

2006-2011

# Undersøgelse af klager over erhvervsevnetabsforsikringer

Maj 2012

## **Indholdsfortegnelse**

Undersøgelse af erhvervsevnetabsforsikringer .....	3
1. Baggrund - erhvervsevnetabsforsikringer .....	3
1.1 Fagspecifikt og generelt erhvervsevnetab .....	3
1.2 Påvisning af erhvervsevnetab .....	4
2. Finanstilsynets undersøgelse af ankenævnets praksis .....	5
3. Vurdering fra Ankenævnet for Forsikring .....	6
4. Konklusion .....	7

## Undersøgelse af erhvervsevnetabsforsikringer

Finanstilsynet får løbende henvendelser fra personer, der har oplevet problemer med deres erhvervsevnetabsforsikring. Det drejer sig som oftest om personer, som ikke mener, at de får den forsikringsdækning, som de er berettiget til i forbindelse med deres erhvervsevnetabsforsikring, eller som har oplevet problemer med at få anerkendt et erhvervsevnetab. Henvendelserne er ofte præget af individuelle problemstillinger. Derfor har det ikke været muligt at vurdere, om henvendelserne er udtryk for generelle problemer med erhvervsevnetabsforsikringer.

På baggrund heraf har Finanstilsynet gennemført en undersøgelse af sager i Ankenævnet for Forsikring, hvor forsikringstagere har klaget over deres forsikringselskab i forbindelse med en erhvervsevnetabsforsikring.

I det følgende ses der nærmere på den typiske udformning af erhvervsevnetabsforsikringer og de problemstillinger, som sædvanligvis giver anledning til klager. I den forbindelse ses der også nærmere på resultaterne af Finanstilsynets undersøgelse.

### 1. Baggrund - erhvervsevnetabsforsikringer

Erhvervsevnetabsforsikringer tegnes typisk som led i en arbejdsmarkedspensionsordning enten som del af en firmapensionsordning, på individuelt grundlag eller som en gruppelevs-forsikring.

Når der er tegnet en erhvervsevnetabsforsikring, sikres den forsikrede økonomisk i det tilfælde, at vedkommende ikke længere kan varetage et arbejde og dermed har mistet sin evne til at erhverve en indkomst.

Forsikringen dækker enten udbetaling af en løbende ydelse (invalidepension), udbetaling af et engangsbeløb (invalidesum) eller begge dele. Méngraden skal typisk være halvdelen eller 2/3 af den fulde erhvervsevne, før forsikringen dækker.

Der er ofte knyttet en karenperiode til erhvervsevnetabsforsikringer. Karenperioden vil typisk være på 3, 6 eller 12 måneder.

#### 1.1 Fagspecifikt og generelt erhvervsevnetab

Der kan være stor forskel på forsikringsbetingelserne for erhvervsevnetabsforsikringer. Det gælder fx i forhold til, hvorvidt forsikringen dækker tab af den fagspecifikke eller den generelle erhvervsevne. Flere selskaber anvender desuden begge begreber til vurdering af den forsikredes erhvervsevne afhængigt af, om der er tale om et midlertidigt eller et permanent erhvervsevnetab.

## Boks 1: Fagspecifik og generel erhvervsevne

Når et selskab vurderer et erhvervsevnetab ud fra **den fagspecifikke erhvervsevne**, er det afgørende element, hvorvidt den forsikrede er i stand til at varetage sit konkrete erhverv som fx håndværker, læge eller økonom mv..

Når et erhvervsevnetab vurderes ud fra **den generelle erhvervsevne**, fokuseres der på muligheden for at udnytte den forsikredes resterhvervsevne i et andet job eller i en støttet stilling (fleksjob).

