588/00

Den 21. juli 2000 blev i sag nr. 50.677:

xxxxxxx xxxxx
xxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxx

mod

Danske Forsikring, Liv
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har gruppeinvaliderente i Danske Forsikring, Liv, klager ved sin advokat over, at selskabet med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet har ændret forsikringen og i konsekvens heraf har afvist at yde forsikringsdækning efter en anmeldt whip-lash læsion.

Selskabet har ændret forsikringen med tilbagevirkende kraft med henvisning til, at klageren afgav urigtige helbredsoplysninger ved tegningen af forsikringen. Den indføjede klausul er sålydende: "Forsikringen giver ikke ret til præmiefritagelse eller erstatning ved 'Tab af erhvervsevne', hvis erhvervsudygtigheden skyldes en lidelse i nakken eller skuldrenes muskler, halsrygsøjlen eller symptomer stammende herfra i hoved, nakke eller arme."

Den 6/6 1991 underskrev klageren anmodning om optagelse i gruppeinvaliderenteforsikringen. I begæringen har klageren bl.a. svaret "nej" på følgende spørgsmål: "Er De blevet undersøgt eller behandlet på hospital, af alment praktiserende læge, speciallæge eller kiropraktor?"

Forsikringen blev herefter antaget på normale vilkår. I anmeldelse dateret 22/7 1996

anmeldte klageren tab af erhvervsevne på grund af en pådraget whip-lash læsion. Om det følgende forløb har selskabet i skrivelse af 25/6 1999 til nævnet bl.a. anført: "I ansøgningen og lægeattesten anføres årsagen til erhvervsevnenedsættelsen som en whiplash-læsion, hun har pådraget sig i 1994. Endvidere fremgår det, at ..(klageren) i maj 1996 har søgt om offentlig førtidspension. For at kunne tage stilling til ..(klagerens) erhvervs-nedsættelse, er det nødvendigt at få udfærdiget en speciallægeerklæring, hvorfor vi den 30. juli 1996 anmoder overlæge P.H., Glostrup sygehus om at indkalde ..(klageren) til en undersøgelse. På grund af lang ventetid meddeler sygehuset den 19. august 1996, at overlægen ikke kan foretage den ønskede undersøgelse. Derfor anmoder Danske Forsikring den 10. september 1996 (bilag C) om, at ..(klageren giver sin tilladelse til at indhente de supplerende lægelige oplysninger, der er fremkommet i forbindelse med ansøgningen om offentlig førtidspension. ... Af de indhentede oplysninger fremgår det blandt andet, at (..klageren) inden whiplash-læsionen har haft hyppig kontakt med sin læge på grund af nakkemyoser. For at få uddybet denne oplysning anmoder vi den 18. september 1997 ..(klagerens) læge U.H. besvare en række spørgsmål (bilag F). Den 13. oktober 1997 modtager vi svar fra lægen (bilag G), og deraf fremgår det, at ..(klageren) har været i kontakt med lægen som følge af nakkemyoser i 1987, 1988, 1989, 1990, 1992 og 1994. Det oplyses videre, at der har været givet såvel fysioterapeutisk som medicinsk behandling. I forbindelse med behandlingen af ansøgningen om tab af erhvervsevneydelse konstateres det, at ..(klageren) ved oprettelse af gruppeinvaliderenten i 1991 (klagers bilag 1) har undladt at oplyse om at hun har søgt læge og er blevet behandlet for nakkemyoser. Hun har svaret benægtende på, om hun er blevet undersøgt eller behandlet på hospital, af alment praktiserende læge, speciallæge eller kiropraktor, om hun har været syg eller i øvrigt er kommet til skade, og om hun har nogen legemsfejl eller anden helbredsmæssig svaghed. Danske Forsikrings lægekonsulenter foretager derefter en vurdering af, om de manglende oplysninger ville have haft betydning for antagelsen af forsikringen i 1991. Såfremt de rette helbredsforhold havde været oplyst ved tegningen, ville Danske Forsikring ikke have antaget forsikringen på normale vilkår. Derimod ville vi have tilbudt forsikringen til normal præmie med en klausul, hvorefter forsikringen ikke giver ret til præmiefritagelse eller erstatning ved tab af erhvervsevne, hvis erhvervsudygtigheden skyldes en lidelse i nakken eller skuldrenes muskler, halsrygsøjlen eller symptomer stammende herfra i hoved,

nakke eller arme. I brev af 19. november 1997 (bilag H) meddeler vi ..(klageren), at hun har undladt at give tilstrækkelige helbredsoplysninger ved forsikringens oprettelse. Samtidig gør vi opmærksom på, at forsikringen jf. forsikringsaftalelovens § 6 er ændret, og alene kan fortsætte med en nakkeklausul. Danske Forsikring kan som følge deraf ikke bevilge præmiefritagelse og udbetaling af erhvervsevnetabserstatning. På foranledning af ..(klageren) uddyber læge U.H. i brev af 4. december 1997 (bilag I) sin besvarelse dateret den 8. november 1997. Det præciseres, at fysioterapeutbehandlingen fandt sted i oktober 1987 og februar 1988, og at medicinsk behandling først fandt sted efter forsikringens oprettelse. Disse præciseringer ændrer ikke Danske Forsikrings lægekonsulenters vurdering af antagelsesvilkårene. I forbindelse med den efterfølgende korrespondance med ..(klagerens) advokat P.G. har vi indhentet kopi af ..(klagerens) journal (bilag J), hvilket heller ikke gav anledning til ændret vurdering af antagelsesvilkårene. Det er derfor Danske Forsikrings opfattelse, at vi er berettiget til at anfægte forsikringen, da ..(klageren) ved oprettelse af gruppeinvaliderenten i 1991 har undladt at give korrekte helbredsoplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 6. Hvis de korrekte helbredsoplysninger havde været oplyst, ville vi have antaget forsikringen med en nakkeklausul. Som følge af nakkeklausulen er ..(klageren) ikke berettiget til præmiefritagelse og udbetaling af erhvervsevnetabserstatning på baggrund af den anmeldte lidelse."

