

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 19. november 2025 blev i sag nr. 102978:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft forsikring ved tab af erhvervsevne og for kritisk sygdom. I klageskema af 27/1 2025 har klageren bl.a. anført:

"PFA påstår at jeg har afgivet urigtige oplysninger og har dermed opsagt min forsikring. Jeg har ikke givet urigtige oplysninger. De påstår jeg har haft psykiske symptomer og det vil jeg påstå ikke er korrekt. Jeg mistede [familiemedlem] meget pludselig der boede i ... 2016 og ca. 1 mdr. efter var der en ... der [døde], [klagerens andet familiemedlem] var totalt ude af den og vi havde en tvist, derfor var jeg trist.

Lægen har dementeret en udtalelse mht. til nakke. Ryggene har jeg svaret ja til at jeg havde problemer indenfor de sidste 5 år, men på tegningstidspunktet havde jeg ikke symptomer hvilket jeg også har svaret.

Er der brug for lægejournal kan den scannes ind til jer.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Genoptagelse af forsikringen."

Selskabet har den 25/3 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Forsikrede har haft dækning for tab af erhvervsevne og for kritisk sygdom hos Letpension, som administreres af selskabet.

I forbindelse med etablering af dækningerne pr. april 2021, afgav forsikrede helbredsoplysninger til selskabet, jf. forsikredes bilag 'Helbredserklæring– [klageren]', dateret 17. marts 2021.

På helbredserklæringen svarede forsikrede benægtende til spørgsmålet 'Psykiske sygdomme':

Har du indenfor de seneste 5 år haft symptomer på, blevet undersøgt, behandlet eller været til kontrol for psykiske tilstande/lidelser for eksempel depression, bipolar lidelse, stress, belastningsreaktion inklusiv posttraumatisk stress (PTSD), angst eller spiseforstyrrelse?: *Nej*

Til spørgsmålet 'Nakke- og rygsygdomme' afgav forsikrede følgende svar:

Har du indenfor de seneste 5 år haft symptomer på, blevet undersøgt, behandlet eller været til kontrol for sygdomme eller gener i nakke, ryg eller lænd for eksempel iskias, diskusprolaps, piskesmæld (whiplash), sygdomme i rygsøjlen eller rygsækævhed?: *Ja*

Du valgte: *Nakkegener (hold i nakken og spændinger i nakken) som IKKE er beskrevet under piskesmæld, diskusprolaps, hvirvelskred, skoliose eller slidgigt samt morbus Scheuermann*

Har du fortsat symptomer?: *Nej*

Har det eller har det haft betydning for din dagligdag, i mere end 1-2 dage, for eksempel i dit arbejde eller i din fritid?: *Nej*

Har du haft flere end 1 tilfælde af nakkegener?: *Nej*

Forsikrede anmeldte tab af erhvervsevne ved anmeldelse af 10. juni 2022, der fremlægges som bilag A som følge af en arbejdsulykke, hvor han var ...

Pr. 1. september 2022 blev forsikrede tilkendt udbetaling af løbende ydelser for tab af erhvervsevne på midlertidigt grundlag, jf. selskabets afgørelsesbrev af 13. september 2022, der fremlægges som bilag B.

Selskabet har herefter løbende fulgt op på forsikredes sag, og forlænget udbetalingen af løbende ydelser, idet forsikrede fortsat blev vurderet helbredsmæssigt nedsat med mindst halvdelen på midlertidigt grundlag.

I forbindelse med seneste opfølgning på forsikredes sag medio 2024 indhentede selskabet bl.a. opdaterede kommunale akter, der fremlægges som bilag C.

På baggrund af oplysninger i de kommunale akter (bilag C, s. 23) om, at forsikrede tidligere i sin sygehistorik havde været kendt med depressive symptomer og dyk i humøret, samt at der havde været mistanke om Aspergers – hvilke oplysninger ikke tidligere havde været selskabet bekendt – oplyste selskabet ved korrespondance af 9. september 2024 forsikrede om, at man ville undersøge forholdet nærmere, og at det kunne få betydning for hans forsikringsforhold.

Korrespondancen fremlægges som bilag D.

Selskabet indhentede herefter yderligere lægelige oplysninger for perioden 2016-2021, der fremlægges som bilag E.

Det fremgår af de lægelige oplysninger fra 21. august 2017 (bilag E, s. 27), at forsikrede var beskrevet som trist med manglende energi, ingen lyst og glæde, ruminerende negative tanker samt suicidale tanker, som dog kunne holdes på afstand.

Ved journalnotat af 28. august 2017 (bilag E, s. 26) er det beskrevet, at forsikrede ved en såkaldt MDI-test scorede for moderat depression, og der blev igangsat medicinsk behandling med mirtazepin.

I notat af 2. oktober 2017 (bilag E, s. 25) er det beskrevet, at forsikrede fik foretaget opfølgning på moderat depression, at han havde selvmordstanker, som dog kunne holdes på afstand, og ved journalnotat af 26. oktober 2017 (bilag E, s. 24) oplyste forsikredes kæreste, at forsikrede havde været trist og depressiv i snart 4-5 år.

Det fremgik videre af de lægelige akter, at forsikrede var kendt med en kronisk rygproblematik i form af lumbal discusprolaps, for hvilken han 2017 var tilbudt operation (bilag E, s. 22).

På baggrund af de indhentede helbredsoplysninger, som ikke stemte overens med de oplysninger, forsikrede havde afgivet til selskabet på helbredserklæringen, indhentede selskabet en forsikringsmedicinsk vurdering ved HEFO.

Ved brev af 30. september 2024, der fremlægges som bilag F, fremsendte HEFO deres vurdering. Forsikringsrisikoen blev vurderet til Dødelighed: D4 og Invaliditet: Afslag.

Selskabet traf 9. oktober 2024 afgørelse om at opsig forsikredes ordninger for tab af erhvervsevne (Letsikring ved sygdom) og kritisk sygdom, samt ændre prisgruppen for Letsikring ved død, jf. også forsikredes bilag 'Opsigelse fra PFA'.

Selskabet rettede tillige krav om tilbagebetaling af udbetalte ydelser ved brev af 15. oktober 2024, der fremlægges som bilag G.

Forsikrede indgav herefter klage via sin daværende advokat, jf. forsikredes bilag 'Brev til PFA', hvilken klage selskabet besvarede ved brev af 27. december 2024, der fremlægges som bilag H, og hvor selskabet fastholdt tidligere afgørelse.

Begrundelse for selskabets afgørelse

Selskabet har ved vurderingen lagt vægt på, at forsikrede i 2017 og 2018 har været diagnosticeret med en moderat depression, og han har været i medicinsk behandling med antidepressiver, men at forsikrede trods dette på helbredserklæringen i forbindelse med forsikringens tegning har svaret benægtende på spørgsmålet 'Psykelige sygdomme'.

Det er endvidere tillagt vægt, at forsikrede i samme periode er tilbudt operation for kroniske rygproblemer i form af lumbal discusprolaps, og at forsikrede trods dette alene har oplyst om beskudne nakkegener i helbredserklæringens spørgsmål 'Nakke- og rygsygdomme'.

Selskabet gør gældende, at forsikrede således har afgivet urigtige oplysninger, og selskabet ville ikke have tilbudt forsikrede de omtalte ordninger, såfremt forsikrede havde afgivet korrekte oplysninger i helbredserklæringen, hvilket vurderingen fra HEFO i øvrigt understøtter.