Hvis det er usikkert, om forsikringstageren kan genoptage sit arbejde efter en periode, eller hvis der med sikkerhed er tale om et midlertidigt erhvervsevnetab, er forsikringstageren i udgangspunktet berettiget til at modtage dækning. I en række afgørelser fra Ankenævnet for Forsikring har ankenævnet lagt fast, at vurderingen af et midlertidigt erhvervsevnetab altid skal tage udgangspunkt i den forsikredes fagspecifikke erhvervsevne. Hvis det efter en periode står klart, at den forsikrede har et varigt erhvervsevnetab, vil selskabet fremadrettet kunne vurdere erhvervsevnetabet ud fra den generelle erhvervsevne.

Set fra den forsikredes synspunkt er det problematisk, når et selskab ændrer tilgang til vurderingen af forsikringstagerens erhvervsevne fra den fagspecifikke erhvervsevne til den generelle erhvervsevne. Det gælder fx når et selskab afviser at anerkende et permanent (generelt) erhvervsevnetab efter en periode, hvor selskabet har ydet dækning for et midlertidigt erhvervsevnetab. Det er desuden ofte svært for den forsikrede at forstå, at det ikke altid er den fagspecifikke erhvervsevne, der er afgørende for tildelingen af enten invalidesum eller invalidepension. Dette gælder specielt i de tilfælde, hvor den fagspecifikke erhvervsevne tidligere i forløbet har været afgørende for, at selskabet har ydet dækning.

### 1.2 Påvisning af erhvervsevnetab

Forsikringsbetingelserne for erhvervsevnetabsforsikringer kan også variere i forhold til de kriterier, der skal være opfyldt for at forsikringsselskabet vil anerkende et erhvervsevnetab. Eksempelvis har nogle selskaber i deres forsikringsbetingelser undtaget dækning for erhvervsevnetab, hvis der ikke er objektivt tegn på mén eller sygdom.

Sådanne forsikringsbetingelser betyder, at den forsikrede skal kunne påvise sin sygdom eller sine mén ved hjælp af fx en blodprøve, en scanning eller en anden metode, hvor resultatet af undersøgelsen er uafhængigt af den forsikredes egne udtalelser. Resultatet er, at ikke fysisk konstaterbare sygdomme som fx stress, svimmelhed, koncentrationsbesvær, synsforstyrrelser samt følgevirkninger af whiplash-læsioner i praksis ikke anerkendes af selskabet, da lidelserne ikke kan påvises via en objektiv måling.

Nogle selskaber fraskriver sig desuden ansvaret for visse specifikke lidelser uden objektive konstaterbare sygdomstegn. Et eksempel herpå kan ses i boks 2.

## Boks 2: Eksempel på undtagelse fra ikke-objektive tegn på mén eller sygdom

*Gruffeforsikringen dækker ikke sygdom eller tilstand, hvor der alene er subjektive klager over smerter, gener og lign. Dvs. situationer, hvor der ved lægelig undersøgelse ikke kan påvises objektive tegn på tilstedeværelse af mén eller sygdom. Ved en ikke-objektiv bestemt lidelse forstås en lidelse, hvis diagnose er bestemt ved en lægelig undersøgelse, som udelukkende baserer sig på forsikredes udsagn eller handling. Eksempler på ikke-objektive bestemte lidelser kan være syns- og høreforstyrrelser, nervøst hjerte, svimmelhed, hovedpine, hysteri, krisereaktioner, stress, myoser og lignende lidelser.*

Forsikringsbetingelser af denne type medfører ofte klager eller henvendelser til Finanstilsynet fra forbrugere, som ikke kan forstå, at de ikke kan opnå dækning fra deres erhvervsevnetabsforsikring, selvom de har fået tilkendt førtidspension eller har fået et fleksjob.

### 2. Finanstilsynets undersøgelse af ankenævnets praksis

Finanstilsynet har undersøgt sager ved Ankenævnet for Forsikring om erhvervsevnetabsforsikringer. Der er i den forbindelse set på erhvervsevnetabsforsikringer tegnet som led i en arbejdsmarkedspensionsordning enten som del af en firmapensionsordning eller på individuelt grundlag. Sagerne er afgjort ved Ankenævnet for Forsikring i perioden 1/1 2006 – 1/1 2011.

