

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 15. februar 2023 blev i sag nr. 98803:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Nordea Pension
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved tab af erhvervsevne. I klageskema af 7/10 2022 til nævnet samt i vedlagte bilag har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"[Klageren] har været stressramt, hvilket anerkendes af TopDanmark, og ude af stand til at arbejde mere end halv tid, som er hvad selskabet kræver som maksimum. [Klageren] anmelder til TopDK, at hendes arbejdstid er 'ca. 40 timer pr. uge.' og derfor går hun ud fra at det vil være i orden at arbejde halvdelen, altså ca. 20 timer højst pr. uge.

Det tal er efter TopDK mening godt tre timer for højt pr. uge, og derfor sendes afslag.

Hvis TopDanmark fandt det tal for højt, ville det vel have være i overensstemmelse med god skik og omsorg for en sygdomsramt forsikringstager, og enlig mor til ... skolesøgende børn, om sagsbehandleren havde gjort opmærksom på dette forhold, så [klageren] kunne have opfyldt TopDanmarks betingelser, og modtaget den støtte, hun har betalt til og været fuld berettiget til. Sagsbehandleren gør ikke noget for at informere på trods af flere gange kontakt. Ingen griber telefonen og snakker med hende. Det synes jeg godt, at man kunne have forventet af en ansvarsbevidst sagsbehandler. Vi taler om en kunde, som er kraftigt påvirket af stress, og som har svært ved at få livet til at hænge sammen med ... børn. [Klageren] var meget belastet af stress i den periode. Vi synes at TopDanmark har svigtet ved ikke at vejlede, hvilket man da også beklager, men man har også svigtet ved ikke at vise den omsorg, man bør tildele et sygt menneske. Alt bør ikke være cool business. Man har også et ansvar. Ikke mindst når man beskæftiger sig med mennesker, som er under stort pres. På det punkt svigtede TopDanmark.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Dagpenge udbetalt for sygdomsperioden 13.9.2019 til 1.3.2020, jvf. policen."

Selskabet har i brev af 29/11 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klager er utilfreds med, at Topdanmark Livsforsikring (herefter selskabet) har afvist at udbetale dækning og tilkende præmiefritagelse ved tab af erhvervsevne, da klager har arbejdet mere end halv tid.

Klager er endvidere utilfreds med, at selskabet ikke har gjort klager opmærksom på at hun skulle arbejde mindre for at være berettiget til dækning.

Forsikringens virkemåde og forsikringsbetingelser

Klager oprettede en Indehaverpension pr. 1. januar 2019. Indehaverpensionen indeholder en forsikring ved tab af erhvervsevne. Der er ret til præmiefritagelse og udbetaling, hvis erhvervsevnen som følge af sygdom eller ulykke bliver nedsat med mindst 2/3. Hvis erhvervsevnen nedsættes mellem 1/2 og 2/3, er der ret til halv udbetaling, men ikke præmiefritagelse. Karensperioden er 3 måneder.

Klager modtager en forsikringsmeddelelsen af 10. januar 2019, der fremlægges som **bilag A**, hvor det fremgår, hvilke dækninger hun har, og hvilke betingelser, der hører hertil.

Det fremgår på side 3, at for dækningen ved tab af erhvervsevne gælder forsikringsbetingelser for Tab af erhvervsevne privat/selvstændige version 6623-4, januar 2011, der vedlægges som **bilag B**.

...

De af klager fremlagte bilag 1 og 2 vedrører ikke klagers aftale med Topdanmark Livsforsikring A/S, men i stedet hendes forsikringsforhold med Topdanmark Forsikring, hvor hun har tegnet skadesforsikringer.

De er således ikke relevante for nærværende sag.

Sagsfremstilling

Klageren er en kvinde [i halvtredserne], der kontaktede selskabet den 1. december 2019, efter at have været deltidssygemeldt i 3 måneder, for at gøre brug af sin forsikring ved tab af erhvervsevne.

Den 2. december 2019 sendte selskabet en anmeldelse samt funktionsskema og lægeattest til hende, der skulle udfyldes og returneres. Brevet fremlægges som **bilag C**.

Den 6. januar 2020 modtog selskabet et udfyldt funktionsskema uden underskrift, der vedlægges som **bilag D**. Det fremgår heraf, at klager forventede at være raskmeldt med 40 timer om ugen pr. 1. marts 2020 og at hun kunne udføre alle arbejdsfunktioner, blot på nedsat tid.

Korrespondancen i forbindelse med returnering af funktionsskemaet vedlægges som **bilag E**, hvor det fremgik, at klager ikke kunne få sin læge til at udfærdige en lægeattest. Endvidere fremgik, at selskabet ville indhente yderligere oplysninger fra kommunen.

Selskabet modtog ansøgning om udbetaling den 16. januar 2020, der ligeledes var uden underskrift. Erklæringen fremlægges som **bilag F**. Mailen af 16. januar 2020, hvori ansøgningen blev fremsendt, vedlægges som **bilag G**.

Den 27. januar 2020 modtog selskabet klagers underskrift på sidste side, der fremlægges som **bilag H**.

Selskabet kan ikke se, at vi på noget tidspunkt har modtaget det bilag, som klager har fremlagt som bilag 5. Det bemærkes, at erklæringen ikke er ens i layout med de erklæringer, som selskabet sendte til klager den 2. december 2019, jf. bilag C og hvad vi fik retur fra klager, jf. bilag D og F samt at der heller ikke har været oplyst herom i korrespondancen i bilag E og G.

Klager bedes venligst oplyse, hvornår bilag 5 (og 9, der vist er ens) er fremsendt til selskabet, gerne med kopi af følgemailen.

Det fremgår af anmeldelsen i bilag F, at klager havde været deltidssygemeldt siden den 13. september 2019, men forventede at blive raskmeldt den 1. marts 2020. Hun fik ikke behandling eller medicin.

Klager oplyste videre, at hun var [selvstændig] og før sygemeldingen havde hun en ugentlig arbejdstid på 40 timer. Hendes arbejde bestod af ... Klager fik ikke løn, men trak ud af sit firma, hvad hun har behov for. I spørgsmål 3, hvor klager blev spurgt om, hvor mange timer om ugen hun var i stand til at arbejde, oplyste hun, at hun arbejdede 20 timer om ugen.

Det fremgik af funktionsskemaet, jf. bilag D, at klager angav at have været udsat for voldsom stress og krisebelastning gennem de seneste 4 år, som hun nu reagerede på. Hun var træt, uoplagt, sov dårligt, følte uro, havde ændret humør, dårlig hukommelse og mindre tolerance. Hendes arbejdsdag var kl. 8-12.