Selskabet er som følge heraf fri for ansvar, jf. forsikringsaftalelovens § 6, hvorfor selskabet fastholder sin afgørelse."

Ankenævnet for Forsikring

4.

102978

Klageren har i brev af 1/4 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Efter besøg ved den læge jeg var til efter [familiemedlem] døde har hun blot skrevet hendes notater i min journal så hun kunne huske hvad der var sket i mit liv. Jeg er aldrig blevet testet og har heller ikke været i medicinsk behandling for depression, desuden er jeg også afvist fra psykiatrien da det ikke havde noget på sig men sorg der betød at jeg var trist og ikke havde lyst til noget og ville have det til at ende. Lægen sagde desuden hun ikke er psykolog eller psykiater."

Nævnets sekretariat har den 22/5 2025 bedt selskabet om at fremsende et notat fra klagerens læge. Selskabet har i brev af 23/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet fremsender her notat fra klagers læge af 15. november 2024, hvoraf fremgår, at det er placeringen af diskusprolapserne, der fejlagtigt er beskrevet til nakken og ikke lænden. Notatet fremsendes som sagens bilag J."

Klageren har i brev af 11/6 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Mig og læge misforstod hinanden i den periode det stod på og hvis man læser det igennem kan man se at det kører frem og tilbage, og det andet er længere tilbage så det kommer ikke sagen ved og det med lænden er længere tilbage så det er ud over de 5 år man skal svare på."

Nævnets sekretariat har den 4/7 2025 bedt selskabet om at oplyse, fra hvilket tidspunkt selskabet har forhøjet præmien på dødsfaldsdækningen, og hvor hjemlen til den pågældende præmieforhøjelse findes. Sekretariatet har videre bedt selskabet om at oplyse, om selskabet har overvejet, om selskabet – hvis klageren ikke ønsker at betale en højere præmie – i stedet skulle have oplyst til klageren, at den/de begunstiget i så fald alene vil være berettiget til pro rata erstatning, hvilket er den retsvirkning, som er beskrevet i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2. Selskabet har i brev af 28/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Som bilag K fremlægges brev af 11. oktober 2024 til forsikrede, hvorved forsikrede blev informeret om præmieforhøjelsen, som havde virkning fra tegningstidspunktet.

Det fremgår af brevet, at såfremt forsikrede kunne acceptere præmieforhøjelsen, skulle forsikrede underskrive og returnere det vedlagte tilbud senest d. 30. oktober 2024. I modsat fald ville forsikringen ophøre uden yderligere varsel.

Selskabet modtog ikke nogen accept fra forsikrede inden fristens udløb (og ej heller efter), hvorfor selskabet ved brev af 31. oktober 2024, der fremlægges som bilag L, orienterede forsikrede om, at forsikringen var ophørt.

Nævnet anmoder selskabet redegøre nærmere for hjemlen til at forhøje præmien for dødsfaldsdækningen.

Ankenævnet for Forsikring

5.

102978

Præmieforhøjelsen er begrundet i selskabets indtegningsregler og vurderingen af den forsikringsrisiko, som helbredsoplysningerne giver anledning til. Selskabet har ikke fundet anledning til at gøre pro rata-dækning gældende overfor forsikrede ud fra princippet i forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2, idet dette ikke er i overensstemmelse med selskabets indtegningsregler for det pågældende produkt."

Klageren har i brev af 29/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg ønsker hermed at afgive supplerende bemærkninger i min sag mod PFA.

1. Skiftende begrundelser

PFA har givet tre forskellige forklaringer i min sag:

Først ophævelse pga. påståede urigtige oplysninger (brev af 9. oktober 2024), derefter et nyt tilbud på forsikring med en væsentlig forhøjet præmie (ca. 20.000 kr.), og nu påstand om, at der blot var tale om præmieforhøjelse. Disse forklaringer er indbyrdes uforenelige og viser, at afgørelsen hviler på et usikkert grundlag.

2. Manglende hjemmel til ophævelse

Jeg har ikke afgivet urigtige oplysninger. PFA har heller ikke dokumenteret, hvilke oplysninger de mener skulle være forkerte.

Efter FAL §§ 4 og 18 er betingelserne for ophævelse derfor ikke opfyldt.

3. Krav om tilbagebetaling

PFA har desuden krævet, at jeg skal tilbagebetale allerede modtagne ydelser.

Efter FAL § 29 kan et selskab kun kræve tilbagebetaling, hvis udbetalingen er sket på urigtigt grundlag, fx ved svig eller grov uagtsomhed. Det er ikke tilfældet her.

4. Præmieforhøjelse med tilbagevirkende kraft

Endelig har PFA forsøgt at gennemføre en præmieforhøjelse bagudrettet.

Efter FAL § 6, stk. 2 kan selskabet alene nedsætte dækningen forholdsmæssigt (pro rata).

Der er ingen hjemmel til ensidigt at forhøje præmien med tilbagevirkende kraft.

5. Min anmodning

Jeg beder derfor nævnet lægge til grund:

at jeg ikke har afgivet urigtige oplysninger,

at PFA ikke har hjemmel til at kræve tilbagebetaling, og at PFA ikke kan forhøje præmien bagudrettet.

Jeg anmoder om, at PFA's afgørelse tilsidesættes, og at min forsikringsdækning opretholdes."

Selskabet har i brev af 29/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Til forsikredes pkt. 1 må henvises til, at der hverken er tale om forskellige eller skiftende forklaringer, og at disse i øvrigt ikke er indbyrdes uforenelige, således som forsikrede hævder.

For så vidt angår forsikredes pkt. 2 om påstået manglende hjemmel, skal selskabet for det første bemærke, at selskabet allerede i brev af 9. oktober 2024 (forsikredes bilag) har redegjort for grundlaget for ophævelsen af forsikringerne.

Som det fremgår af brevet af 9. oktober 2024, er det selskabets opfattelse, at forsikrede enten vidste eller burde have vidst, at han afgav forkerte eller mangelfulde oplysninger til selskabet, og ophævelsen af forsikringerne har således hjemmel i forsikringsaftaleloven §§ 4-6. Forsikringsaftaleloven § 18 vedrører den sikredes forsætlige fremkaldelse af forsikringsbegivenheden, og finder således ikke anvendelse i nærværende sag.

Forsikrede gør i indlæggets pkt. 3 gældende, at der ikke kan rejses krav om tilbagebetaling med henvisning til forsikringsaftaleloven § 29. Forsikredes synspunkt er – i bedste fald – noget uklart. Forsikringsaftaleloven § 29 omhandler således forældelse af krav i anledning af forsikringsaftalen.

Vedrørende forsikredes pkt. 4 i indlægget skal selskabet bemærke, at forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2 giver selskabet en ret til at nedsætte dækningen pro rata, forudsat selskabet i øvrigt løfter bevisbyrden for, at selskabet ville have overtaget forsikringen på andre vilkår.

Som anført i selskabets brev af 28. august 2025 giver selskabets indtegningsregler til det pågældende produkt tillige ikke mulighed for at gøre pro rata-dækning gældende, jf. forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2. Selskabets indtegningsregler er fortrolige forretningsoplysninger, og fremlægges således ikke i sagen. Måtte nævnet ønske at se indtegningsreglerne, er selskabet dog indstillet på at fremsende dem til nævnets gennemsyn.