Generelt drejer et stort antal af sagerne sig om, at selskabet ikke vil anerkende et erhvervsevnetab som følge af et bestemt mén eller en bestemt sygdom. Derudover drejer en del sager sig om, at selskabet har anerkendt en mindre méngrad, end den forsikrede mener, er retvisende. Endelig er der en del sager, hvor den forsikrede har klaget over, at vedkommende er blevet frataget eller har fået reduceret sin forsikringsydelse begrundet med en ansættelse i et fleksjob eller lignende. I de tilfælde, hvor dette er sket skyldes det som oftest, at vedkommende arbejder mere, end det er tilladt ifølge forsikringsbetingelserne, hvis man skal have tilkendt hel eller delvis invalidepension.

Der er dog også tilfælde, hvor selskaberne ifølge ankenævnet uretmæssigt har undladt at anerkende et erhvervsevnetab. Det drejer sig eksempelvis om sager, hvor der mangler en diagnose, eller sager hvor diagnosen bygger på subjektive klager over smerter, gener eller lignende, selvom der er stillet en diagnose ud fra en undersøgelse på et lægefagligt anerkendt grundlag.

Relativt mange sager ved Ankenævnet for Forsikring drejer sig om, at selskabet ikke vil yde dækning for et erhvervsevnetab i forbindelse med overgangen fra vurderingen af et midlertidigt erhvervsevnetab til et permanent erhvervsevnetab (se tabel 1).

I 2010 angik 67 pct. af sagerne ved Ankenævnet for Forsikring, som drejede sig om erhvervsevnetabsforsikringer i forbindelse med individuelle pensioner, tilfælde, hvor selskabet tidligere havde tilkendt klager en midlertidig ydelse og efterfølgende enten undlod at anerkende et permanent erhvervsevnetab eller anerkendte en mindre méngrad end

klager havde forventet. Tilsvarende resulterede 50 pct. af sagerne om firmapension i 2010 i at selskabet fik medhold.

Generelt resulterer ca. 65 pct. af klagerne over livs- og pensionsforsikringer i, at selskabet får medhold<sup>1</sup>.

**Tablet 1: Sager hvor der er tilkendt midlertidigt fagspecifikt erhvervsevnetab, men afvist generelt erhvervsevnetab (procent af klagesager pr. år)<sup>2</sup>**

	2010	2009	2008	2007	2006	I gennemsnit
Tegnet på individuelt grundlag	67 %	61 %	62 %	74 %	75 %	68 %
Tegnet som firmapension	50 %	68 %	65 %	52 %	49 %	57 %

Ankenævnets afgørelser understøtter selskabernes praksis, og der er relativt få sager, hvor klager får medhold. Er der tale om tvivlstilfælde, benytter ankenævnet ofte vurderinger fra Arbejdsskadestyrelsen af den forsikredes méngrad. Det gælder fx tilfælde, hvor selskaberne har:

- undladt at anerkende et erhvervsevnetab
- anerkendt en lavere méngrad, end den forsikrede mener at have krav på.

I sager, hvor Arbejdsskadestyrelsens vurdering er indhentet, vil ankenævnet som oftest se på, om der er væsentlig grund til at formode, at Arbejdsskadestyrelsens vurdering ikke er retvisende. Hvis det vurderes, at Arbejdsskadestyrelsens vurdering er retvisende, vil denne som oftest danne udgangspunkt for ankenævnets fastsættelse af méngraden.

Samlet set er sagerne i Ankenævnet for Forsikring meget forskellige. Det gælder både i forhold til forsikringsbetingelser og klagernes indhold. Det er derfor svært at trække nogle generelle linjer i forbindelse med ankenævnets praksis. Det kan dog konstateres, at mange af de klager, som ankenævnet behandler, har i begrundelse i, at klager ikke har en tilstrækkelig forståelse for forsikringsbetingelserne. Derfor gives der ofte medhold til selskabet.

