørt fra klager eller dennes advokat, hvis indtægterne de følgende år 2018-22 var markant lavere, og at der ville være fremlagt dokumentation, hvis klagers indtjening 2017-22 som følge af helbredsmæssige forhold reelt skulle reduceres med diverse afskrivninger i revisionsvirksomheden.

Danica vil selvfølgelig revurdere den økonomiske erhvervsevnetabsberegning, hvis klageren fremlægger ny økonomisk dokumentation. Men det er klageren, der skal føre bevis for, at hans faktiske indtjening 2018-23 har været mindre end 50 % af 'normlønnen'."

Klagerens advokat har den 6/11 2023 til nævnet bl.a. bemærket:

"Klager har tidligere oplyst at: '... en revisionsmæssig gennemgang netop har vist, at klagerens kompagnon skal foretage ganske betydelige afskrivninger på igangværende arbejder og har betydelige tab på debitorer for årene 2017-2022. Virksomhedens indtjening for årene 2017-2022 har derfor reelt været betydelige lavere end klageren og hans revisor tidligere har oplyst til selskabet og lavere end selskabet har lagt til grund for vurderingen af, at klageren siden den 1. november 2019 ikke har opfyldt forsikringens økonomiske kriterium.'"

Der pågår stadig undersøgelser og der udestår en uenighed med klagers kompagnon om den endelige regnskabsmæssige opgørelse for de pågældende år. Det er forhåbningen, at der findes en afklaringen indenfor rimelig tid.

Disse undersøgelser ændrer dog ikke ved klagers hovedsynspunkt om, at det afgørende er, at klager alene har arbejdet 10-12 timer ugentligt med en fast løn på 30.000 pr. måned jf. tillige proceskrift I af 14. marts 2023.

På grund af uenighed med klagers tidligere kompagnon har det ikke været muligt at afslutte den endelige regnskabsmæssige opgørelse af årene 2017-2022. Som anført er dette dog også uden afgørende betydning.

Klagers erhvervsevne har været og er nedsat til en indsats svarende til 10-12 timers ugentligt og den faste lønindtægt er det afgørende parameter, der afspejler hans helbredsmæssige tilstand."

Af brev af 29/5 2024 fra klagerens advokat til nævnet fremgår bl.a.:

"Idet jeg jenviser til klageskriftet, og den deri nedlagte subsidiære påstand om dækning fra 1. november 2019, fremlægges, som **bilag 26-29**, regnskaber for [revisionsfirma] som klager var med-ejer af.

Det regnskabsmæssige resultat fordeler sig således over årene 2017 til 2022:

2017/2018: kr. 1.301.396

2018/2019: kr. 1.262.322

2019/2020: kr. 735.632

2020/2021: kr. 605.443

Ankenævnet for Forsikring

15.

98692

2021/2022: kr. 332.980

Som det fremgår, er resultatet beskedent og nedadgående over årene.

Den væsentligste omkostning er personaleomkostninger, hvoraf klageren udgør den ene af 7 ansatte til den tidligere oplyste løn kr. 30.000 brutto. pr. måned.

Som dokumentation for klagers lønindtægter fremlægges lønsedler for 2017 til 2022, **bilag 30-35**.

Der gøres opmærksom på, at lønseddel for januar måned 2022 indeholder et tillæg på kr. 100.000 før skat, for februar måned 2022 er der et tillæg på kr. 200.000 før skat, for marts måned 2022 er der et tillæg på kr. 200.000 før skat, samt for april måned 2022 er der et tillæg på kr. 145.657 før skat. Disse tillæg er udligning/betaling af en gammel, skyldig løn til klager som vedrørende året 2013 og tidligere. Der blev på daværende tidspunkt opgjort en skyldig løn til klager, grundet [omstændigheder] tilbage i året 2013. ...

Som **bilag 36** fremlægges en kopi af opgørelse over skyldig løn pr. 30. juni 2021 fra [revisionsfirma]. I opgørelsen fremgår linjen '*Skyldig løn [klageren], jf. regnskabsåret 2013/14 samt beregnet forrentning m.v. 645.657,08.*' Der stemmer overens med de fremlagte lønsedler. Tillæggene var således enkeltstående efterbetalinger.

Endvidere fremlægges kopi af specifikation til årsrapporten 2020/2021 vedrørende skyldig løn til alle medarbejdere inkl. klageren, **bilag 37**.

Fra og med 2023 har klager været ansat i [andet revisorfirma]."

I brev af 26/6 2024 fra selskabet til nævnet hedder det bl.a.:

"Indledningsvis skal det konstateres, at klager har forhalet sagen siden juni 2023, og at alle de netop fremlagte Bilag 26-37 reelt kunne og burde være fremlagt allerede i forbindelse med sagsanlægget i september 2022.

Det kan desuden konstateres, at der ikke har været belæg for klagers påstand - senest fremført af klagers advokat 6. november 2023 - om at regnskabsresultaterne for klagers 50 % ejede revisionsvirksomhed i perioden fra 2017 og fremefter skulle nedskrives grundet afskrivninger på igangværende arbejder og debitorer.

Regnskabsoplysningerne bekræfter selskabets formodning, jf. Bilag 25 side 4, om, at TAE-udbetalingen kunne og burde være stoppet på et langt tidligere tidspunkt end 1. november 2019.

Nu ved vi følgende om klagers faktiske indtægtsforhold:

1. juli 2017 - 30. juni 2018, Bilag 26

Løn 360.000 kr. og arbejdsbetinget overskud 521.183 (beregnet som 50 % af resultatet før finansielle poster). I alt **kr. 881.183**, hvortil skal lægges klagers eventuelle andel af virksomhedens pensionsbidrag på kr. 276.979.

1. juli 2018 - 30. juni 2019, Bilag 27

Ankenævnet *for* Forsikring

16.

98692

Løn 360.000 kr. og arbejdsbetinget overskud 472.652 (beregnet som 50 % af resultatet før finansielle poster). I alt **kr. 832.652**, hvortil skal lægges klagers eventuelle andel af virksomhedens pensionsbidrag på kr. 981.723.

Ankenævnet for Forsikring

17.

98692

1. juli 2019 - 30. juni 2020, Bilag 28

Løn 360.000 kr. og arbejdsbetinget overskud 281.162 (beregnet som 50 % af resultatet før finansielle poster). I alt **kr. 641.162**, hvortil skal lægges klagers eventuelle andel af virksomhedens pensionsbidrag på kr. 810.160.

Hvis klager - bortset fra at fastholde sit allerede fremsatte anbringende om, at virksomhedsindtjeningen ikke skal tælles med i opgørelsen af det økonomiske erhvervsevnetab - vil bestride denne talopgørelse, skal jeg **opfordre** klager til at fremlægge sin skattemappe for årene 2017-2020, så det bl.a. vil kunne dokumenteres, hvilke pensionsbidrag, klager har indbetalt.

Efterfølgende regnskaber er uden relevans, da klagers forsikring, jf. Bilag 25 side 4, pr. 14. maj 2020 grundet præmierestance er omskrevet til fripolice uden ret til TAE eller præmiefritagelse.

Det er derfor uden betydning, at klagers advokat ikke har fremlagt virksomhedens regnskab for 1. juli 2021 - 30. juni 2022.