Selskabet skal supplerende bemærke, at forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2 ikke er beskyttelsespræceptiv, jf. samme lovs § 10, stk. 1 modsætningsvist.

Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2 afskærer i øvrigt ikke selskabet fra at anvende § 6, stk. 1, og ej heller fra at tilbyde forsikrede at fortsætte dødsfaldsdækningerne til anden, højere præmie.

Hensigten med forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2 er at give forsikringsselskabet mulighed for at reducere erstatninger pro rata for allerede indtrufne skader i tilfælde, hvor det må antages, at selskabet ikke ville have overtaget forsikringen på de vilkår, den var tegnet på, havde der ikke været givet urigtig oplysning. Virkemåden i § 6, stk. 2 er således ikke et alternativ til virkemåden af § 6, stk. 1, men i stedet et supplement hertil.

I en situation som den foreliggende, hvor der end ikke er indtruffet nogen dækningsberettiget skade, som kan henføres under den omhandlede dødsfaldsdækning, forekommer det modsætningsfyldt – og urimeligt tyngende for selskabet – hvis selskabet ikke måtte være berettiget til at meddele, at dødsfaldsdækningen alene kan fortsætte mod betaling af korrekt præmie, men i stedet skulle være begrænset til alene at reducere forsikringssummen."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens læge af 21/8 2017:

"Trist, manglende energi, ingen lyst og glæde, ruminerende negative tanker. Økonomi. Belastninger og ufrivillige ændrede livsomstændigheder.

Belastninger:

...

Aug. 2016: [Familiemedlem] dør pludselig i... samtidig [dør en ...] få dage efter.

Socialt:

[Klageren] har 2 discusprolaps i nakken med udstråling til ben efter arbejdsskade. Periodiske smerter, må opgive næsten færdiggjort ... uddannelse, var meget dygtig.

...

OBJ: Velsoigneret, høflig, psykomotoriks let hæmmet og nervøs med langsom tale, motorisk rolig. Har suicidale tanker men kan trænge dem på afstand. Har intet der holder ham fra det, (kan ej sætte ord på det) Påvirket søvn med meget forskellig døgnrytme. Svært ved at sove grundet negativ ruminering men sover ok når han først falder i søvn.

Mad kan glemme at lave mad til sig selv og først spise kl. 18.

Ny tid til opfølgning incl dep bp

OBS pro depression og belastning. Overvejer psykolog. Vurderes ej suicidal truet aktuelt.

medgives MDI, skal lave aften terapi med 3 gode ting, roligt regime før fast søvnrutine, rp melatonin 4 mg*1/dgl"

Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens læge af 28/8 2017:

"P76 Depressiv enkeltepisode af moderat grad (f321)

Notetekst:

Moderat depression

MDI 3 kernesymptomer 9 følge. samlet score 48

Helt ubalance i søvn og madvaner. Sover dog ca. 6-7 timer uden medicin. Har ej afhentet melatonin grundet ...

Forsat lidt latenstid, kognitiv træg."

Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens læge af 2/10 2017:

"Opfølgning på moderat depression.

Har fået svar på normale blodprøver men ej forstået han skulle afhente og opstarte mirtazapin. Således ingen fremgang.

Humør: Er forsat trist, har opgivende ruminerende tanker om at det hele kan være lige meget. Kan holde dem på afstand men har ikke meget der afholder ham fra at gøre alvor af det.

Søvn: forstyrret søvnrytme. Kan være vågen 3-4 t før han sover, føler ingen træthed, sover dog gennemsnitlig 5-6 t afbrudt.

Mad: spiser forsat kun 1-2 måltider. Formå ej at ændre sine uhensigtsmæssige rutiner.

...

Træning: ingen.

Psykomotorisk: fremstå lidt lettere, men med nedsat fatteevne. Meget stringendt tænkende. Ej uro, ej grådlabil.

Asbergs syndrom obs pro.
Opstart medicin opfølgning om 3-4 uger. Hvis ingen bedring distrisks psyk."

Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens læge af 26/10 2017:

"Opfølgning på medicin
kæreste ... gennem 7 år med d.d. Hun oplyser han har været trist og depressiv i snart 4-5 år. Siden ... tog til ... det eskalerede i 2016 v [familiemedlems] død da han var [klagerens] støtte og rådgiver. Føler ikke han har nogen han har tillid til som han kan åbne sig overfor. Er meget reserveret, selv for kæreste og familie. Angiver at have været normal teenager, kæreste kommenterer dog 'mere normal'
Mirtazapin 15mg uden synderlig effekt. Nu forværring i søvnmønster. Kan ikke finde ro, sover nogle gange med det samme andre gange lang rumivering, ej rigtig trist ej træt mere frustreret og føler søvn er spild af tid. bliver dog i sengen og vender og drejer sig.
cres mirtazapin 30mg
opfølgning om 10 dag
anbefalet ejenansvar m motion, mad. gør intet selv.
Skal forsøge 2 slagt antidep før evt. henvisning til distriktet. obs pro underliggende diagnose."

Det fremgår bl.a. af journal fra telefonkonsultation fra klagerens læge af 9/11 2017:

"Ikke set som aftalt til kons i går til opfølgning før familiebesøg hos ... Skal ikke på turistferie men på familiebesøg fordi han trænger til at se sin familie.
Medicin opfølgning: sover bedre på mirtazapin op til 6 t. Har ingen ændring i humør observeret, forsat ingen overskud, initiativ, ej opstartet motion og faste madvaner.
Ikke suicidal truet."

Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens læge af 19/12 2017:

"Har haft det godt i ... lige kommet hjem for en uge siden fra familiebesøget. ...
Har spist og sovet og haft det godt. Efter hjemkomst frustreret over kulde, livssituation, kommunale problemer. arbejdsskandestyrelsen og økonomi. Får ej spist fast.
Har skaffet jobsamtale om 3 dage som ..., sover godt, med få ruminerende tanker.
Kan ej selv mærke effekten på medicinen.
Det er dog tydeligt at han er mere stemningsløst, svarer for sig, spørger til fremtid og planer.
Spørger til muligheder for ryggen. Rygcenter: tilbudt operation for lumbal diskusprolaps men hvis han kan leve med det så anbefaler de det da der formentlig om 10 år skal gøres stivgørende operation hvis han vælger diskusfjernelse. Pt er indforstået, ønsker at leve med det for nu. genoptage kommunal ... pr 2. jan. 2018.
Henvises til distriktet for underliggende personlighed forstyrrelse, autisme eller asberger."

Det fremgår bl.a. af psykiatriens korrespondancebrev til klagerens læge af 26/1 2018:

"I henvisningen findes ikke tilstrækkelige oplysninger til at kunne vurdere, om den samlede problematik er en opgave for hospitalsbaseret psykiatri."

For at kunne vurdere problemstillingen vil der være behov for en ny henvisning, med konkret beskrivelse af aktuelle symptomer - herunder hvilke aktuelle kernesymptomer og ledsagesymptomer, der er ved depression. Desuden symptomer der giver mistanke om personlighedsforstyrrelse og autisme.

Desuden ønskes oplysning om der har været opfølgning af den iværksatte medicinske behandling, om der er compliance, da der i følge FMK ikke har været udlevering af Mirtazpin siden oktober 2017.