Klager oplyste også, at hun er enlig mor til ... børn, der hovedsageligt boede hos hende, og at hendes overskud til dem var mindre.

Selskabet indhentede oplysninger fra de kommunale myndigheder til brug for vurdering af sagen, der fremlægges som **bilag I**. Det fremgår af de kommunale oplysninger, der blev fremsendt til selskabet den 3. marts 2020, at klager arbejdede op til 50 %, og at hun var raskmeldt og på fuld tid den 1. marts 2020.

I akterne lå flere udtalelser fra egen læge (bl.a. side 36 og 68), hvor det fremgik, at klager havde haft løbende opfølgning hos egen læge. Hun havde ikke stresslignende symptomer, og gik hos en bekendt, der er psykiater, men som ikke udtalte sig som psykiater. Klager arbejdede halv tid på 18,5 timer og ønskede ikke henvisning til psykiater for diagnosticering. Det fremgik videre, at klager oplyste, at hun var uenig i egen læges vurdering.

På baggrund af klagers egne oplysninger til selskabet om, at hun arbejdede 20 timer om ugen, vurderede selskabet, at klager ikke havde et erhvervsevnetab på mindst 50 %, hvorfor klager ved afgørelse af 1. maj 2020 fik afslag på udbetaling fra forsikringen, jf. bilag 4.

Efterfølgende korresponderede parterne sammen på mail i perioden 4-17. maj 2020, jf. bilag 6.

Den 5. maj 2020 kontaktede klager selskabet og klagede over afgørelsen, idet hun oplyste, at hun i stedet for fuldtidssygemelding havde valgt at været deltidssygemeldt. Endvidere klagede hun over begrundelsen i afslaget.

Klager fik svar af selskabet den 6., maj 2020, der uddybede begrundelse i afslaget med, at da klager selv havde oplyst, at hun arbejdede 20 timer om ugen i den pågældende sygeperiode, har hun ikke været nedsat med mindst halvdelen, hvorfor hun ikke er berettiget til udbetaling.

Klager oplyste i mail af 17. maj 2020, at hun ville gå videre med afgørelsen, da hun ikke fandt, at hun var korrekt oplyst i forbindelse med, at hun sygemeldte sig ved selskabet.

Klager klagede til selskabets direktion den 30. juli 2022, med henblik på at få revurderet ansøgningen. Klagen blev sendt af [klagerens repræsentant], der tidligere havde fået fuldmagt af klager.

'Hun, der har arbejdet 40 timer pr uge eller mere, hvilket også fremgik af anmodningen om forsikringsdækning, valgte at gå på halvtid i september 2019, altså med 20 timers arbejde pr. uge. Alt det fremgår af anmodningen i september 2019.'

Klager var af den opfattelse, at eftersom hun tidligere havde oplyst, at hun arbejdede 40 timer om ugen og efter sygemeldingen arbejdede 20 timer om uge, var arbejdsnedsættelsen 50 %. Hertil kommer, at i modsat fald burde selskabet *'foreslå den forsikrede at arbejde 2-3 timer mindre pr. uge, så hun kunne få den støtte, som den tegnede forsikring skulle yde. Og få den hjælp, hun havde meget behov for. Det var derfor forsikringen i sin tid blev tegnet.'*

Selskabet besvarede klagen den 30. august 2022, der fremlægges som **bilag K**. I afslaget fremgik følgende:

Siden din delvise sygemelding den 13. september 2019, har du arbejdet 20 timer pr. uge. Det er derfor vores vurdering, at din erhvervsevne ikke er nedsat med mindst 2/3. Vi er klar over, at du på din Erklæring til brug ved anmeldelse af tab af erhvervsevne har oplyst, at du inden skaden arbejdede 40 timer pr. uge. En nedsættelse af din arbejdstid, tager dog udgangspunkt i en arbejdsuge på 37 timer.

Vurderingen sker således ikke i forhold til dit konkrete tidligere timetal, men er en medicinsk og økonomisk vurdering, hvor der tages udgangspunkt i, at man ved fuld erhvervsevne kan arbejde 37 timer.

Der skulle have stået, at klagers erhvervsevnetab hverken var nedsat med mindst 2/3 eller med 50 %. Selskabet fastholdt uanset, at klager ikke var berettiget til udbetaling.

Selskabet fastholder afslaget, eftersom at klager ikke har haft et erhvervsevnetab på mellem halvdelen og 2/3, som er betingelserne for at modtage udbetaling.

Samme dag anmodede klagers [repræsentant] om en revurdering af sagen. Denne mail fremlægges som **bilag L**.

Selskabet foretog en revurdering af sagen, men fastholdt sin afgørelse den 3. oktober 2022, jf. bilag 8.

Konklusion

Selskabet kan ikke imødekomme klagers ønske om at få udbetaling fra Forsikring ved tab af erhvervsevne.

Det er en betingelse for udbetaling, at erhvervsevnen er nedsat med mindst 50 %.

Det forhold, at klager har oplyst, at hun inden sygemelding arbejdede 40 timer om ugen, ændrer ikke ved, at der ved vurdering af erhvervsevnetabet tages udgangspunkt i en arbejdsuge på 37 timer, medmindre der foreligger helt særlige forhold, hvilket ikke er tilfældet i nærværende sag.

Klager har selv oplyst til selskabet, at hun arbejdede 20 timer om ugen, og at der ikke var andre skånehensyn end den nedsatte tid, jf. bilag D og F. Selskabet har derfor lagt disse oplysninger til grund, og derfor har klager ikke et erhvervsevnetab, der giver ret til udbetaling, jf. bilag 4 og 6.

Selskabet genkender ikke de af klager fremlagte bilag 5 og 9, hvor klager har angivet en væsentligt lavere arbejdstid, og kan ikke lægge disse oplysninger til grund.

Det fremgår af de kommunale oplysninger, at klager i perioden arbejdede halv tid eller 18,5 timer. Det ses ikke, om der fra klager er oplyst halv tid eller 18.5 timer om ugen. Selskabet har valgt at lægge de oplysninger til grund, som klager selv har skrevet til selskabet.

Det skal dog gøres gældende, at også 18.5 timer om ugen giver en erhvervsevne på 50 %, der ikke vil berettige klager til udbetaling.

Klager har endvidere gjort gældende, at selskabet burde have rådgivet hende om, at hun skulle arbejde færre timer, således at hun ville være berettiget til udbetaling.

Klager har bevisbyrden for, hvor meget hun kan arbejde, og bl.a. på den baggrund vurderer selskabet, om klager har et erhvervsevnetab, der berettiger til udbetaling.