Og det spiller heller ingen rolle, hvad klager har tjent siden 1. juli 2022, om end det forekommer bemærkelsesværdigt, at det en passant anføres i processkriftet, at klager er indtrådt i et nyt ansættelsesforhold fra og med 2023 - uden et ord om, hvad lønnen er, og om klager derudover fortsat oppebærer løn eller anden indtægt fra sin egen virksomhed."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Af udskrift af 14/11 2007 fra netpension vedrørende pensionsordning -6830 fremgår bl.a.:

Forsikringsnr.: [REDACTED] 6830 - Pensionsordning, Danica Link

Forsikrede	[REDACTED]
Pension gennem	
Pensionsbestemmende løn	600.000,00 kroner
Pensionsbidrag	9,0 procent

...

	Dækninger	Pct. af løn	Udbetaling i kroner
☛	Dækning ved tab af erhvervsevne den 01.11.2007		
	Årlig udbetaling efter 3 måneder, længst til [REDACTED]		420.000

Af selskabets brev af 11/11 2010 fremgår bl.a.:

"Forhøjelse af indbetalingen til din pensionsordning

I forbindelse med at du er steget i løn, er indbetalingen til din pensionsordning blevet større. Samtidig bliver de forsikringer, der relaterer til din løn, også forhøjet.

Fordi en højere løn øger vores risiko, skal vi have nye oplysninger om dit helbred. Jeg sender derfor en helbredserklæring, som du skal udfylde og sende tilbage til mig i vedlagte svarkuvert. Husk at datere og underskrive alle delene af erklæringen.

Ankenævnet for Forsikring

18.

98692

Jeg kan se, at du har benyttet din sundhedssikring på grund af hoved- og nakkegener og psykisk lidelse, og derfor sender jeg også

- et spørgeskema vedrørende nakke- og ryglidelser
- et spørgeskema vedrørende hovedpine og svimmelhed
- et spørgeskema vedrørende nervøsitet, stress, angst, depression og psykiske sygdomme

Skemaerne skal du udfylde og sende til mig sammen med helbredserklæringen.

Jeg sender også en helbredsattest, som vi skal bruge på grund af størrelsen af din dækning ved tab af erhvervsevne. Attesten beder jeg dig tage med til din læge sammen med svarkuerten - vi betaler naturligvis din læges honorar.

Jeg beder dig sørge for, at vi får oplysningerne inden den 6. december 2010.

Du skal være opmærksom på, at hvis vi ikke får helbredsoplysningerne, opretter vi en ny pension til dig, så du fremover har to pensionsordninger. Den nye ordning vil blive oprettet uden fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse)."

Af helbredserklæring underskrevet af klageren den 1/12 2010 fremgår bl.a.:

1.	
Har du inden for de sidste 5 år konsulteret, været undersøgt eller behandlet hos: læge, speciallæge, psykiater, psykolog, psykoterapeut, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, herunder alternativ behandler?	Nej Ja Hvis ja: Udfyldes her. Ved pladmangel bruges et ekstra ark. ☐ ☒ Behandler: _____ Navn _____ Adresse _____ For hvad? _____ Hvornår? _____ Måned/år _____ Har du følger/gener? ☐ Nej ☐ Ja, hvilke? _____
NB: Understreg de benyttede behandlere. <i>Se vedhæftede tillæg</i>	
2.	
a. Har du indenfor de sidste 5 år været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus/hospital/privat klinik, laboratorium, ambulatorium eller andet behandlingssted - herunder røntgenklinik eller fysiurgisk klinik?	Nej Ja Hvis ja: Udfyldes her. ☐ ☒ Hvor? _____ For hvad? _____ Hvornår? _____ Måned/år _____ Har du følger/gener? ☐ Nej ☐ Ja, hvilke? _____
<i>Se vedhæftede tillæg</i>	

...

Ankenævnet for Forsikring

19.

98692

4.

a. Er du blevet indstillet til eller ansat i fleksjob, under revalidering, under forrevalidering, under arbejdsprøvning, ansat på nedsat tid af helbredsmæssige årsager, eller er der indgået en særlig aftale med din arbejdsgiver og det offentlige med hensyn til dagpengeforpligtelsen? b. Er du indstillet til eller får du offentlig pension, anden pension eller invaliditetsydelse fra det offentlige på grund af dit helbred? c. Er du fuldt arbejdsdygtig? (Hvis du er fuldstændig arbejdsdygtig, kan du udføre dit job på normale vilkår på samme måde som andre i tilsvarende job)	Nej Ja Hvis nej ☒ ☐ Hvis ja, siden hvornår? _____ Måned/år Årsag? _____ ☒ ☐ Hvis ja, siden hvornår? _____ Måned/år Årsag? _____ ☐ ☒ Hvis nej, hvorfor ikke? _____
--	--

Af spørgeskema om hovedpine og svimmelhed underskrevet af klageren den 20/12 2020 fremgår bl.a.:

1.

Har du eller har du tidligere haft tilbagevendende hovedpine?	Nej Ja Hvis ja, hvilken type hovedpine? ☒ ☐ ☐ Migræne uden aura
---	---

...

5.

Har du anfald af svimmelhed (balanceforstyrrelser)?	Nej Ja Hvis ja, af hvilken årsag? ☐ ☒ Påvirkning af balancenerven (f.eks. virus) ☐ Høretab (evt. med øresusen) ☐ Muskelspændinger ☒ Stress, uro, angst, nedtrykthed. ☐ Andet/ved ikke: _____ Hvornår var første tilfælde? <u>Maj/Juni 2008</u> Måned/år Hvornår var seneste tilfælde? <u>Maj/Juni 2008</u> Måned/år
---	---

...

6.

Har du haft svimmelhedsanfald: For mere end 3 år siden? For mellem 1 til og med 3 år siden? Inden for det sidste år?	Nej Ja Hvis ja: ☐ ☐ Hvor mange gange/år? _____ ☐ ☒ Hvor mange gange/år? <u>1 gang, år 2008</u> ☐ ☐ Dagligt ☐ Månedligt ☐ Ugentligt ☐ Sjældnere: _____ Antal
--	--

a. Har du været uarbejdsdygtig pga. hovedpine eller svimmelhed? b. Er du påvirket af hovedpine eller svimmelhed i det daglige arbejde?	Nej Ja Hvis ja: ☐ ☒ I hvilke perioder <u>Maj/Juni 2008</u> Måned/år Hvor længe pr. gang? <u>14 dage sid</u> Antal dage/uger ☒ ☐ Dagligt ☐ Månedligt Antal dage/måneder
--	---

Ankenævnet for Forsikring

20.