Endvidere en beskrivelse af graden af forpinthed og forværring, desuden ønskes oplysninger om aktuelle funktionsniveau og hvilke tiltag der er gjort i primær sektor, med henblik på vurdering af sværhedsgraden."

Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens læge af 5/2 2018:

"Opfølgning på humør

Er startet i skole som ...

Sover udmærket, glæder sig til at få rytme på dagen og faste mennesker omkring sig.

Tager ej medicin længere har ej fået genbestilt siden efteråret.

... Lærte at regne på ... uddannelsen og klarede sig rigtig godt frem til arbejdsulykken med dårlig ryg for 2 år siden.

I ... været under kommunal revalidering hvor der blev udført test, (Lyder psykologisk kognitivt) men han flyttede og fik aldrig resultatet,- har forsøgt at ringe efter det men papirerne er væk.

Obj er forsat lidt psykomotorisk flad, er lidt apatiske i sin fremtoning. Relationerne til andre mennesker er lidt ændrede, Føler sig ensom og anderledes. Oplever meget modgang i livet og magter ej at tage affære herpå. Har dårlig relation til familien og det gør ham trist. Har været en dygtig [erhverv].

Været trist, opgivende, siden teenagealderen. Meget svært at styre compliance mæssigt.

OBs pro oligofreni, Asberger."

Det fremgår bl.a. af sygehushenvisning fra klagerens læge:

"Bedes indkaldes til vurdering og udredning da han har svært ved at indgå i samfundet på de gængse præmisser men kunne hjælpes væsentligt med de rette støttemekanismer."

Det fremgår bl.a. af psykiatriens korrespondancebrev til klagerens læge af 8/2 2018:

"På baggrund af oplysningerne i henvisningen vurderes en sværhedsgrad 3/7 og en belastningsgrad/funktionsniveau til 3/7, og således ikke en opgave for hospitalsbaseret psykiatri.

Der vurderes ikke at være tegn på svær autisme, hvorfor udredning vil kunne varetages i primær sektor i kommunalt regi eller ved privatpraktiserende psykiater."

Det fremgår bl.a. af journal fra telefonkonsultation fra klagerens læge af 9/2 2017:

"Aftaler han omvisiteres til [psykiater] samt der sendes anmodning til kommunen att ... mhp. om kommunen vil forestå testning af kognitive evner og formålet tilsvarende hvad han fik i ... kommune under revalidering. Test og resultat er ifølge [klageren] bortkommet inden han fik svaret.

I breves skal stå følgende:

Kære ...

Jeg vil gerne på vegne af [klageren] bede dig overveje om kommunen vil være behjælpelig med at få foretaget en neuropsykologisk testning af [klageren] og hans kognitive formåen.

Under revalidering i ... kommune blev han testet men test og resultat bortkom ifølge [klageren] før han fik resultatet. Han har forgæves forsøgt at få resultatet.

[20'erne] mand fulgt i praksis i et halvt år med tristhed og depression. Han er nu bedret i tristheden men det syntes mere og mere klart at han er præget af en underliggende diagnose i autismespekteret. Relationen er afstumpet, tænkningen vedvarende rigid, han har en svækket tilknytningsevne og manglende evne til at handle til eget bedste men lader stå til og fremstår derved in-compliant. Føler altid verden er ham imod og forstår ikke helt den kontekst han ser sat i.

Dette gennemsyrrer hans hverdag og begrænser ham.

Han har dog formået at tage en ... uddannelse som han nu har mistet grundet arbejdsskade og aktuelt er påbegyndt omskoling via kommunen til ...

...

Bedes indkaldes til vurdering og udredning da han har svært ved at indgå i samfundet på de gængse præmisser men kunne hjælpes væsentligt med de rette støttemekanismer.

Jeg mener dog ikke dette på nogen måde, er hæmmende for hans omskoling til ...

Men vi har brug for at udrede om der er underliggende årsag til at alt er så svært for [klageren] mhp. fremtidig behov for støtte evt. kognitiv edukation.

Jeg har ligeledes henvist ham til udredning ved privat praktiserende psykiater ..."

Det fremgår bl.a. af journal fra psykiater af 3/9 2018:

"Patienten er udeblevet til første samtale uden afbud og har ikke henvendt sig herefter, hvorfor han/hun regnes som afsluttet herfra."

Det fremgår bl.a. af helbredsoplysninger afgivet af klageren den 17/3 2021:

"Helbredsspørgsmål

...

Psykiske sygdomme

Har du indenfor de seneste 5 år haft symptomer på, blevet undersøgt, behandlet eller været til kontrol for psykiske tilstande/lidelser for eksempel depression, bipolar lidelse, stress, belastningsreaktion inklusiv posttraumatisk stress (PTSD), angst eller spiseforstyrrelse?: *Nej*

Nakke- og rygsygdomme

Har du indenfor de seneste 5 år haft symptomer på, blevet undersøgt, behandlet eller været til kontrol for sygdomme eller gener i nakke, ryg eller lænd for eksempel iskias, diskusprolaps, piskesmæld (whiplash), sygdomme i rygsøjlen eller rygskævhed?: *Ja*

Du valgte: *Nakkegener (hold i nakken og spændinger i nakken) som IKKE er beskrevet under piskesmæld, diskusprolaps, hvirvelskred, skoliose eller slidgigt samt morbus Scheuermann*

Har du fortsat symptomer?: *Nej*

Har det eller har det haft betydning for din dagligdag, i mere end 1-2 dage, for eksempel i dit arbejde eller i din fritid?: *Nej*

Har du haft flere end 1 tilfælde af nakkegener?: *Nej*

...

Jeg har besvaret alle spørgsmål efter bedste overbevisning og har ikke fortiet eller undladt noget. Jeg er klar over, at urigtige eller mangelfulde oplysninger kan medføre, at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra PFA Pension."

Det fremgår bl.a. af Videntcenter for Helbred & Forsikrings risikovurdering af 30/9 2024:

"Risikovurdering ved personforsikring pr. 20-04-2021

De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komite i Videntcenter for Helbred & Forsikring. Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville komiteen have vurderet forsikringsrisikoen pr. 20-04-2021 til:

Dødelighed: D4 Invaliditet: Afslag

Forklaring på vurderingen

Vurderingen er baseret på de foreliggende oplysninger om psykiske symptomer, bl.a. på depression med suicidale tanker samt nakke-ryggener, der har påvirket funktionsevnen (uddannelsesforløb).

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læge. Forsikrede konsulterede lægen i august 2017 pga. tristhed og manglende energi samt suicidale tanker, som dog kunne trænges på afstand. Egen læge vurderede, at der er tale om en moderat depression og ordinerede Mirtazepin. I oktober 2017 var forsikrede fortsat trist og der var forværring i søvn mønster.

Forsikrede konsulterede senest lægen i februar 2018 og var på det tidspunkt fortsat lidt psykomotorisk flad og lidt apatisk i sin fremtoning. Forsikrede følte sig ensom og anderledes. Havde været trist og opgivende siden teenagealderen. Meget svær at styre compliance mæssigt. Obs. Asperger.

Det fremgår i januar 2018, at forsikrede blev henvist til psykiatrien, men blev afvist da der ikke vurderedes at være tegn på svær autisme.

