604/00

Den 9. oktober 2000 blev i sag nr. 52.070:

xxxxx xxxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx
xxxx xxxxxxxx

mod

Codan Forsikring
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har livsforsikring med dækning ved tab af erhvervsevne i Codan Forsikring, klager ved sin advokat over, at selskabet har ophævet forsikringen i medfør af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Af begæring underskrevet af klageren den 4/9 1991 fremgår, at der er svaret benægtende på bl.a. følgende spørgsmål:

" 1 Har De nogensinde været syg eller sygemeldt af anden årsag end ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde?
2 Har De inden for de sidste 10 år været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l., herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik?
3 Har De i øvrigt inden for de sidste 10 år været undersøgt og/eller behandlet af læge (herunder speciallæge), kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge?
4 Lider De, eller har De lidt, af diskusprolaps, iskias, hold i lænden/nakken eller anden ryglidelse?"

Af helbredsattest underskrevet af klageren og dennes læge den 11/9 1991 fremgår, at klageren har svaret benægtende på bl.a. følgende spørgsmål: "**AFSNIT I. DEN FORSIKRINGSSØGENDES EGEN ERKLÆRING. …**

1 Har De nogensinde været syg eller sygemeldt af anden årsag end ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde?
2 Har De været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l., herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik?
3 Har De i øvrigt været undersøgt og/eller behandlet af læge (herunder speciallæge), kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler?"

Det fremgår endvidere, at der er svaret benægtende på bl.a. følgende spørgsmål: ”**AFSNIT II. LÆGENS SPØRGSMÅL. …** Det henstilles, at De ikke fremsætter udtalelser til forsikringssøgende eller selskabets repræsentant om attestens formentlige forsikringsmæssige bedømmelse. …

1 **Lider forsikringssøgende, eller har han/hun lidt, af:**

…

e. Astma, bronkitis, for store lunger (emfysem), kortåndethed, hæshed, sygdomme i svælg og strube?

…

q. Diskusprolaps, iskias, hold i lænden/nakken, anden ryglidelse?”

Endvidere fremgår bl.a. følgende: ”**AFSNIT III. LÆGENS ATTESTATION OG OPLYSNINGER.**

	NEJ	JA	Hvis JA: Hvor længe har De været forsikringssøgendes læge?
1 Kender De forsikringssøgende?	☐	☒	5 år
…			
2 Har De kendskab til eller optegnelser om forsikringssøgende, der kan korrigere eller supplere de givne oplysninger?			Hvis JA: Udbedes nærmere oplysninger (inkl. diagnoser).
	NEJ	**JA**	
a. Vedr. afsnit I (forsikringssøgendes erklæring)	☒	☐	a. egen og tidl. læges journal bekræfter oplysningerne
b. Vedr. afsnit II (lægens spørgsmål)	☐	☐	b. - ” - ”

Ved skadeanmeldelse af 13/1 1999 anmeldte klageren, der var frisør, at hun var blevet uarbejdsdygtig på grund af ryg- og nakkesmerter.

Selskabet indhentede yderligere helbredsoplysninger, og af journal af 2/7 1991 fra klagerens læge fremgår: ”02-07-91: rygsmerter ved inspiration. Har veludtalte myoser ved hø. scapula, J. har sagt at der var en bruskknude, anvender Ventoline og er tobaksryger. St.p.: i.a. PF 250 l/min mod forventet 370. Almene råd, Panodil og udl. 2 Surgamyl Retard forsøgsvis. NHB”

Selskabet har indhentet en lægeerklæring af 10/5 1999 hvoraf fremgår: ”… at patienten den 2.7.1991 ifølge min journal søgte min kollega N.H.B. for rygsmerter ved dyb indånding. Der fandtes muskelømhed (myoser) ved højre skulderblad. Så vidt jeg ved, var der ikke tale om sygemelding, og hun har ikke efterfølgende søgt for denne lidelse. Der

blev ikke givet behandling men almene råd om øvelser og lignende. Så vidt det kan skønnes, var der god effekt. Der er ikke henvist til andre læger, speciallæge eller sygehus."

Efter at have modtaget disse oplysninger forelagde selskabet sagen for Bedømmelsesforeningen.

Af Bedømmelsesforeningens responsum af 30/6 1999 fremgår: "Invaliditetstavle: Afslag. Følgende forhold ligger til grund for helbredsvurderingen: Vurderingen er baseret på oplysningerne fra egen læge og heraf fremgår det, at forsikrede konsulterede egen læge primo juli 1991 pga. rygsmerter ved inspiration. Egen læge fandt veludtalte myoser ved højre scapula. Forsikrede var endvidere i behandling med Ventoline. Stetoskopi af lunger var normal, men peak-flow var 250 l/min mod forventet 370 l/min. Forsikrede er endvidere ryger. Der blev givet almene råd og forsøgsvis udleveret Surgamyl Retard."

Selskabet meddelte herefter klageren den 13/7 1999, at erhvervsevnetabsforsikringen måtte ophæves på grund af urigtige oplysninger.