98692

Af spørgeskema om nakke- og ryglidelser underskrevet af klageren den 20/12 2010 fremgår bl.a.:

1.	
Har du eller har du haft ondt i nakken eller gener fra nakken i f.eks. skulder, hoved eller arm? <i>Hvis du svarer nej, gå videre til spørgsmål 5.</i>	Nej Ja Hvis ja, hvilke nakkegener? ☐ ☒ Muskelspændinger/træthed ☐ Hold i nakken ☐ Smerter med udstråling til armen ☐ Diskusprolaps ☐ Whip-lash (piskesmæld) ☐ Andet: _____ Hvornår var første periode? <u>Maj 2008</u> Måned/år Hvornår var sidste periode? <u>Juni 2008</u> Måned/år
2.	
Har du haft nakkegener: For mere end 7 år siden? Fra 4 til og med 7 år siden? Fra 1 til og med 3 år siden? Indenfor det sidste år?	Nej Ja Hvis ja: ☒ ☐ Hvor mange perioder i alt? _____ ☒ ☐ Hvor mange perioder i alt? _____ ☐ ☒ Hvor mange perioder i alt? <u>1-2 perioder</u> ☒ ☐ Hvor mange perioder i alt? _____

Af spørgeskema om nervøsitet, stress, angst, depression og andre psykiske tilstande underskrevet af klageren den 20/12 2010 fremgår bl.a.:

1.	
Beskriv dine symptomer og din situation med egne ord:	<u>Se venligst vedhæftede tilleg!</u>
...	
2.	
Har du eller har du haft symptomer som:	Nej Ja Hvis ja:
a. Stress eller udbrændthed?	☐ ☒ Hvornår senest? <u>Sommeren 2010</u>
b. Nervøsitet (anspændthed) eller angst (frygt)?	☐ ☒ Hvornår senest? <u>Sommeren 2010</u>
c. Nedtrykthed (tristhed) eller depression?	☐ ☒ Hvornår senest? <u>Sommeren 2010</u>
d. Følelsesmæssige reaktioner i forbindelse med krise, sorg eller anden svær belastningssituation?	☐ ☒ Hvornår senest? <u>Sommeren 2010</u>
e. Spisevægring, spisetrang eller overdreven fysisk træning?	☒ ☐ Hvornår senest? _____
...	

Ankenævnet for Forsikring

21.

98692

3.

	Nej	Ja	Hvis ja:
Har du haft symptomer på psykisk tilstand, herunder de symptomer, der er nævnt i spørgsmål 2, i en periode på 14 dage eller mere:			
a. Inden for det seneste år?	☐	☒	Hvor ofte og hvor længe? <u>Siden sommeren 2010</u> Har du været uarbejdsdygtig i perioden? ☐ Nej ☒ Ja, hvor længe? <u>4-5 uger</u> Antal uger i alt
b. For mellem 1 og 3 år siden?	☐	☒	Hvor ofte og hvor længe? <u>Efteråret 2008, 12-13 uger</u> <u>4. anmeldelse heran</u> Har du været uarbejdsdygtig i perioden? ☒ Nej ☐ Ja, hvor længe? Antal uger i alt
c. For mellem 4 og 5 år siden?	☒	☐	Hvor ofte og hvor længe? Har du været uarbejdsdygtig i perioden? ☐ Nej ☐ Ja, hvor længe? Antal uger i alt
d. For 6 eller flere år siden?	☒	☐	Hvor ofte og hvor længe? Har du været uarbejdsdygtig i perioden? ☐ Nej ☐ Ja, hvor længe?

4.

	Nej	Ja	Hvis Ja
Har du indenfor det seneste år haft:			
a. Koncentrations- eller hukommelsesproblemer og udtalt træthed?	☐	☒	☒ Dagligt ☐ Ugentligt ☐ Månedligt ☐ Sjældnere
b. Søvnbesvær, som fx problemer med at falde i søvn, afbrudt søvn, vågner tidligt?	☐	☒	☒ Dagligt ☐ Ugentligt ☐ Månedligt ☐ Sjældnere
c. Har du fysiske gener i form af mave-tarm gener, brystsmærter, muskelspændinger, hovedpine mv.?	☐	☒	☐ Dagligt ☒ Ugentligt ☐ Månedligt ☐ Sjældnere
NB: Understreg de symptomer der passer bedst på din situation.			

5.

	Nej	Ja	Hvis ja udbedes nærmere beskrivelse:
Påvirker (hæmmer eller begrænser) symptomerne dig:			
a. I forbindelse med arbejdet?	☐	☒	Hvordan? <u>Ja, træthed</u>
b. I dagligdagen i øvrigt?	☐	☒	Hvordan? <u>Ja, træthed</u>

6.

	Nej	Ja	Hvis ja:
Har du konsulteret eller er du blevet behandlet af:			<u>Se vedhæftede bilag og tidligere anmeldelse heran.</u>
a. Egen læge?	☐	☒	Hvem? <u>...</u> Navn/adresse I hvilke perioder? <u>...</u>

7.

	Nej	Ja	Hvis ja:
Bliver du eller er du blevet behandlet for symptomerne:			<u>Se vedhæftede bilag og tidligere anmeldelse heran.</u>
a. Med medicin?	☐	☐	Hvilke præparater? <u>...</u> I hvilke perioder? <u>...</u> Måned/år Med hvilken virkning? <u>...</u>

Ankenævnet for Forsikring

22.

98692

8.	
Har du været undersøgt, behandlet eller indlagt på sygehus, hospital, ambulatorium eller andet behandlingssted på grund af symptomerne?	Nej Ja ☐ ☐
Hvis ja: <u>Se vedhæftede bilag og tidligere anmeldelse heran.</u>	
Hvor? _____ Navn og adresse	
I hvilke perioder? _____ Måned/år	

9.	
Har du fået oplyst navnet (diagnosen) på tilstanden af en læge, psykolog eller psykiater?	Nej Ja ☐ ☒
Hvis ja: Angiv navn/diagnose på tilstanden <u>Depression</u>	

...

11.	
e. Har du eller har du haft tanker om at begå selvmord?	Nej Ja ☐ ☒
Hvis ja: <u>Sommeren 2010</u> Måned/år	
f. Har du forsøgt at begå selvmord?	☒ ☐
Hvis ja: _____ Måned/år	

Af klagerens uddybende redegørelse af 20/12 2010 fremgår bl.a.:

"Uddybende redegørelse til helbredserklæring 2 - Danica Pension 20. december 2010

Ad punkt 1 og 2

Siden min uddybende redegørelse til helbredserklæring af 15. januar 2006 samt 7. juli 2002 jf. nedenfor, har jeg konsulteret følgende personer grundet følgende årsager:

- Min læge, grundet stress og begyndende mavesår.
- Psykologbehandling grundet samlivsproblemer og arbejdsrelaterede partnerskabsproblemer.
- Diverse massører, grundet kramper og uro i mine ben.
- Konsultation hos læge og Privathospitalet ... grundet myoser i nakken samt jeg pludselig (kortvarigt) faldt om på arbejdet - tilsyneladende grundet arbejdspress.
- Stor helbredsundersøgelse på Privathospitalet ...

Uddybende bemærkninger til HPS12 og PYS.28 af 20. december 2010

Ad punkt 1

I sommeren 2010 følte jeg mig stresset, udbrændt og trist. Orkede ingenting og kunne ikke sove om natten. Kontaktede min læge som konstaterede at jeg havde en depression. Jeg er i medicinsk behandling og jævnlige (14-dages) konsultationer/samtaler hos min læge.

Uddybende redegørelse 15. januar 2006

Ad punkt 1 og 2

Siden min uddybende redegørelse til helbredserklæring af 7. juli 2002, har jeg konsulteret følgende personer grundet følgende årsager:

- Min læge, grundet begyndende mavesår.
- Diverse massører, grundet kramper og uro i mine ben.

Uddybende redegørelse 7. juli 2002

Ad punkt 1 og 2

Inden for de sidste 5 år har jeg været i behandling hos psykolog grundet samlivsproblemer med min tidligere samlever. Behandlingen herfor stoppede for ca. 2 års tid siden og stod på et par måneder.