I forbindelse med læge konsultation i august 2017 fremgår det også, at forsikrede havde haft 2 to diskusprolaps i nakken med udstråling til ben efter arbejdsskade. Forsikrede havde periodiske smerter og måtte opgive næsten færdiggjort [uddannelse].

I december 2017 spørger forsikrede til behandlingsmuligheder for ryggen. Rygcentret anbefaler, at er går 10 år før stivgørende operation, hvis han kan leve med det. Forsikrede valgte at leve med det nu.

Ankenævnet for Forsikring

12.

102978

I februar 2018 fremgår det også, at forsikrede klarede sig rigtig godt på [uddannelse] frem til arbejdsulykken med dårlig ryg for 2 år siden.

Risikovurdering for KS pr. 20. april 2021: Afslag.

Til selskabet: Vi gør opmærksom på, at der ikke foreligger lægelige oplysninger om forløbet efter 2018 og frem til 2021."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 9/10 2024:

"Vi opsiger din Letsikring ved sygdom og Letsikring ved kritisk sygdom og ændre prisgruppen på din Letsikring ved død.

Du har modtaget udbetaling fra din Letsikring ved sygdom siden den 1. september 2022. I forbindelse med vi har foretaget en opfølgning på din sag har vi modtaget nye helbredsoplysninger. Vi har derfor undersøgt de helbredsoplysninger, du gav til os, da din Letsikring ved død, Letsikring ved sygdom og Letsikring ved kritisk sygdom blev oprettet.

Vi kan nu se, at helbredsoplysningerne ikke var rigtige. Derfor ophæver vi din Letpension ved sygdom og Letsikring ved kritisk sygdom.

Din forsikring med dækning ved død kan forsætte til forhøjet prisgruppe, og du vil blive opkrævet differensen på den forhøjede præmie. Du vil høre nærmere herom.

...

Hvad sker der nu?

Du har fået udbetaling fra Letsikring ved sygdom fra den 1. september 2022 til den 30. september 2024, som du ikke har været berettiget til. Derfor vil du modtage et brev fra os med en oversigt over, hvor meget du skal betale tilbage til os."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 11/10 2024:

"Dine forsikringer Letsikring ved kritisk sygdom og Letsikring ved sygdom, er annulleret fra tegningsdato. Letsikring ved død x 2 kan fortsætte mod forhøjet præmiebetaling

Police: ... Kritisk Sygdom og police: ... Letsikring ved Sygdom

Vi har i forlængelse af vores skadebrev dateret den 9. oktober 2024, annulleret din Letsikring ved kritisk sygdom og Letsikring ved sygdom fra tegningspunktet den 20. april 2021. Du er derfor ikke dækket af forsikringerne.

Din indbetaling for forsikringerne udgør i alt 46.946,57 kr. Præmien for Kritisk Sygdom på i alt 4.684,52 kr., overføres snarest til din konto i [bank].

Præmien for Letsikring ved Sygdom på i alt 42.262,05 kr., overføres til din konto i [bank] om ca. 14-21 dage.

Vi beder dig kontakte dit pengeinstitut, hvis du har spørgsmål til tilbagebetalingerne. Du kan se herunder, hvordan vi har beregnet beløbet.

Ankenævnet *for* Forsikring

13.

102978

Forsikring	Præmieperiode	Præmiebeløb
Letsikring ved kritisk sygdom	20. april 2021 - 31. december 2024	4.684,52 kr.
Letsikring ved sygdom	20. april 2021 - 31. oktober 2024	42.262,05 kr.

Ankenævnet for Forsikring

14.

102978

Beløb overføres som nedenstående:

Kritisk Sygdom:

Periode:	Beløb:
20.04.2021-30.04.2021	772,52 kr.
01.01.2022-31.12.2022	1.240,00 kr.
01.01.2023-31.12.2023	1.316,00 kr.
01.01.2024-31.10.2024	1.356,00 kr.

Letsikring ved Sygdom:

Periode:	Beløb:
20.04.2021-30.04.2021	8.170,05 kr.
01.01.2022-31.12.2022	11.718,00 kr.
01.01.2023-31.12.2023	12.204,00 kr.
01.01.2024-31.10.2024	10.170,00 kr.

Letsikring ved død til forhøjet præmie x 2

Police ... og police ...

Dine Letsikringer ved død, kan fortsætte mod forhøjet præmiebetaling. Du har to Letsikring ved død (den ene er pantsat til [bank] og den anden er til nærmeste pårørende).

Police ... (pantsat til [bank]):

Den præmie du oprindeligt skulle betale for perioden 20.04.2021 til 31.12.2024 udgør i alt 7.957,14 kr. Du har for perioden 20.04.2021 til 31.12.2024 betalt 2.652,38 kr. Differencen for forhøjet præmie i samme periode udgør derfor 5.304,76 kr., som opkræves via. [bank], hvis du accepterer vedlagte tilbud.

Udregning police ...:

Produkt	Betalt præmie:	Forhøjet præmie:	Præmie difference der opkræves ved accept:
20.04.2021-31.12.2021	457,38 kr.	1.372,14 kr.	914,76 kr.
01.01.2022-31.12.2022	676,00 kr.	2.028,00 kr.	1.352,00 kr.
01.01.2023-31.12.2023	730,00 kr.	2.190,00 kr.	1.460,00 kr.
01.01.2024-31.12.2024	789,00 kr.	2.367,00 kr.	1.578,00 kr.

Police ... (nærmeste pårørende):

Den præmie du oprindeligt skulle betale for perioden 20.04.2021 til 31.12.2024 udgør i alt 7.957,14 kr. Du har for perioden 20.04.2021 til 31.12.2024 betalt 2.652,38 kr. Differencen for forhøjet præmie i samme periode udgør derfor 5.304,76 kr., som opkræves via. [bank], hvis du accepterer vedlagte tilbud.

Ankenævnet for Forsikring

15.

102978

Udregning police ...:

Produkt	Betalt præmie:	Forhøjet præmie:	Præmie difference der opkræves ved accept:
20.04.2021-31.12.2021	457,38 kr.	1.372,14 kr.	914,76 kr.
01.01.2022-31.12.2022	676,00 kr.	2.028,00 kr.	1.352,00 kr.
01.01.2023-31.12.2023	730,00 kr.	2.190,00 kr.	1.460,00 kr.
01.01.2024-31.12.2024	789,00 kr.	2.367,00 kr.	1.578,00 kr.

Hvis ikke du accepterer tilbuddet, må vi desværre opsige begge Letsikringer ved død fra tegningstidspunkt den 20. april 2021 og du vil modtage indbetalt præmie retur på i alt 2 x 2.652,38 kr. = i alt 5.304,76 kr.

Underskrevet tilbud, bedes sendes retur senest den 30. oktober 2024. Hvis ikke vi hører fra dig inden fristen, opsiges forsikringen uden yderligere varsel."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 31/10 2024:

"Din forsikring Letsikring ved død (pantsat til [bank]) og Letsikring ved død (nærmeste pårørende), er begge opsagt pr. tegningsdato

Jf. vores brev dateret den 11. oktober 2024, blev du tilbudt fortsættelse af dine Letsikring ved død forsikringer, mod forhøjet præmiebetaling. Da vi ikke har hørt fra dig inden tidsfristen den 30. oktober 2024, har vi derfor uden yderligere varsel, opsagt forsikringerne fra tegningstidspunktet den 20. april 2021.