Hvis selskabets medarbejdere oplyste klager om, at hun bevidst skulle nedsætte sin arbejdstid for at opnå udbetaling, vil det dels være spekulation i produktet, dels vil det ændre på rigtigheden i klagers formåen og dermed være i strid med oplysningerne om, hvad hun rent faktisk kunne arbejde.

Det kan derfor ikke forventes at sagsbehandleren skal rådgive klager til at angive et mindre timeantal, end klager faktisk har været i stand til at arbejde."

Klagerens repræsentant har i brev af 6/12 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har bedt [klageren] give sine kommentarer til TopDanmarks (TD) svarskrift af 30. november 2022:

Side 3:

(andet afsnit) Det er ikke korrekt at 'hun fik ikke behandling eller medicin'. Jeg fik terapi af min private terapeut, som er psykiater.

(7 afsnit) Det er ikke korrekt at 'hun havde ikke stresslignende symptomer og gik hos en bekendt, der er psykiater, men som ikke udtalte sig som psykiater'. Min terapeut er IKKE en bekendt. Det er

en professionel psykiater, som er min terapeut. Og da hun er det, er hun IKKE en professionel som udtaler sig som psykiater, da jeg ikke er i psykiatrisk behandling hos hende, men i terapi. Der er en forskel på de to, som TD ikke skelner imellem. En psykiater kan være ansat til at udrede og diagnosticere, eller ansat til at være terapeut, som en psykolog, og da udtaler man sig ikke som *psykiateren*, men som terapeuten.

(7 afsnit, nederst) 'Det fremgik videre, at klager oplyste, at hun var uenig i egen læges vurdering'. Ukorrekt. Jeg var uenig i egen læges fremgangsmåde, og krav, som synes ude af proportioner og usaglige. Jeg fremsagde overfor lægen, at det var unødvendigt at sende mig til diagnosticering hos en psykiater, da jeg allerede selv havde forstået problemet, hvilket han også havde. Egen læges problem var, at han ikke kunne udfylde et skema, når han ikke kunne skrive en diagnose på og han mente åbenbart ikke at han selv kunne vurdere diagnosen. Det var jeg uenig i, da jeg fortalte ham om mine stresssymptomer og stress var derfor diagnosen. Jeg mente i øvrigt godt, at jeg selv kunne vurdere, at det ikke var foreneligt med en psykiatrisk diagnose, så som depression og at en psykiater derfor ville være unødvendigt. Min vurdering viste sig også at være korrekt. Jeg nævnte også overfor lægen, at såfremt det var en psykiatrisk diagnose, ville jeg jo have fået den hos min terapeut.

(Generelt kommentar til deres konklusion)

De oplyser i konklusionen om at de har fremsat en juridisk korrekt fremstilling af sagen og de dertilhørende paragraffer, som skulle være opfyldt for at klager objektivt set kunne/skulle have en forsikringssum udbetalt og derfor ikke kan anerkende at skulle betale mig den ene måneds berettiget sum.

De har her, efter min opfattelse, frakoblet den retfærdige, medmenneskelige og fair behandling af en sag, med deres kunde. De kunne fra starten have informeret mig om hvordan jeg skulle forholde mig. En stressramt person forsøger at overleve og klare hverdagen. En stressramt, som både tænker og husker dårligt, skal man hjælpe, og det er bl.a. derfor man som selvstændig erhvervsdrivende tegner en forsikring – for at kunne få professionel hjælp når nødvendigt (ingen andre holder hånden over én. Man har ikke en chef).

En stressramt person skal ikke være den med overblikket, særligt ikke når man henvender sig til dem (TD), som man har sat sin tillid til vil leve op til sine forpligtelser, nemlig at hjælpe med tabt erhvervsevne-udbetalinger, som man netop har forsikret sig imod.

At jeg så ovenikøbet har flere samtaler med dem og at han ikke på noget tidspunkt fortæller mig forskellen på at arbejde deltid og så arbejde deltid på *TD-måden*, bliver næsten til et bevidst slør af relevante og vigtige informationer overfor den syge person.

Det siger i øvrigt også sig selv, at en stressramt person hellere vil arbejde mindre end mere, for at klare sig. Jeg husker i øvrigt også samtaler med deres medarbejder, ..., om at det var vanskeligt for mig at sige hvor mange timer jeg faktisk arbejdede, da man som selvstændig jo har mange uregistrerede timer ... Man er ikke nødvendigvis færdig med sit arbejde, når man går hjem og sådan noget som at lave regnskab, gøres jo fx ikke i arbejdstiden, men er arbejdstid.

De havde en fastlagt 37 t. regel, som de ikke oplyste mig om, trods flere samtaler om arbejdstid. At de anser 37 t. som ugentlig arbejdstid er i øvrigt ikke foreneligt med arbejdstid i mange kommuner eller med andre landes arbejdstid, som er 42 t. ugentligt (de har jo en ugentlig fridag) Hvis man skulle gå ud fra TDs argumentation, vil de mene at de behandlede disse kunder korrekt, selv om at disse kunder kunne tegne en sådan forsikring hos TD uden nogensinde at have chancen for

at kunne benytte deres forsikring. Det er samme logik, TD fremstiller, og samme resultat af unfair behandling.

...

Den her sag har været ulykkelig for [klageren]. Hun har under sin sygdom været under hårdt pres, og TopDanmarks gav hende desværre ikke den støtte og hjælp, som hun kunne forvente af sit forsikringsselskab.

Det er tydeligt for mig, at denne sag kunne have været behandlet bedre og med større hensyntagen til, at der her var en person, som var syg. Jeg håber at Ankenævnet vil se med milde øjne på eventuelle fodfejl, begået af [klageren] i forløbet.

En person under megen stress, og det var [klageren], overskuer ikke altid de små detaljer, netop derfor har man ekstra brug for hjælp og støtte for at komme godt igennem krisen. Den hjælp og opbakning fik hun desværre ikke fra TopDanmark, det forsikringsselskab, som hun havde regnet med ville være den sikre støtte. Tværtimod."

Selskabet har i brev af 23/12 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet fastholder fortsat, at klager ikke er berettiget til udbetaling eller præmiefritagelse, jf. selskabets indlæg af 29. november 2022.

Klagers indlæg giver anledning til følgende bemærkninger:

Selskabet har på side 3 gengivet, hvad der fremgår af de oplysninger, som selskabet har indhentet.

Klager har ikke fremlagt dokumentation for bilag 5, som selskabet ikke kan genkende, og som er forskelligt fra de dokumenter, som selskabet har sendt til klager og har modtaget fra klager.