Ankenævnet for Forsikring

23.

98692

Endvidere har jeg været til behandling hos min læge samt fysioterapeut, grundet kramper m.m. i mine ben. Jeg har også haft samtaler m.m. med min læge grundet til tider meget stærk kvalme og synkebesvær. Endelig har jeg for nogle år tilbage været til røntgenundersøgelser på ... Sygehus, hvor jeg blev undersøgt for mit spiserør m.m. grundet irritation med hensyn til synkeproblemer.

Endelig har jeg indenfor de seneste 5 år gået til en slags helse, hvor jeg fik masseret mine ben m.m."

Af mail af 1/2 2011 fra selskabets chefrådgiver fremgår bl.a.:

"Tak for et godt møde i sidste uge, som lovet får du en opfølgning.

Forsikring

Vi har aftalt at du ønsker en dækning på 70 % af din løn på 900.000 hvis du mister din evne til at arbejde, - svarende til 630.000 kr. Hvis du sætter din indbetaling på 9 % af 900.000, eller månedlig indbetaling på 6.750 i alt, retter vi dækningen til.

Du har fået helbredsattest og erklæring som du bedes udfylde."

Af selskabets brev af 5/4 2011 fremgår bl.a.:

"Vi mangler oplysninger

Jeg skriver til dig, fordi vi ikke har fået de oplysninger, vi bad dig om den 11. november 2010. Derfor beder jeg dig nu sørge for, at vi får spørgeskemaerne, helbredserklæringen og helbredsattesten inden den 21. april 2011, så vi kan komme videre i sagen."

Af selskabets brev af 9/5 2011 fremgår bl.a.:

"Manglende svar

Den 11. november 2010 sendte vi dig to spørgeskemaer, en helbredserklæring 2 og en helbredsattest. Da vi endnu ikke har hørt fra dig, minder jeg dig om dette. Vi kan ikke komme videre i sagen, for vi har hørt fra dig, så jeg beder dig svare inden den 24. maj 2011.

Hører jeg ikke fra dig, annullerer jeg din begæring om ændringen, og din nuværende pensionsordning fortsætter uændret."

Af selskabets brev af 17/8 2011 vedlagt kort overblik og dækningsoversigt for ordning -6830 fremgår bl.a.:

"Ændring af din Danica Link-pension

Vi har ændret din pensionsordning fra 1. august 2011.

Derfor får du her

- et kort overblik (resume) over pensionsordningen
- en dækningsoversigt, der uddybende beskriver, hvad pensionsordningen indeholder

...

Ankenævnet for Forsikring

24.

98692

Forsikringstager/Forsikrede
Pension gennem
Pensionsbestemmende løn 480.000,00 kroner
Indbetaling i procent af løn 9,0 procent

Hvis du mister din erhvervsevne

	Procent af løn	Udbetaling i kroner
Årlig udbetaling		
Hvis din erhvervsevne bliver nedsat med mindst halvdelen som følge af sygdom eller ulykke, udbetaler vi årligt	70,0	336.000
Udbetalingen begynder tidligst 3 måneder efter, at erhvervsevnen er sat ned, og varer længst til		
Dækningen er en skadeforsikring i livsforsikringsselskabet. I forsikringsbetingelserne kan du se, hvad dette betyder for dækningen.		
Den samlede årlige dækning ved tab af erhvervsevne er 70,0 procent af den pensionsbestemmende løn.		
Udbetaling ved tab af erhvervsevne sker til arbejdsgiveren, så længe du er ansat og modtager din hidtidige løn.		
Fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse)		
Hvis din erhvervsevne bliver nedsat med mindst halvdelen inden 01.06.2030, bliver du efter tre måneder fritaget for at indbetale til pensionsordningen. Din pensionsordning fortsætter, som om du stadig indbetalte til den.		
Fritagelse for indbetaling gælder ikke for indbetalinger til de dækninger, som Forenede Gruppeliv administrerer.		

Af selskabets brev af 17/8 2011 ved lagt kort overblik og dækningsoversigt for ordning -3816 fremgår bl.a.:

"Din Danica Link-pension

Vi har oprettet din pensionsordning fra 1. august 2011.

Derfor får du her

- et kort overblik (resume) over pensionsordningen
- en dækningsoversigt, der uddybende beskriver, hvad pensionsordningen indeholder
- forsikringsbetingelser og investeringsbetingelser for Danica Link

...

Hvis du mister din erhvervsevne

Fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse)

Du skal stadig indbetale til pensionsordningen, selvom din erhvervsevne bliver sat ned.

Selskabet har i brev af 30/6 2014 til klageren bl.a. anført:

"Behandling af din anmeldelse

...

Ankenævnet for Forsikring

25.

98692

Jeg er glad for at kunne fortælle dig, at du har ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse) fra karenperiodens ophør den 1. april 2014 og foreløbig til den 1. november 2014.

Vi har vurderet din erhvervsevne ud fra dit erhverv som revisor. Hvis du fortsætter med at være sygemeldt, vil vi på et tidspunkt vurdere din generelle erhvervsevne. Det vil sige, at vi vurderer din erhvervsevne i ethvert erhverv og ikke kun i forhold til dit erhverv som revisor.

Udbetaling ved tab af erhvervsevne

Den månedlige udbetaling er 28.000,00 kroner før skat.

Udbetalingen sker til [revisionsfirma], så længe du stadig er ansat og får løn."

I brev af 23/11 2018 fra selskabet til klageren hedder det bl.a.:

"Udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling

Du har i en periode fået udbetaling ved tab af erhvervsevne og været fritaget for indbetaling, og vi skal nu vurdere, om dette skal fortsætte. I den forbindelse har vi brug for dokumentation fra dig, så vi kan vurdere, om du fortsat er berettiget.

Jeg beder dig derfor udfylde spørgeskemaet samt samtykkeerklæringen.

...

For at kunne opgøre din nuværende arbejdsfortjeneste, og om du har en indtægtsnedgang, beder jeg dig udfylde vedlagte skema med en revisorpåtegning og kopi af din årsopgørelse for 2017. Danica Pension betaler for revisorpåtegningen."

Klageren har den 23/12 2018 til selskabet bl.a. bemærket:

"Jeg skal nok få fremsendt de ønskede oplysninger til dig, men jeg er pt. ramt af sygdom/depression, og magter ikke lige nu at få det ordnet.

Jeg vil i januar måned 2019 vende tilbage til dig, men forinden ville det være en stor hjælp for mig, om du kunne fremsende mig de oplysninger og informationer, herunder al korrespondance, noter m.m. som I registreret vedrørende mig.

...

Jeg ville være meget glad for at al fremtidig korrespondance kunne ske til mine-boks."

Af selskabets brev af 4/6 2019 til klageren fremgår bl.a.:

"Anmodning om oplysninger

...

Jeg sender dig som lovet en kopi af de oplysninger, vi har modtaget og indhentet i din sag vedrørende tab af erhvervsevne.

Desuden minder jeg dig om at sende os de oplysninger, vi har bedt om i vores brev af 23. november 2018. Vi skal modtage oplysningerne senest 1. juli 2019."

Ankenævnet for Forsikring

26.

98692

Selskabet har i brev af 6/3 2020 til klageren bl.a. anført:

"Stop af udbetaling af tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling.

I henhold til tidligere mail og breve har vi ikke modtaget de ubedte oplysninger fra dig.