Du er derfor ikke dækket af forsikringerne.

Police ... (pantsat til [bank]):

Din indbetaling for perioden den 20. april 2021 til den 31. december 2024, udgør i alt 2.652,38 kr., som snarest bliver overført til din konto i [bank].

Beløbet overføres som nedenstående:

Periode:	Beløb:
20.04.2021-31.12.2024	457,38 kr.
01.01.2022-31.12.2022	676,00 kr.
01.01.2023-31.12.2023	730,00 kr.
01.01.2024-31.12.2024	789,00 kr.

Police ... (nærmeste pårørende):

Din indbetaling for perioden den 20. april 2021 til den 31. december 2024, udgør i alt 2.652,38 kr., som snarest bliver overført til din konto i [bank].

Beløbet overføres som nedenstående:

Periode:	Beløb:
20.04.2021-31.12.2024	457,38 kr.
01.01.2022-31.12.2022	676,00 kr.
01.01.2023-31.12.2023	730,00 kr.
01.01.2024-31.12.2024	789,00 kr.

[Bank] er orienteret og vi beder dig kontakte [bank], hvis du har spørgsmål til tilbagebetalingerne."

Det fremgår bl.a. af erklæring fra klagerens tidligere læge af 15/11 2024, som er indhentet af klageren:

"Notat fra d 21/8/2017 hos Lægerne i ...

Jeg er blevet kontaktet af [klageren], der oplyser han har problemer omkring noget forsikring, grundet et notat jeg har lavet som uddannelseslæge hos Lægerne i ... tilbage i d 21 /8 2017, hvor jeg ikke længere er tilknyttet eller har adgang til lægejournalerne.

Jeg har udbedt mig notater tilbage fra ... lægehus omkring forløbet og skanninger for at lave denne udtalelse.

Jeg havde sommer 2017 [klageren] i et forløb omkring psykiske ubalance.

I forbindelse med besøget d 21/8 2017 afdækker jeg hvilke belastninger der er omkring [klageren] i denne periode.

Jeg har bl.a. noteret diskusprolaps i nakke. I denne sammenhæng var det ikke de fysiske gener der havde fokus men mere smerterne og belastningerne der fulgte med, der kunne påvirke det psykiske overskud

Jeg har nu gennemset forløbet omkring det fysiske og kan se det ikke var i nakken prolapsen sad, men både skanninger og notater fra rygmobilisatoriet bekræfter venstresidig bensmerter på baggrund af prolaps på L4/L5-niveau i nedre lænd.

Der er således tale om en misforståelse omkring lokaliseringen af prolapsen.

Dette er beklageligt, i hvilket [klageren] ikke har andel, og jeg håber derfor hans sag kan genovervejes."

Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens læge af 22/1 2025:

"[Klageren] oplyser han mister sin forsikring, grundet PFA mener han har givet urigtige oplysninger omkring varighed af depressive symptomer. Formentlig baseret på mig notat fra d 26/10 17 hvor der står:

'[Klagerens kæreste] gennem 7 år med d.d. Hun oplyser han har været trist og depressiv i 4-5 år. Siden forælder tog til ..., men det eskalerer ved [famieliemedlems] død 2016.'

Ovenstående er afrapportering af subjektiv holdning fra kæresten ... Jeg har ikke skrevet det er min lægelige vurdering at han har været trist i de år, det har jeg ikke kendskab til.

[Klageren] gør i dag overvejelser: Han har været ung mand hvor ... er rejst til ... medførende at han er mere alene de år [klagerens kæreste] beskriver. [Klageren] siger han ikke mindes ikke sig selv som trist.

Jeg finder ikke belæg for at tilføje ændring til notatet fra 26/10 2017, men tilråder han kan tage en kopi af journal med til sin advokat."

Nævnet udtaler:

Klageren tegnede i april 2021 erhvervsevnetabsforsikring, forsikring ved kritisk sygdom og to dødsfaldsdækninger. Den 10/6 2022 anmeldte klageren tab af erhvervsevne, og den 1/9 2022 gav selskabet dækning på midlertidigt grundlag til klageren. Medio 2024 indhentede selskabet opdateret kommunalt materiale og en risikovurdering fra Videncenter for Helbred & Forsikring. Den 9/10 2024 ophævede selskabet erhvervsevnetabsforsikringen og forsikringen ved kritisk sygdom med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet. Selskabet sendte den 11/10 2024 tilbud på de to dødsfaldsdækninger til forhøjet præmie med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet. Klageren accepterede ikke tilbuddet, og selskabet ophævede de to dødsfaldsdækninger med tilbagevirkende kraft. Selskabet kræver, at klageren skal tilbagebetale de ydelser, han har modtaget fra erhvervsevnetabsforsikringen. Klageren ønsker, at forsikringerne bliver genoptaget.

Klageren har anført, at han ikke har afgivet urigtige oplysninger om psykiske symptomer, og at "jeg er aldrig blevet testet og har heller ikke været i medicinsk behandling for depression, desuden er jeg også afvist fra psykiatrien da det ikke havde noget på sig men sorg der betød at jeg var trist og ikke havde lyst til noget og ville have det til at ende". Klageren har anført, at han korrekt har oplyst om tidligere ryggener, og at han ikke havde gener på tegningstidspunktet. Klageren har anført, at selskabet har skiftet begrundelse, at selskabet ikke har hjemmel til ophævelse, at selskabet ikke kan forhøje præmien med tilbagevirkende kraft og at selskabet ikke kan kræve de udbetalte ydelser tilbage.

Selskabet har anført, at klageren har afgivet urigtige oplysninger, idet klageren har benægtet at have haft psykiske symptomer, og idet klageren ikke har oplyst korrekt om nakke- og ryggener. Klageren blev i 2017 og 2018 diagnosticeret med moderat depression og var i medicinsk behandling herfor. Selskabet har anført, at klageren i samme periode fik tilbudt operation for kro-

niske rygproblemer i form af lumbal discusprolaps, og at klageren i helbredserklæringen alene har oplyst om beskedne nakkegener. Selskabet har anført, at "præmieforhøjelsen er begrundet i selskabets indtegningsregler og vurderingen af den forsikringsrisiko, som helbredsoplysningerne giver anledning til. Selskabet har ikke fundet anledning til at gøre pro rata-dækning gældende over for forsikrede ud fra princippet i forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2, idet dette ikke er i overensstemmelse med selskabets indtegningsregler for det pågældende produkt". Selskabet har anført, at forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2, ikke er beskyttelsespræceptiv, og at forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2, ikke afskærer selskabet fra at anvende § 6, stk. 1, og ej heller fra at tilbyde klageren at fortsætte dødsfaldsdækningerne til højere præmie. Selskabet har anført, at "i en situation som den foreliggende, hvor der end ikke er indtruffet nogen dækningsberettiget skade, som kan henføres under den omhandlede dødsfaldsdækning, forekommer det modsætningsfyldt – og urimeligt tyngende for selskabet – hvis selskabet ikke måtte være berettiget til at meddele, at dødsfaldsdækningerne alene kan fortsætte mod betaling af korrekt præmie, men i stedet skulle være begrænset til alene at reducere forsikringssummen".