Selskabet har taget udgangspunkt i en normal arbejdsuge på 37 timer, jf. også Ankenævnskendelsen 65.273, der er den normale arbejdstid i Danmark. Hvad arbejdstiden er i andre lande er ikke relevant for denne sag. Selskabet er ikke bekendt med, at kommunerne har normale arbejdsuger på 42 timer.

Selskabet fastholder, at sagsbehandleren ikke skal rådgive klager til at angive et mindre timeantal, end klager faktisk har været i stand til at arbejde, som samtidig vil være spekulation i produktet."

Til dette har klagerens repræsentant fremsendt brev af 27/12 2022, hvori det bl.a. er anført:

"TopDanmark genkender ikke bilag 5. Jeg ved ikke hvad der skal lægges idet. Det er fremsendt til [klageren]. Det bærer TopDanmarks navn, og er kun fremsendt til Ankenævnet, fordi man har bedt om at modtage vores korrespondance. Bilaget er næppe af større betydning.

Igen er det overraskende, at TopDanmark ikke vil anerkende, at den personlige vejledning, [den syge klager] modtog dengang, led af visse mangler. Der var ikke tale om at omgå systemet eller fuske med indberetningen, som TopDanmark nærmest antyder.

Vi taler om en sagsbehandler, som godt kunne have været mere på forsikringstagerens side, og givet den vejledning og hjælp, som hun så åbenlyst havde behov for.

At yde lidt ekstra hører med, når man har med syge og svage mennesker at gøre.

Bare tal med en medarbejder på en skadestue eller en runner med en hjertestarter. De gør sig umage for at hjælpe. De påtager sig et ansvar. De gør alt for at hjælpe.
Den holdning kunne TopDanmark godt lade sig inspirere af.

Jeg tror, at TopDanmarks trænede medarbejder var klar over, når [klageren] ringede ham op eller skrev, at hun var ved at gå i en fælde, når hun fortalte, at hun arbejdede 40 timer om ugen normalt, og at hun derfor gerne ville halvere arbejdstiden for at få has på stressen. Komme ned på 20 timer.

Selvfølgelig forstod han, hvad [klageren] sagde, og var det i grunden ikke temmelig ufølsomt, at han ikke hjalp hende ind på sporet, så hun kunne få den hjælp, hun havde brug for. Og som hun havde forsikret sig for.

Kan det virkelig være TopDanmarks holdning til en syg og svækket kunde? Det tror jeg ikke, det er. Men undladelserne i denne sag er desværre en kendsgerning. TopDanmark burde være store nok til at rette op nu.

Lær af runneren med hjertestarten og medarbejderen på skadestuen. De anstrenger sig for at hjælpe, hvor der er behov. De tager et ansvar.

Jeg tillader mig også at nævne, at begrebet 'fuld tid' eller 'fuldtidsansat' ikke lovmæssigt er bestemt til 37 timer. For den enkelte arbejdstager afhænger 'fuld tid' derfor af en eventuel overenskomst – eller simpelthen det aftalte antal timer i ansættelseskontrakten.

Flere steder i samfundet arbejdes der 42 t. Lærerne har gjort det i årevis. Det var en af lærerkonfliktens hoveddilemmaer, om lærerne skulle ned på 37 t arbejdsuge, Lærerne arbejdede netop 42 t om ugen for at kunne afholde ferier, når skolerne var lukket. I det private erhvervsliv er det heller ikke usædvanligt at arbejde mere end 37 timer.

Alle svarene fra TopDanmark i denne sag bærer præg af, at selskabets medarbejdere har optrådt helt efter bogen. Der er ikke noget at komme efter, kan man forstå.

Det er der muligvis heller ikke, hvis det kun er juraen, der lægges til grund.

Men TopDanmark skulle – også for sin egen skyld – være mere åben overfor egne svagheder og automatreaktioner.

Det hele handler ikke kun om at slippe igennem en sag, men i højeste også grad også om, hvordan man gør det. Om man gør det på en ordentlig og anstændig måde.

Denne sag vidner om dilemmaet."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af uddrag af kommunens "Min plan" fra 24/10 2019 fremgår bl.a.:

"Opfølgningssamtale samt opfølgningsplan.

...

Dato for samtale: 21/10-2019.

...

Første fraværsdag: 13/09-2019.

Revurderingstidspunkt § 24: 31/03-2020.

Revurdering foretages ved 22 ugers sygemelding inden for de seneste 9 kalendermåneder. Hvis pgl. fortsat er fuldt eller delvist uarbejdsdygtig, skal der tages stilling til mulighed for forlængelse af sygedagpengeperioden udover 31/03-2020, jf. lov om sygedagpenge § 27, stk. 1, nr. 1-7.

...

Årsag til fravær ...

Belastningsreaktion grundet private forhold i forbindelse med skilsmisse samt grundet højt arbejdstempo. Der er ved samtalens afholdelse ikke modtaget LÆ 285. [Klageren] er vejledt om at bestille tid ved praktiserende læge, til udfyldelse af den anmodede attest hurtigst muligt.

[Klageren] fortæller, at hendes praktiserende læge har anbefalet delvis sygemelding i en periode. [Klageren] fortæller, at hun ikke sover godt, da hun vågner meget. Hun kan dog godt falde i søvn om aftenen. Hun har dog behov for at sove/hvile i løbet af dagen.

[Klageren] fortæller, at hun sørger for at træne og slappe af, når hun ikke arbejder.

Udrednings- og behandlingsaktiviteter ...

[Klageren] fortæller, at hun deltager i egenterapi i forbindelse med sit hverv som [selvstændig]. Hun fortæller, at hun har gjort dette længe. Hun fortæller, at terapeuten er uddannet psykiater, men at hun blot modtager behandling i form af samtaleforløb ved denne.

Tidligere sygemeldinger pga. samme eller anden helbredsproblematik: Nej.

...

Arbejdssituation – Sygemeldt fra arbejde:

...

- Mulighed for delvis genoptagelse af arbejde: [Klageren] har genoptaget sit arbejde som selvstændig med op til 50 %.

...

Hvad mener sygemeldte selv om behov for indsats for tilbagevenden til arbejdsmarkedet:

[Klageren] forventer at vende fuldt tilbage til sit arbejde på sigt, efter en periode med delvis sygemelding.

...

Overveje inddragelse af samarbejdspartnere: [Klageren] er oplyst om muligheden for henvisning til [jobrådgivning] eller Træningsafsnittet."

Af LÆ 285 Attest til sygedagpengeopfølgning af 30/10 2019 fra egen læge fremgår bl.a.:

"1. Diagnose/årsag til sygefravær

Skriv diagnose eller en kort beskrivelse af årsagen til sygefraværet

Belastningsreaktion?