Det betyder, at du ikke længere er fritaget for indbetaling, og at udbetalingen ved tab af erhvervsevne stopper den 1. november 2019. Fra den 1. november 2019 skal du igen betale til din forsikring."

Klageren har den 10/5 2020 til selskabet bl.a. anført:

"Hermed fremsendes diverse adspurgte dokumenter og oplysninger m.m."

Af spørgeskema ved fortsat tab af erhvervsevne underskrevet af klageren den 7/5 2020 fremgår bl.a.:

1.	Lider du stadig af den anmeldte lidelse?	☒ Ja
2.	Hvordan er din helbredstilstand i forhold til ved sidst besvarede skema?	☐ Bedret ☒ Uforandret ☐ Forværret
3.	Mener du dig fortsat berettiget til udbetaling ved tab af erhvervsevne og/eller præmiefritagelse?	Nej ☐ Ja ☒
4.	Er du fuldstændig uarbejdsdygtig?	Nej ☒ Ja ☐ Hvis nej: <i>Se venligst bilag.</i> Hvornår er du begyndt at tage del i arbejdet? Fra den _____ Antal timer ugentlig _____
5.	Hvilke af dine normale arbejdsfunktioner kan du ikke udføre for tiden?	<i>Jeg passer desværre fortsat ikke mine arbejdsfunktioner som reiser fuldt ud.</i>
6.	Hvilke af dine normale arbejdsfunktioner kan du udføre for tiden?	<i>Begrænset omfang af ovenstående funktioner som reiser.</i> Antal timer ugentlig <i>ca. 10-12</i>
...		
16.	Hvor stor er din arbejdsindtægt nu (for skattetræk)?	Kr. <i>30.000 ekskl. andet vederlag</i> ☐ Pr. uge ☐ Pr. 14. dag ☒ Pr. måned ☐ Pr. år
...		

Tillæg til spørgeskema ved fortsat tab af erhvervsevne

Ad punkt 4

Jeg har også arbejdet (dog visse tidspunkter uden at have arbejdet) i året 2018, 2019 og indeværende del af år 2020, dog ikke mere end 10-12 timer ugentligt.

Ad punkt 16 og 17 m.m.

Jeg oppebærer ikke nogen reel arbejdsindtægt til mit firma, svarende til den løn jeg oppebærer. Men jeg modtager personligt løn på kr. 30.000 pr. måned samt varieret a'conto vederlag som ejer

Ankenævnet for Forsikring

27.

98692

af mit firma. Resultatandel af mit ejerskab af [virksomhed] er således ikke oppebåret af min arbejdsindsats, men skyldes alene mit ejerskab af kapitalandele i selskabet."

Af opgørelse af arbejdsfortjeneste for regnskabsåret 2017 samt revisorerklæring herom fremgår bl.a.:

Arbejdsfortjeneste beskattet i selskabet	Aktuel arbejdsfortjeneste
Egen og eventuel ægtefælles ejerandel i procent 50%	
+ Selskabets skattepligtige indkomst	+ 712.646
+ Fratrukne renteudgifter og kurstab	+ 140.942
+ Overførte underskud fra tidligere år	+ 0
+ Andre udgifter, der ikke vedrører selskabets primære drift	+ 0
- Renteindtægter og kursgevinster	- 352.842
- Skattepligtig del af udbytteindtægter	- 0
- Andre indtægter, der ikke vedrører selskabets primære drift	- 0
I alt x egen og eventuel ægtefælles ejerandel i procent	495.746
Hvis der er medejende ægtefælle med hovedbeskæftigelse i virksomheden, så del resultatet med to	= 247.873

Personligt beskattet arbejdsfortjeneste	362.700
Lon inkl. evt. pensionsbidrag	
+ Bestyrelses honorar og tantieme	+ 0
+ Andre skattepligtige ydelser fra selskabet, fx fri bil	+ 28.328
+ Tilskud til selvstændigt erhvervsdrivende med varigt nedsat arbejdsevne	+ 0
I alt	= 391.028

I alt Arbejdsfortjeneste beskattet i selskabet + Personlig beskattet arbejdsfortjeneste	= 638.901
--	------------------

...

Revisors erklæring om opgørelse af arbejdsfortjeneste

Til Danica

Vi har gennemgået skema til opgørelse af arbejdsfortjeneste (selvstændig virksomhed i selskabsform), for indkomståret 2017 indeholdende skattepligtig andel af resultatandele i CVR-nr. ... [revisionsfirma]."

Selskabet har i brev af 16/6 2020 til klageren bl.a. anført:

"Med henvisning til vores brev af den 23. marts 2018, hvor vi oplyste at du opfylder de helbreds-mæssige betingelser for fortsat udbetaling og fritagelse for indbetaling, skal vi også vurdere om du indkomstmæssigt opfylder betingelserne.

For, at du fortsat er berettiget til udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling skal du have et indtægtstab på mindst halvdelen.

Vi har anmodet om, at få oplysninger om din indkomst den 23. november 2018, så vi kunne foretage en vurdering af dine indkomstmæssige forhold. Vi modtog imidlertid ikke de ønskede oplysninger førend nu i 2020. Det har betydet, at vi den 1. november 2019 stoppede din udbetaling og fritagelse for indbetaling.

Når vi skal vurdere din indkomst har vi taget udgangspunkt den løn du i anmeldelsen ved tab af erhvervsevne har oplyst os om. Tilbage i 2014 var din månedsløn på 75.000 kroner (årlig 900.000 kr.). Vi har reguleret denne løn til 76.753 kroner pr. den 1. januar 2017 (årlig til 921.031 kr.) og 78.885 kroner om måneden fra den 1. november 2019 (årlig 946.615 kr.).

Vi har fra din revisor fået oplyst, at din personlige beskattede arbejdsfortjeneste i 2017 var 638.901 kroner årligt.

På baggrund af de modtagne oplysninger vurderer vi, at du ikke har et indtægtstab på halvdelen, og at din generelle erhvervsevne af denne grund ikke er nedsat i et omfang, der berettiger til udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling.

Hvis du mener, at du fortsat har ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling skal du sende dokumentation for, at din indkomst er nedsat med mindst halvdelen.

Modtager vi ny dokumentation fra dig, vurderer vi igen, om din indkomst er tilstrækkeligt nedsat.

For meget udbetalt tab af erhvervsevne

Vi har i den konkrete sag besluttet, at du ikke skal tilbagebetale for meget udbetalt tab af erhvervsevne. Du skal dog være opmærksom på, at hvis det senere viser sig, at du bliver berettiget til udbetaling ved tab af erhvervsevne forbeholder vi os ret til, at modregne eventuelt for meget udbetalt tab af erhvervsevne fra tidligere år i eventuelle fremtidige udbetalinger.

I brev af 1/6 2021 fra selskabet til klagerens daværende advokat hedder det bl.a.:

"Du har henvendt dig, da du er uenig i vores vurdering af forsikredes indtjening. Forsikrede er medejer af en virksomhed, hvilken generer et overskud. Du mener i denne forbindelse, at forsikredes andel af overskuddet ikke skal medregnes som en indtjening for forsikrede. Vi bemærker i denne forbindelse, at det ikke er det faktum, at forsikrede er medejer af virksomheden, der er afgørende for vores vurdering, men det at forsikredes arbejde i virksomheden påvirker virksomhe-

Ankenævnet for Forsikring

29.

