596/00

Den 13. juni 2000 blev i sag nr. 51.885:

xxxx xxxxxx xxxxxxxx
xxxxx x
xxxx xxxxxxx

mod

Tryg-Baltica Forsikring
Tryg i Unibank
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har livsforsikring i Tryg-Baltica Forsikring, Tryg i Unibank, klager over, at selskabet har ændret forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og i konsekvens heraf afviser at yde forsikringsdækning efter en anmeldt skade.

Selskabet, der gør gældende, at der er afgivet urigtige oplysninger, har ændret forsikringen med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2.

Forsikringen er tegnet pr. 1/6 1995, og klageren har i denne forbindelse udfyldt en helbredserklæring samt en begæring. Af helbredserklæringen, underskrevet af klageren den 19/6 1995, fremgår, at klageren bl.a. har svaret benægtende på følgende spørgsmål:

”2	Har De inden for de sidste 10 år været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende, herunder røntgenklinik eller fysiurgisk klinik?	Nej X	Ja
3	Har De i øvrigt inden for de sidste 10 år været undersøgt eller behandlet af læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge?	Nej X	Ja
4	Har De været udsat for ulykkestilfælde?	Nej X	Ja

5	Lider De, eller har De lidt af diskusprolaps, iskias, hold i ryggen/nakken/lænden eller anden ryglidelse?	Nej X ”	Ja

Af helbredserklæringen fremgår endvidere: ”Jeg giver tilladelse til, at Livsforsikringsaktieselskabet Enhjørningen og Personskadeforsikringsaktieselskabet Enhjørningen (i det følgende kaldet Enhjørningen) kan videregive oplysninger om mit helbred og mit CPR-nr. til Enhjørningens genforsikringsselskaber og andre livsforsikringsselskaber, hvor jeg ansøger om forsikring. Jeg giver desuden tilladelse til, at Enhjørningen kan søge oplysninger hos læger, lægelige institutioner og andre livsforsikringsselskaber om min helbredstilstand, og Enhjørningen kan videregive de afgivne oplysninger til de pågældende.”

Den 29/3 1999 anmeldte klageren, at han var uarbejdsdygtig på grund af ”stærke rygsmerter/bensmerter”. Klageren oplyste, at han havde fået konstateret en diskusprolaps.

Selskabet indhentede herefter diverse lægeakter. Af lægeakterne fremgår bl.a., at klageren i 1990 havde kontaktet egen læge på grund af lændesmerter, hvorefter lægen havde henvist ham til en røntgenundersøgelse. Klageren fik foretaget røntgenundersøgelsen i april 1990, og denne viste en højdereduktion i 4. lumbale discusmellemrum (”Scheuermannryg”). I 1992 havde klageren fået røntgenundersøgt sit knæ. Klageren havde i 1987 haft øresusen i venstre øre, men i 1995 blev han erklæret rask efter et kontrolbesøg på en øreklinik.

Af kiropraktorattest af 21/6 1999 fremgår bl.a.: ”Nuværende og tidligere anamneser: 11.10.1994: Nakkesmerter og stivhed af col. cervicalis, efter at have kørt ind i rådyr 14 dage forinden. Ca. 1 tilbagefald af nakkesmerter om året derefter, indtil 1997. 02.04.1996: Akut lændesmerter, opstået ved løft nogen dage forinden, med let udstråling til begge ben. … **Beskrivelse af behandlingsforløbet med angivelse af evt uarbejdsdygtighedsperioder:** 11.10.1994: Smertefri efter 5 behandlinger i perioden 11.10.1994 til 11.11.1994 med efterfølgende kontrol d. 05.12.1994 og 10.01.1995. Til-

bagefald ca. 1 x om året, med få behandlinger til følge (2 beh. i 1995, 4 beh. i 1996, 3 beh. i 1997) …"

Selskabet gør gældende, at såfremt man ved tegningen af forsikringen pr. 1/6 1995 havde været bekendt med oplysningerne om røntgenundersøgelsen i 1990 og ulykken i september 1994, hvor klageren påkørte et rådyr, hvilket medførte kiropraktorbehandlinger, ville selskabet ikke have kunnet tilbyde klageren en forsikring på normale vilkår. Selskabet ville alene have tilbudt forsikringen med en rygklausul. Da klagerens nuværende gener er omfattet af klausulen, afviser selskabet at yde forsikringsdækning. Selskabet meddelte klageren afgørelsen den 12/8 1999.

Klageren er klar over, at han har undladt at give nogle helbredsoplysninger til selskabet, men oplyser, at han fejlagtigt havde opfattet spørgeskemaet som en formssag, og at han i øvrigt ikke fejlede noget på tegningstidspunktet. Klageren anfører med henvisning til lægeakterne, at der ikke er årsagssammenhæng mellem de uoplyste forhold og de nu anmeldte gener. Klageren anfører endvidere, at han ikke før tegningen havde været til kiropraktor på grund af sin ryg. Klageren mener, at selskabet kunne have undersøgt lægeakterne, inden forsikringen blev antaget, og at selskabet i øvrigt har indhentet helbredsoplysninger uden fornøden fuldmagt. Klageren er utilfreds med selskabets sagsbehandling.

Nævnet udtaler:
Nævnet finder, at klageren har afgivet urigtige oplysninger på begæringen ved bl.a. ikke at oplyse, at han i 1990 havde søgt læge på grund af smerter i ryggen, at han i april fik foretaget en røntgenundersøgelse af ryggen, samt at han har modtaget behandling hos kiropraktor på grund af nakkesmerter efter et ulykkestilfælde i september 1994. Det bemærkes, at klageren ved at afgive en "blank" helbredserklæring ikke har givet selskabet opfordring til inden forsikringens antagelse at tilvejebringe nødvendige oplysninger om klagerens helbredstilstand.

Da nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, kan

nævnet ikke kritisere, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, har ændret forsikringen som sket. Det bemærkes i denne forbindelse, at det ikke er et krav, at der er årsagssammenhæng mellem de urigtige oplysninger og den senere opståede lidelse, for at selskabet kan ændre forsikringen i henhold til § 6. Herefter kan det ikke kritiseres, at selskabet har afvist at yde erstatning med henvisning til den omhandlede rygklausul.

Nævnet finder ikke grundlag for at kritisere selskabets sagsbehandling.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann
formand