...

Pt. er deltidssygemeldt. Mener sig i stand til at arbejde halv tid (18,5 t) og mener at hun har brug for dette i 6 mdr.

Herfra har vi kunnet konstatere at pt har symptomer sv. at hun har været belastet gennem længere tid, men har ikke kunnet stille en sikker diagnose. Det tilrådes således at der gøres yderligere diagnostisk afklaring. Pt. er tilbudt henv. mhp. til psykiater el. psykolog, men pt har ikke ønsket dette da hun allerede er tilknyttet en samtaleterapeut (bekendt).

Herfra tilrådes opfølgning om ca. 1 md."

Af uddrag af kommunens "Min plan" fra 18/11 2019 fremgår bl.a.:

"Dato for samtale: 18/11-2019.

...

Status vedrørende helbredsproblematik/behandlings- og udredningsaktiviteter:

[Klageren] fortæller, at hun indtil sidste uge været god til at passe på sig selv og havde oplevet bedring i tilstanden. Grundet en uforudset hændelse i det private, har hun oplevet et tilbagefald og sover pt. færre timer om natten. Hun forventer dog, at der inden næste opfølgning med ut. vil komme afklaring på ovenstående, og at hun vil opnå bedring i symptomerne igen.

Ut. oplyser, at der er modtaget LÆ 285 fra praktiserende læge siden første opfølgning hvori der vurderes behov for henvisning til psykolog eller psykiater, samt at tilstanden tegner på kronisk lidelse. [Klageren] fortæller, at hun er uenig i lægens vurdering af kronificering samt behandlingsmuligheder. Ut. oplyser, at der er mulighed for henvisning til psykiater i [jobrådgivning], men [klageren] mener ikke dette er relevant. Hun fortæller, at det går godt med arbejdet. Hun tager løbende nye [kunder] ind, ...

Det aftales, at der til næste samtale drøftes yderligere øgning af arbejdstiden, da [klageren] indtil hændelsen i det private, har oplevet bedring af tilstanden.

Sygemeldte oplyser vedr. arbejdssituation: [Klageren] har genoptaget sit arbejde med op til 50% siden sygemeldingens start den 13/09-2019. [Klageren] har fokus på løbende øgning af arbejdstiden i takt med, at hun oplever bedring i tilstanden.

Beskæftigelsesindsats – aktive tilbud: [Klageren] er tidligere oplyst om muligheden for henvisning til [jobrådgivning] eller Træningsafsnittet, Hun er dags dato oplyst om muligheden for henvisning til vurdering ved psykiater i [jobrådgivning], men ønsker ikke dette."

Af uddrag af kommunens "Min plan" fra 16/12 2019 fremgår bl.a.:

"Dato for samtale: 16/12-2019.

...

Status vedrørende helbredsproblematik/behandlings- og udredningsaktiviteter:

...

[Klageren] oplyser, at hun ikke har øget sin arbejdstid siden sidste opfølgning. Ut. oplyser, at der skal ske løbende øgning af arbejdstid under sygemeldingen, da tilstanden ellers kan betegnes som stationær. Det aftales, at der anmodes om en specifik helbredsattest fra praktiserende læge til brug for ny vurdering af [klagerens] uarbejdsdygtighed. Hun fortæller, at hun skal til praktiserende læge den 18/12, hvorfor hun vil kontakte lægen om hvorvidt attesten kan udfyldes i forbindelse med denne konsultation.

...

Sygemeldte oplyser vedr. arbejdssituation: [Klageren] har genoptaget sit arbejde med op til 50% siden sygemeldingens start den 13/09-2019. Hun forventer først, at hun kan øge sin arbejdstid yderligere den 01/03-2020."

Af specifik helbredsattest af 18/2 2019 fra egen læge fremgår bl.a.:

"A. Sygehistorie og igangværende behandling

Pt. kontakter os første gang i aktuelle sygdomsforløb 13/9-2019. Her fortæller hun at hun i en 4 års periode har haft det hårdt. Har gennemgået en hård skilsmisse. Har ... børn. Har arbejdet meget. Er [selvstændig]. Nu er der ved at falde ro på og pludselig kan pt. mærke en masse symptomer på den langvarige belastning. Fortæller om mental træthed, manglende energi, dårlig nattesøvn, lette kognitive problemer, hjertebanken, sygdomsangst. Ønsker deltidssygemelding, mener aktuelt blot at kunne arbejde 18,5 t ugentlig. Pt. fortæller at hun er tilknyttet psykiater, men det viser sig siden at være en bekendt, som godt nok er uddannet psykiater, men som ikke ønsker at udtale sig som psykiater. Det konkluderes at pt. efter lang tids belastning nu har stresslignende symptomer. Pt. deltidssygemeldes foreløbig 1 md.

Pt. kommer til opfølgende konsultation 10/10-2019, hvor situationen er stort set uændret. Går stadig til bekendt terapeut. Fortæller at hun føler behov for deltidssygemelding i ca. 6 mdr. Pt. tilbydes/tilrådes fortsat vurdering hos psykiater eller psykolog.

Pt. ses igen. 30/10-2019. På dette tidspunkt drøftes det uklare sygdomsbillede og jeg tilråder igen henvisning til psykiater eller psykolog mhp. diagnostisk afklaring. Pt. ønsker fortsat ikke dette.

Møder senest d. 18/12 mhp. udfyldelse attester og opfølgning. Her drøftes igen usikkerheden omkring diagnosen. Pt. er skuffet over at jeg ikke kan give hende en endelig diagnose, hvilket der spørges til både i FP401 og LÆ135.

C: Objektiv undersøgelse, diagnoser og prognose

OBJ upåfaldende, VKO, normalt psykomotorisk tempo, ej suicidaltruet.

D: Vurdering af helbredsforholdenes betydning for sagen ...

Overordnet er der tale om en problemstilling hvor pt. præsenterer sig med symptomer der umiddelbart kunne tyde i retning af en akut belastningsreaktion, men hvor jeg efter flere møder er i tvivl om diagnosen. Pt. har uden tvivl haft en hård periode over de seneste 4 år jvf. tidligere fortalte, men om og hvorledes dette kan klassificeres som en sygdom er jeg usikker på. Jeg har derfor rådet pt. til vurdering enten v. psykiater eller psykolog.

Da det ikke er lykkedes at stille en diagnose hos denne patient er det desværre heller ikke muligt at besvare øvrige spørgsmål om behandlingsmuligheder og uarbejdsdygtighed herunder timeantal.