98692

dens indtjening, hvorfor overskuddet derfra kan henregnes til hans personlige indkomst. Vi henviser desuden til kendelse 89958 fra Ankenævnet for Forsikring.

På baggrund heraf fastholder vi vores afgørelse om, at forsikredes andel af virksomhedens resultat skal medtages i vurderingen af forsikredes indtjening.

Vi er enige i, at kørselsgodtgørelse ikke skal medregnes som indtjening. Dette forhold påvirker dog ikke vores afgørelse.

Det fremgår endvidere af din henvendelse, at du ikke mener vores årlige ydelser til forsikrede har været korrekte gennem årene. Jeg har vedlagt dækningsoversigten fra 1. januar 2013 i brevet. Såfremt du fortsat er uenig i ydelsens størrelse, må du vende tilbage."

Selskabet har i mail af 22/2 2022 til klagerens advokat bl.a. anført:

"Jeg har igen kontaktet vores helbredsafdeling og de fastholder at vi aldrig har modtaget helbreds-erklæringen eller spørgeskemaerne fra forsikrede. De har den 21. december 2010 noteret i vores sags system, at forsikrede har kontaktet os telefonisk, og at han ikke vil aflevere helbredsoplysninger, og at forhøjelsen derfor skal oprettes på særskilt police.

Jeg har hentet papirsagen fra vores arkiv, for at sikre mig at vi ved en fejl ikke havde fået registreret erklæringen, men hverken erklæring eller spørgeskemaer er i sagen.

Som jeg tidligere har skrevet, har vi rykket [klageren] for oplysningerne den 5. april 2011 og igen den 9. maj 2011. Der foreligger ingen henvendelser fra [klageren] i forbindelse med vores rykkelser."

Selskabet har i mail af 24/2 2022 til klagerens advokat bl.a. bemærket:

"Ja, det kan jeg godt forstå du studser over. Det er ikke et notat som umiddelbart kan ses i det skadessystem som sagsbehandlere der arbejder med tab af erhvervsevnesagerne bruger. Det kan måske virke lidt uprofessionelt, men vi er en stor forretning, og afdelingerne bruger forskellige systemer i deres daglige arbejde.

Så det er blot et internt notat som helbredsafdelingen har lavet, og det har sagsbehandleren i skadeafdelingen ikke været opmærksom på. Så det er derfor sagsbehandleren har rykket [klageren] for oplysningerne/mindet ham om vores henvendelse. Jeg har sat notatet ind her, det er fra et af vores sagssystemer, og er ikke noteret andre steder, og der er ikke givet besked til skadeafdelingen."

Forsikringsbetingelserne for ordning -6830 af 1/5 2002 indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

"Længerevarende tab af erhvervsevne

Fortsætter forsikrede med at være sygemeldt, og har forsikredes sygdomstilstand stabiliseret sig i et sådant omfang, at hans fremtidige erhvervsevne kan vurderes, foretages en vurdering af, om forsikredes erhvervsevne længerevarende er nedsat til 1/3 eller mindre, respektive til mellem 1/2 og 1/3.

...

Forsikredes erhvervsevne anses for længerevarende at være nedsat til 1/3 eller mindre, hvis han blivende ikke længere er i stand til at tjene mere end 1/3 - bedømt under hensyn til forsikredes nuværende tilstand, uddannelse og tidligere virksomhed - af, hvad der i samme egn er almindeligt for fuldt arbejdsdygtige personer af tilsvarende uddannelse og alder.

Forsikredes erhvervsevne anses for længerevarende at være nedsat til mellem 1/2 og 1/3, hvis han blivende ikke længere er i stand til at tjene mere end 1/2 - bedømt under hensyn til forsikredes nuværende tilstand, uddannelse og tidligere virksomhed - af, hvad der i samme egn er almindeligt for fuldt arbejdsdygtige personer af tilsvarende uddannelse og alder."

Af breve af 13/12 2002 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Tillæg til forsikringsbetingelserne, så længe forsikrede er ansat hos nuværende arbejdsgiver

...

Dækning ved tab af erhvervsevne

I henhold til de almindelige forsikringsbetingelser for dækning ved tab af erhvervsevne udbetales halvdelen af forsikringsydelsen ved halv uarbejdsdygtighed eller ved længerevarende nedsættelse af erhvervsevnen til mellem 1/2 og 1/3.

Dækningen ved tab af erhvervsevne udvides, således at hele forsikringsydelsen udbetales ved halv uarbejdsdygtighed eller ved længerevarende nedsættelse af erhvervsevnen til 1/2 eller mindre.

...

Præmiens betaling m.m. - Bortfald af præmiebetaling

I henhold til de almindelige forsikringsbetingelser for bortfald af præmiebetaling fritages forsikringstageren for præmiebetalingen, hvis forsikredes erhvervsevne nedsættes til 1/3 eller mindre i mere end 3 måneder.

...

Tillæg til forsikringsbetingelserne for revisorer - udelukkende med revisorarbejde

I henhold til de almindelige forsikringsbetingelser er det ved længerevarende tab af erhvervsevne forsikredes generelle erhvervsevne, der er dækket - ikke erhvervsevnen som revisor - udelukkende med revisorarbejde.

Dækningen ved længerevarende tab af erhvervsevne udvides imidlertid til at dække erhvervsevnen som revisor, hvis forsikrede på første sygedag/skadedag fortsat arbejder som revisor, og forsikrede enten er beskikket som statsautoriseret revisor (beskikkelsen må ikke være deponeret) eller er optaget i revisorregistret som registreret revisor.

...

For øvrige revisorer gælder de almindelige forsikringsbetingelser."

Af overenskomst af 22/5 2006 mellem klagerens virksomhed og selskabet fremgår bl.a.:

"§ 5 Dækningernes omfang

...

5.2 Dækning ved tab af erhvervsevne

5.2.1 Gruppeforsikring ved tab af erhvervsevne - obligatorisk

Dækningen er på 50 % af medarbejderens årlige pensionsbestemmende løn.'

5.2.2 Supplerende dækning ved tab af erhvervsevne - frivillig

Dækningen kan højst være 20 % af medarbejderens årlige pensionsbestemmende løn.

Dækningen etableres med solidarisk prisfastsættelse.

5.2.3 Betingelser for tab af erhvervsevne i hovedtræk

Den samlede dækning må ikke overstige 70 % af den pensionsbestemmende løn, og må ikke overstige 1.000.000 kr. Heri indgår alle andre tilsvarende dækninger som medarbejderen har etableret privat eller via arbejdsgiver.

Dækningen kommer til udbetaling, hvis medarbejderen inden sit fyldte 62. år på grund af sygdom eller ulykkestilfælde får nedsat sin erhvervsevne til 1/2 eller derunder af den fulde erhvervsevne i mere end 3 måneder. Retten til udbetaling skal indtræde i forsikringstiden, det vil sige i perioden fra dækningens ikrafttræden, og indtil dækningen ophører uanset årsagen til ophøret.

Dækningen udbetales månedligt forud med 1/12 af den årlige ydelse. Udbetalingen fortsætter, så længe tilstanden varer, dog længst til den 1. i måneden efter medarbejderens fyldte 62. år eller dødsfald forinden.