Dette kan tyde på, at selskaberne ikke kommunikerer tilstrækkeligt tydeligt til deres kunder om, hvilke kriterier, der skal være opfyldt for at opnå dækning fra en erhvervsevnetabsforsikring.

### 3. Vurdering fra Ankenævnet for Forsikring

På baggrund af den ovenstående undersøgelse har Finanstilsynet afholdt et møde med Ankenævnet for Forsikring for at drøfte, om ankenævnet kunne genkende de ovenstående konklusioner.

<sup>1</sup> Set som et gennemsnit fra 2009-2010 jf. årsberetning 2010 fra Ankenævnet for Forsikring.

<sup>2</sup> Statistikken bygger på kendelser fra sagsregisteret fra Ankenævnet for Forsikring i perioden 1/1-2006 -1/1-2011. Kategorien "tegnet på individuelt grundlag" dækker over sager under søgetermene: Individuel pension, Erhvervsevnetab. Kategorien "tegnet som firmapension" dækker over sager under søgetermene: Firmapension, Erhvervsevnetab. Procentsatserne i tabellen er udtryk for antallet af sager, hvor der er tilkendt midlertidigt fagspecifikt erhvervsevnetab, men afvist generelt erhvervsevnetab set i forhold til samtlige sager under den pågældende kategori i det relevante år.

Det var i den forbindelse ankenævnets opfattelse, at selskaberne informerer tilstrækkeligt om forskellen mellem anerkendelsen af et midlertidigt eller et permanent erhvervsevnetab (jf. den fagspecifikke og den generelle erhvervsevne). Det er således ikke et forståelsesmæssigt problem, der resulterer i klager ved ankenævnet over erhvervsevnetab.

Derudover nævnte ankenævnet, at især to faktorer gør sig gældende i forbindelse med klager over erhvervsevnetabsforsikringer:

1. Det er relativt billigt at klage (150 kr.).
2. Konsekvenserne ved ikke at få tilkendt en ydelse på baggrund af et erhvervsevnetab er forholdsvis store og kan føre til en lavere levestandard for den enkelte.

Der er således ifølge ankenævnet ikke tale om, at selskaberne ikke informerer om de vilkår, der gælder for udbetaling af ydelser fra erhvervsevnetabsforsikringer. Det er i stedet ankenævnets opfattelse, at klagerne på dette område ser en stor potentiel gevinst forbundet med muligheden for at få medhold i deres klagesag ved ankenævnet.

Dernæst oplyste ankenævnet, at der er et stigende antal klager ved ankenævnet over manglende anerkendelse af erhvervsevnetab ved ikke-objektivt konstaterbare sygdomme, som eksempelvis stress, svimmelhed og hovedpine. Ankenævnet oplyste samtidig, at ca. hver tredje klagesag, som nævnet modtager drejer sig om ikke-objektivt konstaterbare sygdomme.

#### **4. Konklusion**

Finanstilsynets undersøgelse har ikke vist tendenser på, at selskaberne ikke giver de forsikrede den forsikringsydelse, som de er berettiget til.

Generelt er sagerne ved Ankenævnet for Forsikring præget af stor forskellighed. Dette skyldes, at mange individuelle faktorer kan have betydning i forbindelse med tilkendelsen af en udbetaling fra en erhvervsevnetabsforsikring.

Det må dog konstateres, at mange sager resulterer i, at der gives medhold til selskaberne. I følge ankenævnet skyldes dette, at det er relativt billigt og nemt at klage, samt at betydningen af et medhold er meget stor for den enkelte klager. Det må således forventes, at der altid vil være et relativt højt antal klager på dette område, samt at mange klager vil resultere i medhold til selskaberne. Årsagen er derfor ikke, at selskaberne generelt ikke kommunikerer tilstrækkeligt til deres kunder om vilkår ved erhvervsevnetabsforsikringer.