Det fremgår af journal fra klagerens læge af 21/8 2017, at "trist, manglende energi, ingen lyst og glæde, ruminerende negative tanker. Økonomi. Belastninger og ufrivillige ændrede livsomstændigheder. Belastninger: ... Aug. 2016: [Familiemedlem] dør pludselig ... samtidig [dør en ...] få dage efter. Socialt: [Klageren] har 2 diskusprolaps i nakken med udstråling til ben efter arbejdsskade. Periodeisk smerter, må opgive næsten færdiggjort ... Isoleret og sårbar. ... Har suidale tanker men kan trænge dem på afstand. Har intet der holder ham fra det, (kan ej sætte ord på det). Påvirket søvn med meget forskellig døgnrytme. Svært ved at sove grundet negativ ruminering men sover ok når han først falder i søvn. Mad kan glemme at lave mad til sig selv og først spise kl. 18. Ny tid til opfølgning incl dep bp. OBS pro depression og belastning. Overvejer psykolog. Vurderes ej suicidal truet aktuelt. medgives MDI, skal lave aften terapi med 3 gode ting, roligt regime før fast søvnrutine, rp melatonin 4 mg*1/dgl".

Det fremgår af journal fra klagerens læge af 26/10 2017, at klagerens kæreste "oplyser han har været trist og depressiv i snart 4-5 år. Siden ... tog til ... det eskalerede i 2016 v [familiemedlems] død da han var [klagerens] støtte og rådgiver. ... Mirtazapin 15mg uden synderlig effekt". Det fremgår af journal fra telefonkonsultation fra klagerens læge af 9/11 2017, at "medicin opfølgning: sover bedre på mirtazapin op til 6 t. Har ingen ændring i humør observeret, forsat ingen overskud, initiativ, ej opstartet motion og faste madvaner. Ikke suicidal truet".

Det fremgår af journal fra klagerens læge af 19/12 2017, at klageren "spørger til muligheder for ryggen. Rygcenter: tilbudt operation for lumbal diskusprolaps men hvis han kan leve med det så anbefaler de det da der formentlig om 10 år skal gøres stivgørende operation hvis han vælger diskusfjernelse. Pt er indforstået, ønsker at leve med det for nu. genoptage kommunal ... pr 2. jan. 2018. Henvises til distriktet for underliggende personlighed forstyrrelse, autisme eller asberger".

Det fremgår af journal fra psykiater af 3/9 2018, at klageren "er udeblevet til første samtale uden afbud og har ikke henvendt sig herefter, hvorfor han/hun regnes som afsluttet herfra".

Det fremgår af helbredsoplysninger afgivet af klageren den 17/3 2021, at klageren har svaret nej til spørgsmålet "har du indenfor de seneste 5 år haft symptomer på, blevet undersøgt, behandlet eller været til kontrol for psykiske tilstande/lidelser for eksempel depression, bipolar lidelse, stress, belastningsreaktion inklusiv post traumatisk stress (PTSD), angst eller spiseforstyrrelse?". Klageren har svaret ja til spørgsmålet "har du indenfor de seneste 5 år haft symptomer på, blevet undersøgt, behandlet eller været til kontrol for sygdomme eller gener i nakke, ryg eller lænd for eksempel iskias, diskusprolaps, piskesmæld (whiplash), sygdomme i rygsøjlen eller rygsækvhed?". Klageren har valgt "nakkegener (hold i nakken og spændinger i nakken) som IKKE er beskrevet under piskesmæld, diskusprolaps, hvirvelskred, skoliose eller slidgigt samt morbus Scheuermann". Klageren har svaret nej til spørgsmålene "har du fortsat symptomer?", "har det eller har det haft betydning for din dagligdag, i mere end 1-2 dage, for eksempel i dit arbejde eller i din fritid?" og "har du haft flere end 1 tilfælde af nakkegener?".

Ankenævnet for Forsikring

20.

102978

Det fremgår af Videntcenter for Helbred & Forsikrings risikovurdering af 30/9 2024, at komiteen ville "have vurderet forsikringsrisikoen pr. 20-04-2021 til: Dødelighed: D4 Invaliditet: Afslag. ... Vurderingen er baseret på de foreliggende oplysninger om psykiske symptomer, bl.a. på depression med suicidale tanker samt nakke-ryggene, der har påvirket funktionsevnen (uddannelsesforløb). Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læge. Forsikrede konsulterede lægen i august 2017 pga. tristhed og manglende energi samt suicidale tanker, som dog kunne trænges på afstand. Egen læge vurderede, at der er tale om en moderat depression og ordinerede Mirtazepin. I oktober 2017 var forsikrede fortsat trist og der var forværring i søvn-mønster. Forsikrede konsulterede senest lægen i februar 2018 og var på det tidspunkt fortsat lidt psykomotorisk flad og lidt apatisk i sin fremtoning. Forsikrede følte sig ensom og anderledes. Havde været trist og opgivende siden teenagealderen. Meget svær at styre compliance-mæssigt. Obs. Asperger. Det fremgår i januar 2018, at forsikrede blev henvist til psykiatrien, men blev afvist da der ikke vurderedes at være tegn på svær autisme. I forbindelse med læge konsultation i august 2017 fremgår det også, at forsikrede havde haft 2 to diskusprolaps i nakken med udstråling til ben efter arbejdsskade. Forsikrede havde periodiske smerter og måtte opgive næsten færdiggjort [uddannelse]. I december 2017 spørger forsikrede til behandlingsmuligheder for ryggen. Rygcentret anbefaler, at er går 10 år før stivgørende operation, hvis han kan leve med det. Forsikrede valgte at leve med det nu. I februar 2018 fremgår det også, at forsikrede klarede sig rigtig godt på [uddannelse] frem til arbejdsulykken med dårlig ryg for 2 år siden. Risikovurdering for KS pr. 20. april 2021: Afslag".

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 9/10 2024, at "vi kan nu se, at helbredsoplysningerne ikke var rigtige. Derfor ophæver vi din Letpension ved sygdom og Letsikring ved kritisk sygdom. Din forsikring med dækning ved død kan fortsætte til forhøjet prisgruppe, og du vil blive opkrævet differensen på den forhøjede præmie".

Det fremgår af selskabets brev til klageren af 11/10 2024, at "dine Letsikringer ved død, kan fortsætte mod forhøjet præmiebetaling. Du har to Letsikring ved død ... Police ... (pantsat til

Ankenævnet for Forsikring

21.

102978

[bank]): Den præmie du oprindeligt skulle betale for perioden 20.04.2021 til 31.12.2024 udgør i alt 7.957,14 kr. Du har for perioden 20.04.2021 til 31.12.2024 betalt 2.652,38 kr. Differencen for forhøjet præmie i samme periode udgør derfor 5.304,76 kr., som opkræves via. [bank], hvis du accepterer vedlagte tilbud. ... Police ... (nærmeste pårørende): Den præmie du oprindeligt skulle betale for perioden 20.04.2021 til 31.12.2024 udgør i alt 7.957,14 kr. Du har for perioden 20.04.2021 til 31.12.2024 betalt 2.652,38 kr. Differencen for forhøjet præmie i samme periode udgør derfor 5.304,76 kr., som opkræves via. [bank], hvis du accepterer vedlagte tilbud. ... Hvis ikke du accepterer tilbuddet, må vi desværre opsiges begge Letsikringer ved død fra tegningstidspunkt den 20. april 2021 og du vil modtage indbetalt præmie retur på i alt 2 x 2.652,38 kr. = i alt 5.304,76 kr. Underskrevet tilbud, bedes sendes retur senest den 30. oktober 2024. Hvis ikke vi hører fra dig inden fristen, opsiges forsikringen uden yderligere varsel".