Herfra skal fortsat lyde en opfordring til at pt. vurderes af psykiatrisk speciallæge såfremt pt. mener sig psykisk syg i en sådan grad at det påvirker hendes arbejdsevne."

Af uddrag af kommunens "Min plan" fra 10/1 2020 fremgår bl.a.:

"Dato for samtale: 07/01-2020.

...

Status vedrørende helbredsproblematik/behandlings- og udredningsaktiviteter:

Der er modtaget LÆ 135 fra praktiserende læge siden sidste samtale. Ut. oplyser at der er behov for henvisning til psykiater, da der er uklarhed omkring eventuel diagnose samt [klagerens] uarbejdsdygtighed. [Klageren] fortæller, at hun er sikker på at hun genoptager sit arbejde på fuldtid senest den 01/03-2020 og at hun gerne vil bekræfte dette skriftligt såfremt der er behov for det.

Ankenævnet for Forsikring

12.

98803

Det aftales at ut. sender raskmeldingsbrev til [klageren], hvori det fremgår, at hvis hun har indsigelser hertil, skal hun komme med dem."

Af kommunens brev af 7/1 2020 til klageren fremgår bl.a.:

"Raskmelding

Tak for din telefoniske henvendelse den 07/01-...

Du oplyser, at du har sidste sygedag den 29/02-2020, og at du genoptager dit arbejde på fuld tid **den 01/03-2020**. På baggrund af dette bringes din sygedagpengeudbetaling til ophør fra den 01/03-2020."

Af klagerens mailkorrespondance med selskabet fremgår bl.a.:

"E-mail den 19-12-2019

...

Jeg har i går været oppe hos min læge, for at få udfyldt papirerne og min læge mente ikke, at han kunne udfylde den, da han ikke var sikker på, hvad min diagnose var, dette på trods af at han har stillet den to gange overfor kommunen. Han mente, at jeg skulle henvises til en psykiater, da det er psykiatere der stiller diagnoser ift. akut belastningsreaktioner. Jeg er helt og aldeles uenig og har aldrig stødt på denne holdning før, heller ikke i mit professionelle virke. Jeg endte derfor med at gå fra konsultationen. Jeg er yderst utilfreds med, at jeg dermed ikke får mulighed for at aktivere min forsikring, som jeg betaler i dyre domme til og at jeg nu er skak mat, og må risikere at belaste mig selv endnu mere.

...

Fra: Topdanmark Livsforsikring A/S

Dato: fredag den 20. december 2019

...

Det er ærgerligt med din læge. Jeg må forsøge at vurdere din erhvervsevne uden lægeattesten.

Jeg beder dig udfylde den tidligere fremsendte erklæring samt vedhæftede funktionsskema. Når jeg modtager oplysningerne fra dig, skriver jeg til jobcentret i din kommune efter flere oplysninger om din sygemelding.

...

E-mail den 06-01-2020

...

Tak fordi du har forholdt dig kompetent og sagligt til min problemstilling og tak fordi du ikke lod min sag gå tabt, fordi min læge ikke kunne udfylde jeres skema. Det er jeg meget glad for og taknemmelig for. Jeg har udfyldt skemaet og scannet den sidste side ind, hvor min underskrift er på. Jeg har forsøgt at besvare spørgsmålene konkret og præcist, og har derfor ikke lavet lange uddybninger. Jeg anser jo ikke mig selv for et menneske, som skal være sygemeldt mere end til 1. marts. Jeg har haft brug for denne tid til at få mere ro på. Jeg har været igennem nogle voldsomme hændelser gennem mange år og nu har min hjerne og krop 'plads' til at reagere. Jeg har taget godt vare på mig selv ved at få hvile, have hyppige samtaler med min terapeut, træne, gå ture hver dag

Ankenævnet for Forsikring

13.

98803

og afskåret meget socialt fra min kalender. Dette har været godt givet ud, da jeg føler mig mere og mere ovenpå. Jeg har aldrig været sygemeldt før, jeg har aldrig haft brug for hjælp på denne måde, men det har været godt for mig, da jeg har undgået at gå helt ned. Det er klart belastningen, som jeg har reageret på og jeg er på vej tilbage igen. Jeg vil være glad for, om jeg kunne få aktiveret min forsikring i disse måneder, da det ville mindske den økonomiske belastning, som allerede har meldt sig."

Af funktionsskema modtaget af selskabet 7/1 2020 fremgår bl.a.:

"Alle spørgsmål skal besvares af den forsikrede.

Spørgsmål 1

a	Beskriv din helbredstilstand og fortæl hvordan den påvirker din evne til at arbejde	Jeg har været udsat for en voldsom stress og krisebelastning gennem de sidste 4 år, som jeg nu først reagerer på. Jeg er træt, uoplagt, sover dårligt, føler uro, har ændret humør, dårligere hukommelse, mindre tolerance.
b	Hvis du ikke er raskmeldt, forventer du så at genoptage arbejdet eller raskmelde dig?	Fra den 1/3 med 40 timer pr. uge
c	Hvilke arbejdsfunktioner mener du, at du kan udføre?	Jeg kan udføre dem alle, blot på nedsat tid.
d	Hvilke arbejdsfunktioner mener du ikke længere, at du kan udføre?	Jeg kan ikke arbejde lige så længe, som før.
e	Hvor mange timer mener du, at du kan arbejde om ugen?	20
f	Hvilken offentlig ydelse modtager du?	Dagpenge

...

Spørgsmål 3

a	Har du ændret søvn mønster, svært ved at falde i søvn eller svært ved at sove igennem?	... JA Hvis JA: x Hvordan og i hvilket omfang? Jeg sover dårligt; har svært ved at falde i søvn, sover for lidt, vågner op og derefter svært ved at finde hvile igen. Det sker næsten hver nat.
b	Har du hukommelses- og koncentrationsbesvær?	... JA Hvis JA: x Hvordan og i hvilket omfang? Jeg bliver hurtigere overbelastet og husker dårligere; glemmer klientaftaler, får ikke skrevet alt det nødvendige ned.
c	Har du haft uforklarlige angstanfald?	NEJ X

...

Spørgsmål 4

a	Er du forhindret i at udføre dagligdags aktiviteter, som du kunne udføre før sygdommen?	... JA Hvis JA: X Hvilke? Jeg er enlig mor til ... børn, som jeg har det meste af tiden selv. Jeg har langt mindre energi til at
---	---	---

Ankenævnet for Forsikring

14.