Udbetalingen sker til medarbejderen. Så længe medarbejderen er ansat hos arbejdsgiveren, sker udbetalingen dog til arbejdsgiveren, medmindre andet bliver aftalt. Arbejdsgiveren informerer medarbejderne om dette forbehold.

Særlige vilkår for statsautoriserede- og registrerede revisorer

I forhold til ovenstående udvides dækningen ved længerevarende tab af erhvervsevnen til at dække

erhvervsevnen som revisor, hvis medarbejderen på første sygedag/skadedag fortsat arbejder som revisor, og medarbejderen enten er beskikket som statsautoriseret revisor (beskikkelsen må ikke være deponeret) eller er optaget i revisorregistret som registreret revisor eller arbejder i den statsautoriserede eller registrerede revisorbranche som revisor - udelukkende med revisorarbejde.

I forsikringsbetingelsernes afsnit om længerevarende tab af erhvervsevne erstattes afsnit 2 og 3 af følgende:

Erhvervsevnen anses for længerevarende at være nedsat til 1/2 eller mindre, hvis medarbejderen blivende ikke længere er i stand til at tjene mere end 1/2 - bedømt under hensyn til den normale erhvervsevne for raske personer med samme alder og et arbejde, som svarer til medarbejderens: revisor - udelukkende med revisorarbejde.

...

5.7 Fritagelse for betaling af pensionsbidrag

En medarbejder, der på grund af sygdom eller ulykkestilfælde har fået nedsat sin erhvervsevne til 1/2 eller derunder af den fulde erhvervsevne, kan opnå fritagelse for betaling af pensionsbidrag (præmiefritagelse)... Præmiefritagelsen fortsætter, så længe tilstanden varer, dog længst til den 1. i måneden efter medarbejderens fyldte 62. år eller dødsfald forinden.

...

§ 6 Regulering af dækningerne

Regulering af den enkelte medarbejders valgte forsikringsdækninger sker ud fra den pensionsbestemmende løn.

...

§ 8 Pensionsindbetalingerne

8.1 Standard indbetalinger

Pensionsindbetalingerne for den enkelte medarbejder skal udgøre 9 % af den pensionsbestemmende løn.

...

§ 9 Helbredsoplysninger

...

9.3 Ved lønregulering

Ved forhøjelse af dækningerne, der skyldes en stigning i den pensionsbestemmende løn, skal medarbejderen kun indsende helbredsoplysninger, såfremt den pensionsbestemmende løn er steget med mere end 25 % inden for de sidste 12 måneder. I så fald skal medarbejderen udfylde Danica Pensions helbredserklæring 2.

Såfremt risikosummen overstiger et reguleret beløb (attestgrænsen), der udgør 3.960.000 kr. (2006), jf. ovenfor, skal der indsendes helbredsattest. Dette gælder også, selvom den pensionsbestemmende løn er steget med mindre end 25 %."

Nævnet udtaler:

Klageren har været medejer af et revisionsfirma og arbejdet som revisor. Den 1/5 2002 blev han omfattet af en firmapensionsordning, hvor han har en dækning på 70 % af lønnen ved et erhvervsevnetab på mindst halvdelen. Pensionsbidraget udgør 9 % af lønnen. I 2013 fik klageren konstateret en bipolar affektiv sindslidelse. Selskabet har ydet dækning for erhvervsevnetab fra 1/4 2014 til 1/11 2019. Selskabet har udbetalt 336.000 kr. om året til klageren, svarende til 70 % af en årsløn på 420.000 kr.

Klageren ønsker, at selskabet anerkender, at erhvervsevnetabsdækningen udgør 630.000 kr., svarende til 70 % af en årsløn på 900.000 kr. Selskabet skal efterbetale de manglende ydelser siden 1/4 2014 med renter. Klageren ønsker desuden, at selskabet fortsætter udbetalingerne efter 1/11 2019. Klageren ønsker dækning for advokatomkostninger efter nævnets skøn.

Erhvervsevnetabsdækningens størrelse

Klageren har anført, at hans løn i 2010 steg fra 600.000 kr. til 900.000 kr. Han indsendte i december 2010 de helbredsoplysninger, som selskabet bad om for at forhøje erhvervsevnetabsdækningen. Han regnede med, at forhøjelsen herefter var effektueret. Han har ikke modtaget selskabets rykkere af 5/4 og 9/5 2011 for helbredsoplysninger, og han bestrider, at han under

en telefonsamtale med selskabet den 21/12 2010 har oplyst, at han ikke ville afgive helbredsoplysninger. Disse var allerede udarbejdet. Klageren er først ca. 10 år senere blevet bekendt med, at selskabet ikke mener at have modtaget helbredsoplysningerne. Han har været i utilregnelig uvidenhed om sin ret til forhøjet dækning og efterbetaling af ydelser, og hans krav herpå er derfor ikke forældet. Klageren har fremlagt kopi af sine helbredserklæringer af 1/12 og 20/12 2010, og klageren mener, at nævnet bør lægge til grund, at erklæringerne er modtaget af selskabet. Klageren har anført, at selskabet ikke har godtgjort, at helbredsoplysningerne ville have ført til afvisning af at forhøje dækningen. Selskabet burde i 2011 have forhøjet erhvervsevnetabsdækningen til 630.000 kr. årligt. Klageren har opfordret selskabet til at sende alle breve til e-Boks, hvilket selskabet ikke har efterkommet.

Selskabet har anført, at selskabet har udbetalt korrekte ydelser. Fra 1/1 2009 faldt klagerens månedlige pensionsindbetalinger fra 4.500 kr. til 3.600 kr. om måneden, hvilket svarer til 9 % af en årsløn på 480.000 kr. Erhvervsevnetabsdækningen udgjorde derfor herefter 336.000 kr. (70 % af 480.000 kr.). Den 1/5 2010 blev pensionsindbetalingerne øget til 5.400 kr. – svarende til en årsløn på 720.000 kr. og en erhvervsevnetabsdækning på 504.000 kr. Da der var tale om en stigning på 50 %, afstedkom det den 11/11 2010 et krav fra selskabet om helbredsoplysninger. Disse har selskabet aldrig modtaget fra klageren. Selskabet har fremlagt et telefonnotat fra 21/12 2010, hvor det er noteret, at klageren oplyser ikke at ville aflevere helbredsoplysninger. Klageren har holdt møde med en pensionsrådgiver den 1/2 2011, hvor rådgiveren i sin opfølgende mail bad om helbredsoplysninger for at kunne acceptere en forhøjelse. Selskabet har rykket for helbredsoplysninger den 5/4 og 9/5 2011. Selskabet har den 17/8 2011 udsendt to policer til klageren, hvor erhvervsevnetabsdækningen var uændret 336.000 kr. om året, og forhøjelsen af pensionsbidraget indgik på en opsparingspolice uden forsikringer. Selskabet ville have afslået at forhøje erhvervsevnetabsdækningen, hvis selskabet havde modtaget helbredsoplysningerne fra december 2010, idet klageren inden for det seneste ½ år var lægediagnosticeret med depression, der havde ført til selvmordstanker, uarbejdsdygtighed, fortsat medicinering og jævnlige lægekonsultationer. Selskabet har anført, at klageren har udvist retsfortabende passivitet ved ikke at reagere i over 10 år. Selskabet har udbetalt den ydelse, der løbende er

Ankenævnet for Forsikring

34.

98692

fremgået af dækningsoversigterne. Selskabet har anført, at ydelser, der forfaldt mere end 3 år før den 17/5 2022, er forældede.