Det fremgår af selskabets brev til klageren af 31/10 2024, at "jf. vores brev dateret den 11. oktober 2024, blev du tilbudt fortsættelse af dine Letsikring ved død forsikringer, mod forhøjet præmiebetaling. Da vi ikke har hørt fra dig inden tidsfristen den 30. oktober 2024, har vi derfor uden yderligere varsel, opsagt forsikringerne fra tegningstidspunktet den 20. april 2021. Du er derfor ikke dækket af forsikringerne. Police ... (pantst til [bank]): Din indbetaling for perioden den 20. april 2021 til den 31. december 2024, udgør i alt 2.652,38 kr., som snarest bliver overført til din konto i [bank]. ... Police ... (nærmeste pårørende): Din indbetaling for perioden den 20. april 2021 til den 31. december 2024, udgør i alt 2.652,38 kr., som snarest bliver overført til din konto i [bank]".

Det fremgår af erklæring fra klagerens tidligere læge af 15/11 2024, der er indhentet af klageren, at "jeg havde sommer 2017 [klageren] i et forløb omkring psykiske ubalance. I forbindelse med besøget d 21/8 2017 afdækker jeg hvilket belastninger der er omkring [klageren] i denne periode. Jeg har bl.a. noteret diskusprolaps i nakke. I denne sammenhæng var det ikke de fysiske gener der havde fokus men mere smerterne og belastningerne der fulgte med, der kunne påvirke det psykiske overskud. Jeg har nu gennemset forløbet omkring det fysiske og kan se det ikke var i nakken prolapsen sad, men både skanninger og notater fra rygambulatoriet be-

kræfter venstresidig bensmerter på baggrund af prolaps på L4/L5-niveau i nedre lænd. Der er således tale om en misforståelse omkring lokaliseringen af prolapserne".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ved tegningen af forsikringerne har afgivet urigtige oplysninger, og at dette må tilregnes klageren som i hvert fald uagtsomt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren ved oprettelsen af forsikringerne i 2021 ikke oplyste, at han havde haft psykiske sygdomme. Det fremgår af de lægelige oplysninger, at klageren fik ordineret Mirtazapin i 2017 mod moderat depression, og at klageren blev henvist til psykiater, og at han udeblev fra første samtale.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren ved oprettelsen alene oplyste, at han havde haft "nakkegener (hold i nakken og spændinger i nakken) som IKKE er beskrevet under piskesmæld, diskusprolaps, hvirvelskred, skoliose eller slidgigt samt morbus Scheuermann", som han ikke længere havde symptomer for, og at han alene havde haft ét tilfælde af nakkegener. Det fremgår af de lægelige oplysninger, at klageren inden for 5 år før oprettelsen havde haft rygggener, og at klageren var blevet tilbudt operation for lumbal diskusprolaps.

Erhvervsevnetabsforsikringen og forsikringen ved kritisk sygdom

Nævnet finder det godtgjort, at selskabet ville have givet afslag på tegning af erhvervsevnetabsforsikringen og forsikringen ved kritisk sygdom, hvis korrekte oplysninger havde foreligget. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har ophævet erhvervsevnetabsforsikringen og forsikringen ved kritisk sygdom med virkning fra ikrafttrædelsestidspunktet.

Nævnet har lagt vægt på, at det fremgår af Videntcenter for Helbred & Forsikrings risikovurdering af 30/9 2024, at vurderingen er baseret på de foreliggende oplysninger om psykiske symptomer – herunder depression med suicidale tanker – samt nakke-/rygggener, der har påvirket funktionsevnen. Videntcenter for Helbred & Forsikring har vurderet forsikringsrisikoen ved invaliditet til afslag og ved kritisk sygdom til afslag pr. 20/4 2021.

Ankenævnet *for* Forsikring

23.

102978

Dødsfaldsdækningerne

Nævnet finder det godtgjort, at selskabet ville have tegnet dødsfaldsdækningerne til en anden præmie, hvis korrekte risikoplysninger havde foreligget. Nævnet finder, at selskabet alene er berettiget til at forhøje præmierne på dødsfaldsdækningerne fremadrettet. Selskabet skal derfor fremsende et tilbud til klageren på de to dødsfaldsdækninger, hvor selskabet alene forhøjer præmierne med virkning fra 9/10 2024, hvor selskabet første gang orienterede klageren om ændringen af præmierne. Nævnet bemærker, at tilbuddet kan udformes således, at klageren tillige skal betale de præmier, som selskabet har tilbagebetalt til klageren, da selskabet opsagde dødsfaldsdækninger med virkning fra ikrafttrædelsestidspunktet. Hvis klageren ikke accepterer tilbuddet, betragtes dødsfaldsdækningerne som ophævet pr. ikrafttrædelsestidspunktet den 20/4 2021.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet som udgangspunkt kan kræve den præmie, som selskabet finder rigtig for en given risiko, men at prorata-reglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, ikke giver selskabet hjemmel til at hæve præmien med tilbagevirkende kraft.

Nævnet bemærker, at selskabet ville have været berettiget til at nedsætte dødsfaldssummerne i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, hvis forsikringsbegivenheden var indtrådt i den periode, hvor klageren havde betalt en for lav præmie.

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabets interne tegningsregler ikke er en del af aftalegrundlaget mellem klageren og selskabet, og at selskabet ikke har fremlagt dokumentation for, at forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, er fraveget i aftalegrundlaget, eller at aftalen indeholder hjemmel til, at selskabet med tilbagevirkende kraft kan hæve præmien på en dødsfaldsdækning.

Tilbagebetalingskrav

Det følger af retspraksis, at et selskab, der har udbetalt erstatning – hvor selskabet ikke har været forpligtet til det – som hovedregel kan kræve den udbetalte erstatning tilbage efter reglerne

Ankenævnet for Forsikring

25.

102978

om *condictio indebiti*. Dette udgangspunkt kan efter omstændighederne fraviges, hvis modtageren har været i god tro om sin berettigelse til beløbet. Det kan indgå i vurderingen, om de udbetalte ydelser er gået til underhold.

Idet klageren har afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, og idet selskabet ikke har udvist retsfortabende passivitet, finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet kræver, at klageren skal tilbagebetale de ydelser, han har modtaget fra erhvervsevnetabsforsikringen.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, PFA Pension, skal anerkende, at selskabet alene er berettiget til at forhøje præmierne på dødsfaldsdækningerne fra 9/10 2024. Selskabet skal derfor sende et tilbud til klageren på de to dødsfaldsdækninger, hvor klageren kan få dødsfaldsdækninger tilbage, hvis han betaler de forhøjede præmier fra 9/10 2024. Tilbuddet kan udformes således, at klageren tillige skal betale de præmier, som selskabet har tilbagebetalt til klageren, da selskabet opsagde dødsfaldsdækninger med virkning fra ikrafttrædelsestidspunktet. Hvis klageren ikke accepterer tilbuddet, betragtes dødsfaldsdækningerne som ophævet pr. ikrafttrædelsestidspunktet den 20/4 2021.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Ankenævnet *for* Forsikring

26.

102978

Klagegebyret tilbagebetales.



Jørgen Steen Sørensen

formand