98803

		være om dem, hygge, sludre og ting som at lave en god aftensmad til dem. Jeg har brug for at hvile hver dag, inden de kommer hjem fra skole.
b	Hvor mange dage om ugen hindrer dine gener / symptomer dig i at udføre almindelige daglige aktiviteter – f.eks. købe ind, deltage i fritidsinteresser / hobbyer, deltage i sociale sammenkomster?	Uddyb: Det er vanskeligt at sætte ord på, da det varierer og da jeg er enlig ikke kan tillade mig at have sådanne dage. Jeg bruger energi, som jeg ikke har, for at udføre opgaverne.
...		
e	Er du forhindret i at udføre erhvervsaktiviteter, som du kunne udføre før sygdommen?	... JA Hvis JA: x Hvilke? Jeg har ikke overskud til at uddanne mig, som jeg har brug for at gøre. Jeg kan ikke komme til ... møder, da jeg må prioritere dem fra, for ikke at udmatte mig selv.

...

Spørgsmål 5

a	Har du daglige gener?	... JA Hvis JA: x Hvilke? Som nævnt i afsnit a.
b	Har du dage uden gener?	... JA Hvis JA: x Hvor ofte? Når jeg har weekend og børnene er hos deres far og jeg intet laver, andet end at tage mig af mig selv.
...		
e	Er du følsom overfor støj?	... JA Hvis JA: x Hvordan og hvornår oplever du generne? Det kan jeg være, når jeg er træt og mine børn larmer.
f	Har du grundet angst været nødsaget til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter?	NEJ x
g	Er du på grund af dine gener forhindret i at deltage i større forsamlinger?	NEJ x
h	Er dit humør ændret?	JA Hvis JA: x Hvordan? Jeg er mindre glad. Jeg er uoplagt, træt og har mindre energi.

...

Spørgsmål 6

a	Er du nødsaget til at tage medicin som følge af sygdommen?	NEJ x
----------	---	--------------

Spørgsmål 7

a	Beskriv en typisk dag – fra morgen til aften	Står op kl. 5.30, skal ordne madpakker, gøre børn klar etc. arbejdsdag derefter kl. 8.00. Hjem ca. 12.00 (købe ind, hvile), børn kommer hjem, (fritidsaktiviteter, lektier, aftaler etc.) lave aftensmad, spise, gøre klar til
----------	---	--

Ankenævnet for Forsikring

15.

98803

	næste dag (bad, tøj, læsning etc.). I seng kl. ca. 21.00.
--	---

"

Af erklæring til brug ved tab af erhvervsevne underskrevet 27/1 2020 fremgår bl.a.:

"

1.	Hvornår var din første sygedag?	d. 13/9-19
...		
3.	Har du været eller er du delvist sygemeldt?	... x Ja ... Hvor mange timer om ugen var/er du i stand til at arbejde i den periode? 20 t. Hvornår forventer du at kunne arbejde i samme omfang, som før du blev delvist sygemeldt? 1/3-20
4a.	Er du raskmeldt?	Hvilken dato er du raskmeldt? 1/3-20
...		
6.	Hvor mange timer arbejdede du om ugen, før du blev sygemeldt?	Antal timer ugentligt: 40
...		
10.	Er du sygemeldt som følge af sygdom?	x Nej
...		
12.	12. Hvordan er din helbredstilstand nu?	x Forbedret
13.	Er du eller har du været i behandling / til undersøgelse?	x Nej
...		
14b.	Tager du medicin?	x Nej
15.	Modtager du offentlige ydelser ved sygdom?	Nedsatte sygedagpenge, fra hvornår? 13/9-19
...		
18.	Oplys din løn for måneden før du blev sygemeldt	Jeg får ikke som sådan løn, men trækker ud, hvad jeg skal bruge.
19.	Modtager du fuld løn under sygdom?	x Nej Jeg har ikke de penge at trække ud af firmaet.

"

Af selskabets afgørelse af 1/5 2020 fremgår bl.a.:

"Vurdering af din erhvervsevne

Jeg har modtaget oplysningerne fra Jobcenter ... og vurderet alle oplysningerne.

Du har oplyst, at du i perioden fra 13. september 2019 til 1. marts 2020 var delvist sygemeldt og arbejdede 20 timer om ugen.

Vi vurderer ud fra, at fuld erhvervsevne svarer til en arbejdsuge på 37 timer.

Ud fra oplysningerne vurderer jeg, at din erhvervsevne ikke er nedsat med halvdelen eller mere, som er betingelsen for udbetaling fra din forsikring."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"7 Dækning

Stk. 1. Forsikringen dækker ved forsikredes erhvervsevnetab som følge af sygdom eller ulykke. Forsikringen dækker kun erhvervsevnetab opstået i forsikringstiden.

Stk. 2. Forsikringen er oprettet med en karenstid. Karenstidens længde fremgår af forsikringsmeddelelsen. Karenstidens begyndelse regnes fra det tidspunkt, hvor forsikrede opfylder betingelserne for at få forsikringsydelsen dog tidligst ved første lægekontakt. Udbetalingen begynder først, når forsikredes erhvervsevne har været nedsat med halvdelen eller mere uafbrudt i hele karenstiden. Der ydes altså ikke udbetaling for selve karenperioden.

Stk. 3. Udbetaling starter den 1. i måneden efter karenstidens udløb.

...

Stk. 5. Udgør forsikredes erhvervsevnetab 2/3 eller mere af den fulde erhvervsevne, så udbetales hele forsikringsydelsen og der ydes præmiefritagelse. Ved erhvervsevnetab mellem halvdelen og 2/3 udbetales halvdelen af forsikringsydelsen, men der ydes ikke præmiefritagelse. Genvindes erhvervsevnen således, at erhvervsevnetabet udgør mindre end halvdelen, stopper udbetalingen af forsikringsydelsen.

Stk. 6. Fastsættelsen af graden af erhvervsevnetabet sker på grundlag af en lægelig vurdering af erhvervsevnetabet (medicinsk erhvervsevnetab), samt oplysninger om, hvad forsikrede er i stand til at tjene ved egen arbejdsindsats, når erhvervsevnetabet tages i betragtning (økonomisk erhvervsevnetab). Såvel det medicinske som det økonomiske erhvervsevnetab skal opfylde betingelserne for at der kan ske udbetaling, se dog reglerne nedenfor om fleksjob.

Stk. 7. Topdanmarks vurdering af erhvervsevnetabet sker uafhængigt af den vurdering, de offentlige myndigheder eller andre selskaber foretager. Topdanmarks vurdering sker altså uden hensyntagen til, om der bevilges ydelser fra det offentlige eller andre forsikringsselskaber.

Stk. 8. Udbetalingen ophører, når betingelserne for udbetaling ikke længere er opfyldt dog senest ved det aftalte udløbstidspunkt/udbetalingsperiodens udløb eller ved forsikredes død forinden. Ophørstidspunktet fremgår af forsikringsmeddelelsen.