Det fremgår af overenskomst om obligatorisk pensionsordning af 22/5 2006 mellem klagerens virksomhed og selskabet, pkt. 9.3 om lønregulering, at "Ved forhøjelse af dækningerne, der skyldes en stigning i den pensionsbestemmende løn, skal medarbejderen kun indsende helbredsoplysninger, såfremt den pensionsbestemmende løn er steget med mere end 25 % inden for de sidste 12 måneder."

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har fastholdt klagerens erhvervsevnetabsdækning på 336.000 kr. om året uanset klagerens lønstigning i 2010. Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at foretage efterbetalinger til klageren vedrørende perioden fra 1/4 2014 til 1/11 2019, hvor selskabet har udbetalt 336.000 kr. om året til klageren.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det må lægges til grund, at selskabet ikke har modtaget helbredsoplysninger fra klageren, som selskabet den 11/11 2010 udbad sig efter klagerens lønstigning i 2010. Selskabet har efterfølgende rykket klageren behørigt for oplysningerne.

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet har fremsendt mail af 1/2 2011 og breve af 5/4 2011 og 9/5 2011, hvor selskabet igen bad klageren om at indsende helbredsoplysninger. Selskabet har fremsendt pensionspolicer den 17/8 2011, hvor klagerens erhvervsevnetabsdækning uændret var oplyst til 336.000 kr. Selskabet har i ca. 5½ år udbetalt ydelser svarende til 336.000 kr. om året. Klageren burde have reageret væsentligt tidligere over for selskabet, hvis han mente, at der var tale om en fejl, og at han havde indsendt helbredsoplysninger for at få erhvervsevnetabsdækningen forhøjet.

Nævnet har videre lagt vægt på, at det fremgår af selskabets telefonnotat fra 21/12 2010, at "stigning til 720000. Kunden vil ikke afl HE - derfor forhøjelse på særskilt police".

Nævnet har tillige lagt vægt på, at de helbredsoplysninger – der fremgår af klagerens erklæringer underskrevet i december 2010 – ikke kan antages at ville være blevet anset for tilfredsstillende af selskabet i forhold til en forhøjelse af erhvervsevnetabsdækningen, hvis selskabet havde modtaget og vurderet disse i 2010/2011.

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

Dækning for erhvervsevnetab efter 1/11 2019

Selskabet har standset klagerens udbetalinger pr. 1/11 2019 med henvisning til, at klageren – inklusive overskud fra sin 50 % ejerandel af revisionsvirksomheden – ikke opfylder den økonomiske betingelse for dækning, idet hans indtjening pr. 1/11 2019 ikke er nedsat med mindst halvdelen i forhold til en fuldt arbejdsdygtig revisor.

Klageren har anført, at han fortsat opfylder det økonomiske kriterium for dækning. Han har siden 2018 kun arbejdet 10-12 timer om ugen og har modtaget en løn på 30.000 kr. om måneden. Denne arbejdsindsats og indtjening afspejler hans helbredsmæssige tilstand. Herudover har han modtaget et aconto-vederlag som medejer af firmaet. Dette beløb er udbetalt som følge af hans formelle ejerskab af kapitalandele af firmaet og skyldes ikke hans arbejdsindsats, og beløbet skal derfor ikke medregnes i hans indtjeningsforhold. Dette synspunkt accentueres af, at en revisionsgennemgang har vist, at hans kompagnon skal foretage betydelige afskrivninger som følge af tab fra debitorer for 2017-2022, og at virksomhedens indtjening i 2017-2022 har været betydeligt lavere end klageren og hans revisor tidligere har oplyst.

Selskabet har anført, at selskabet har anlagt den betragtning, at klagerens faktiske pensionsgivende løn forud for sygemeldingen i 2014 modsvarer, hvad der er normalt at tjene for tilsvarende raske personer, der arbejder som revisor. Selskabet har i den forbindelse taget udgangspunkt i klagerens løn på 900.000 kr. i 2014, der efter pristalsregulering svarer til 946.615 kr. pr. 1/11 2019. Selskabet har anført, at hele klagerens løn og overskudsandel skal henregnes til klagerens aktuelle arbejdsrelaterede indtjening, idet klageren faktisk udfører arbejde for revisionsfirmaet, og idet overskuddet i en revisionsvirksomhed genereres af udført arbejde. Selskabet

Ankenævnet for Forsikring

36.

98692

har opgjort klagerens arbejdsbetingede overskudsandel i revisionsfirmaet som 50 % af resultatet før finansielle poster, jf. firmaets regnskaber. Hertil kommer klagerens løn på 360.000 kr. om året. Selskabet har opgjort, at klageren fra 1/7 2017 til 30/6 2018 havde en arbejdsrelateret indtjening på 881.183 kr. Fra 1/7 2018 til 30/6 2019 var den arbejdsrelaterede indtjening 832.652 kr., og fra 1/7 2019 til 30/6 2020 var den arbejdsrelaterede indtjening 641.162 kr. Selskabet har anført, at klagerens indtjening pr. 1/11 2019 dermed har udgjort mere end 50 % af sammenligningsgrundlaget, og at klagerens udbetalinger reelt burde have været standset på et meget tidligere tidspunkt. Selskabet har anført, at klagerens erhvervsevnetabsforsikring er ophørt den 14/5 2020, idet pensionsordningen på grund af manglende pensionsindbetalinger er omskrevet til fripolice.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, jf. overenskomsten om pensionsaftale af 22/5 2006 og tillægget til forsikringsbetingelserne fremsendt til klageren den 13/12 2002, at "Erhvervsevnen anses for længerevarende at være nedsat til 1/2 eller mindre, hvis medarbejderen blivende ikke længere er i stand til at tjene mere end 1/2 – bedømt under hensyn til den normale erhvervsevne for raske personer med samme alder og et arbejde, som svarer til medarbejderens: revisor – udelukkende med revisorarbejde."

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hans aktuelle indtjening pr. 1/11 2019 udgør halvdelen eller mindre af, hvad der er sædvanligt at tjene for raske personer med samme alder og et arbejde som revisor – udelukkende med revisorarbejde. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har standset klagerens udbetalinger pr. 1/11 2019.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens overskudsandel fra revisionsfirmaet under de foreliggende omstændigheder må henregnes under klagerens aktuelle, arbejdsrelaterede indtjening.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at klageren har arbejdet 10-12 timer om ugen som partner i revisionsfirmaet, hvor han har 50 % ejerandel. Det må lægges til grund, at klagerens

Ankenævnet for Forsikring

37.

98692

personlige arbejdsindsats har relateret sig til revisionsfirmaets grundlæggende drift og kerneopgaver, og at hans arbejdsindsats har haft en ikke-uvæsentlig betydning for firmaet. På den baggrund må klagerens løn og overskudsandel fra revisionsfirmaet samlet anses for at udgøre arbejdsrelaterede indtjening for klageren. Nævnet henviser til sagerne 96533, 94466, 94265 og 94223.

Nævnet har også lagt vægt på oplysningerne om størrelsen på klagerens løn og overskudsandel fra revisionsfirmaet samt om hans lønforhold, før han blev syg.

Advokatomkostninger

Efter sagens udfald finder nævnet, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at dække klagerens advokatomkostninger helt eller delvist, jf. forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Hans-Jørgen Nymark Beck