Advokaten er af den opfattelse, at klagerens manglende oplysninger ikke kan antages at have haft indflydelse på selskabets overtagelse af forsikringen. Advokaten har fremlagt følgende bemærkninger fra klageren: "Inden whip-lash læsion i 1994 har jeg kontaktet min læge pga. familieproblemer, som gav mig spændinger (myoser). Det kan min læge bekræfte. Min læge sagde at myoser ikke er en sygdom. Hun anbefalede mig til at svømme og det hjalp også. Derfor havde jeg ikke opfattet myoser, som en værende sygdom. Jeg regnede ikke med at det kunne have betydning på min oprettelse af forsikring. Jeg var fuldstændig rask og arbejdsdygtig i 1991 og det var samme år jeg tegnede min forsikring. Min nuværende tilstand har ingen forbindelse med myoser. Det skyldes, som oplyst en pludselig whip-lash skade. Der findes beviser til sagen. Jeg har aldrig taget fast medicin og jeg er aldrig blevet behandlet på hospital eller kiropraktor inden 1994. I 1987 fik jeg meget kort fysioterapeutisk behandling så efter nogle år kan man let glemme det. Jeg har ikke

prøvet og undladt oplysningerne."

Den af selskabet refererede præcisering fra klagerens læge dateret 4/12 1997 er sålydende: "Første henvendelse for myoser i nakke/skulderparti fandt sted okt. 1987, hvor hun henvistes til fysioterapeutisk behandling. Dette gentog sig febr. 1988. Den eneste gang der har været ordineret muskelafslappende medicin, (klorzoxazon 250 mg) før hændelsen i 1994, er maj 1992, og det er kun ordineret en gang, ikke fortløbende. Årsagen var smerter i nakke og lænd."

I skrivelse af 28/2 2000 fra Bedømmelsesforeningen til Ankenævnet for Forsikring hedder det: "I brev af 22. februar har De bedt os oplyse, på hvilket grundlag en invaliderenteforsikring kunne have været tegnet i juni 1991, såfremt de fremsendte helbredsoplysninger havde været kendt. Der foreligger oplysning om, at den forsikrede i oktober 1987 og i februar 1988 er blevet henvist til fysioterapeutisk behandling for myoser i nakke/skulderparti. Der foreligger ikke oplysning om, at der skulle have været sygemelding i forbindelse med lidelsen. Såfremt disse oplysninger havde været forelagt Bedømmelsesforeningen i juni 1991, ville risikovurderingen have været, at der kunne tegnes forsikring med invaliditetsdækning på normale vilkår."

Efter en fremsendelse af kopi af klagerens læges journal vedrørende perioden fra 3/1 1985 og fremefter udtalte bedømmelsesforeningen i skrivelse af 17/4 2000 til Ankenævnet for Forsikring: "Vi har modtaget en kopi af egen læges journal som dækker perioden fra 3.1.1985 og frem. Vi har gennemgået journalen med henblik på en vurdering af oplysninger om nakkegener. Såfremt de nu fremkomne oplysninger om havde været forelagt Bedømmelsesforeningen i forbindelse med forsikringstegning i juni 1991 ville disse have resulteret i en risikovurdering, som hed D0 I2. Dette betyder altså, at der kun kunne være tegnet invaliditetsdækning med en skærpelse svarende til I2. Der lægges her til grund, at der i journalen udover det tidligere oplyste, er oplysning om konsultationer i juli 1988, 1989 (måned ikke læselig), februar 1990 og april 1990 vedrørende nakkesmerter/nakkemyoser. Ved risikovurderingen er kun medtaget oplysninger om nakkegener og ikke oplysninger om evt. andre lidelser, der kunne have haft betydning for en samlet risikovurdering."

Invaliditetsdækningen "med en skærpelse svarende til I2" betyder normalt, at et selskab kun vil tegne forsikringen mod en højere præmie. Ved en gruppeforsikring som den foreliggende opereredes der imidlertid ikke med præmiedifferentiering.

Nævnets flertal udtaler:
Klageren afgav – uagtsomt – ikke korrekte oplysninger ved forsikringens tegning. Efter Bedømmelsesforeningens skrivelse af 17/4 2000 må det lægges til grund, at korrekte oplysninger fra klagerens side ved forsikringens tegning ville have bevirket, at forsikringen – fordi det er en gruppeforsikring – kun var blevet etableret med forbehold svarende til den nu indføjede klausul.

Derfor

b e s t e m m e s:

Klagen kan ikke tages til følge.

Jørgen Nørgaard