Midlertidigt erhvervsevnetab:

Ved midlertidigt erhvervsevnetab forstås, at forsikrede er ude af stand til at passe sit nuværende arbejde.

Ankenævnet for Forsikring

17.

98803

Ved 1/2 midlertidigt erhvervsevnetab forstås, at forsikrede alene kan passe sit arbejde i et omfang svarende til 1/2 eller mindre. Hvis forsikrede kan passe sit arbejde i større omfang end 1/2, er erhvervsevnetabet ikke 1/2.

Nedsættelse af erhvervsevnen foreligger, når forsikrede pga. sygdom eller ulykke ikke længere skønnes i stand til ved egen arbejdsindsats at oppebære en indtægt på mere end [1/2] respektive 2/3 af, hvad der i samme egn er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse, alder og køn.

Erhvervsevnen anses ikke for nedsat såfremt og så længe, forsikrede modtager fuld løn fra sin arbejdsgiver.

Udbetaling ved midlertidigt erhvervsevnetab sker i starten af perioden med nedsat erhvervsevne efter karenstidens udløb.

Når Topdanmark har foretaget en vurdering af, om forsikrede varigt har mistet erhvervsevnen, ophører forsikredes ret til udbetaling ved midlertidigt erhvervsevnetab. Denne vurdering sker som regel senest 18 måneder efter den 1. sygedag."

Nævnet udtaler:

Klageren, der er selvstændig, har været deltidssygemeldt med stress fra 13/9 2019 til 1/3 2020 og har modtaget sygedagpenge. Hun har arbejdet 50 % i sygeperioden. I januar 2020 søgte hun om midlertidige ydelser ved tab af erhvervsevne. Selskabet har afvist at udbetale ydelser med henvisning til, at klagerens erhvervsevne ikke har været nedsat med halvdelen eller mere. Klageren har arbejdet 20 timer om ugen, og selskabet har vurderet, at fuld erhvervsevne svarer til en arbejdsuge på 37 timer.

Klageren ønsker udbetaling. Hun har anført, at hendes arbejdstid er 40 timer om ugen, og at hun derfor var gået ud fra, at det ville være i orden at arbejde halvdelen heraf. Selskabets medarbejder oplyste ikke om selskabets fastlagte 37 timers-regel trods flere samtaler om arbejdstid. Klageren har anført, at selskabets regel om 37 timer som ugentlig arbejdstid ikke er forenelig med arbejdstiden i mange kommuner eller med andre landes arbejdstid, som er 42 timer ugentligt.

Klageren har anført, at det havde været i overensstemmelse med god skik og omsorg for en sygdomsramt forsikringstager, at selskabet havde vejledt hende, så hun kunne have opfyldt selskabets betingelser og modtaget den støtte, hun har betalt til og været fuldt berettiget til. Hun har anført, at "En stressramt person forsøger at overleve og klare hverdagen. En stressramt, som både tænker og husker dårligt, skal man hjælpe, og det er bl.a. derfor man som selvstændig erhvervsdrivende tegner en forsikring – for at kunne få professionel hjælp når nødvendigt".

Selskabet har anført, at det forhold, at klager har oplyst, at hun inden sygemelding arbejdede 40 timer om ugen, ikke ændrer ved, at der ved vurdering af erhvervsevnetabet tages udgangspunkt i en arbejdsuge på 37 timer, medmindre der foreligger helt særlige forhold, hvilket ikke er tilfældet i nærværende sag. Klageren har oplyst, at hun arbejdede 20 timer om ugen, og at der ikke var andre skånehensyn end den nedsatte tid. Selskabet har derfor lagt disse oplysninger til grund, og derfor har klageren ikke et erhvervsevnetab, der giver ret til udbetaling. Selskabet har anført, at selskabet ikke skal rådgive klageren til at angive et mindre timeantal, end hun faktisk har været i stand til at arbejde, som samtidig vil være spekulation i produktet.

Af specifik helbredsattest af 18/2 2019 fra egen læge fremgår det, at klageren "præsenterer sig med symptomer der umiddelbart kunne tyde i retning af en akut belastningsreaktion, men hvor jeg efter flere møder er i tvivl om diagnosen. Pt. har uden tvivl haft en hård periode over de seneste 4 år jvf. tidligere fortalte, men om og hvorledes dette kan klassificeres som en sygdom er jeg usikker på. Jeg har derfor rådet pt. til vurdering enten v. psykiater eller psykolog. Da det ikke er lykkedes at stille en diagnose hos denne patient er det desværre heller ikke muligt at besvare øvrige spørgsmål om behandlingsmuligheder og uarbejdsdygtighed herunder timeantal. Herfra skal fortsat lyde en opfordring til at pt. vurderes af psykiatrisk speciallæge såfremt pt. mener sig psykisk syg i en sådan grad at det påvirker hendes arbejdsevne".

Nævnet bemærker, at et dækningsberettigende erhvervsevnetab ikke indtræder, blot fordi klageren højst arbejder et bestemt antal timer om ugen. Erhvervsevnetabet bedømmes på bag-

Ankenævnet for Forsikring

19.

98803

grund af en samlet vurdering af de foreliggende oplysninger om blandt andet klagerens helbredstilstand, arbejdsformåen og behov for skånehensyn.

Nævnet bemærker videre, at det følger af almindelige forsikringsretlige principper, at det er klageren, der skal bevise, at hendes erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad.

Efter en samlet vurdering finder nævnet, at klageren har været belastet af en skilsmisse og et højt arbejdstempo som enlig mor, men at hun ikke har bevist, at hendes midlertidige erhvervsevne af medicinske årsager har været nedsat med mindst halvdelen i sygeperioden.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens gener overvejende beror på hendes subjektive forklaringer uden objektive tegn. Klagerens egen læge har ikke været i stand til at stille en diagnose, og hun har afslået sin læges og kommunens tilbud om udredning hos en psykolog eller psykiater. Hun har været tilknyttet en samtaleterapeut, som er uddannet psykiater, men denne har ikke afgivet en udtalelse.

Nævnet har videre lagt vægt på, at klageren har kunnet arbejde 20 timer om ugen med sine sædvanlige arbejdsopgaver, og at hun har taget nye kunder ind.

Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet har handlet i strid med god skik eller har givet klageren mangelfuld vejledning. Nævnet bemærker, at klageren har pligt til at give korrekte oplysninger til selskabet til bedømmelse af berettigelsen af det rejste krav.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Ankenævnet *for* Forsikring

20.

98803



Jens Kruse Mikkelsen

formand