Over for nævnet har selskabet i skrivelse af 27/1 2000 bl.a. anført: "Selskabet anser det for dokumenteret, at der er afgivet objektivt urigtige oplysninger, idet klageren ikke ved tegningen oplyste om sin ryglidelse eller den medicinering, der blev givet herfor, ligesom klageren ikke oplyste om medicineringen for sit åndedrætsbesvær. Klageren kan ikke have været uvidende om hverken medicineringen eller lægebesøget, som fandt sted kun ca. 2 måneder forud for tegningen. Det må derfor anses for dokumenteret, at de urigtige oplysninger er afgivet uagtsomt. Fortielsen anses dermed for omfattet af Forsikringsaftalelovens § 6. Codan har ved indhentelsen af udtalelsen fra Bedømmelsesforeningen dokumenteret, at forsikringen ikke ville have været antaget, hvis de rette forhold havde været kendt for tegningstidspunktet."

I klagerens advokats skrivelse af 18/2 2000 til nævnet hedder det bl.a.: "Som i vel mange tilfælde var det ikke forsikringstageren, der udfyldte helbredsattesten. Dette fratager ikke forsikringstageren for ansvaret for, at besvarelsen er rigtig, men det er af stor

betydning i bedømmelsen af hendes gode tro, idet lægen må antages at være bedre kvalificeret til at foretage de bedømmelser, besvarelsen af de stillede spørgsmål indebærer. Dels er lægen fagmand – dels er han erfaren for så vidt angår sådanne skemaer. F.eks. skal der ved besvarelse af spørgsmål 1 tages stilling til forskellen mellem ukomplicerede og komplicerede børnesygdomme og forskellen mellem kortvarige og ikke-kortvarige forkølelsestilfælde. … Det er lægen, der er den sagkyndige på disse punkter. Han kan afgøre, i hvilket omfang den viden om patientens hidtidige sygdomme m.v. kan antages at have betydning for forsikringsselskabet. … Den skade, der nu er anmeldt, er dårlig ryg. Det forekommer mig ganske uforståeligt, at besøget hos lægen i starten af juli 1991, hvis det var blevet oplyst over for forsikringsselskabet, ville have afholdt dette fra at tegne forsikringen – og der var på daværende tidspunkt ikke andre forhold, der er af relevans for sagen. Spørgsmålet om relevansen lod min klient – som nævnt ovenfor – overgå til sin læge. På denne baggrund finder jeg det helt uforståeligt, at forsikringsselskabet indtager den holdning, at H.J. skulle være i ond tro angående besvarelsens rigtighed."

Selskabet har i skrivelse af 6/4 2000 til nævnet anført: "For så vidt angår det anførte omkring lægebesøg for ryggen, skal jeg henvise til den fremlagte lægejournal, hvoraf fremgår, at forsikrede den 2. juli 1991 søgte læge, og hvoraf fremgår, at der forelå rygsmerter. På baggrund heraf fastholdes det i vore tidligere breve anførte og bemærkes supplerende, at helbredsattestens afsnit I er besvaret af forsikrede, ligesom afsnit II er udfyldt på baggrund af lægens spørgsmål til forsikrede, og at det fremgår, af attestens afsnit II: *'Det henstilles, at De ikke fremsætter udtalelser til forsikringssøgende eller selskabets repræsentant om attestens formentlige forsikringsmæssige bedømmelse.'* Codan finder desuden, at forsikrede må identificeres med sin læge, jfr. FAL § 10 og Preben Lyngsø's bemærkninger i forsikringsaftaleloven med Kommentarer samt Ankenævnets praksis."

Klagerens advokat gør gældende, at klagerens læge mener, at det, der skete under lægebesøget den 2/7 1991, ikke var en undersøgelse eller behandling, og at lægen derfor besvarede spørgsmålet benægtende. Advokaten anfører, at helbredserklæringens punkt 2 af alle vordende forsikringstagere skulle besvares med "ja", såfremt selskabets standpunkt skulle være korrekt.

5. 52.070

Selskabet har ved en fejl udbetalt ydelse til klageren i december 1999 og januar 2000, svarende til i alt 28.035,81 kr. Selskabet kræver, at klageren tilbagebetaler beløbet, og gør med henvisning til korrespondancen i sagen gældende, at klageren ikke har modtaget beløbet i god tro.

Nævnet udtaler:
Indledningsvis bemærkes, at selskabet har behov for visse risikooplysninger for at kunne vurdere den økonomiske risiko samt fastsætte størrelsen af præmien. Det tilkommer selskabet og f.eks. ikke den forsikringssøgendes læge at foretage denne risikovurdering.

Af sagens lægelige akter fremgår, at klageren søgte læge den 2/7 1991 på grund af rygsmerter og i denne forbindelse blev ordineret medicin.

Nævnet finder, at klageren har afgivet urigtige oplysninger ved bl.a. ikke at oplyse om sit lægebesøg ca. 2 måneder før forsikringens tegning. Der er herved ikke givet selskabet fornøden opfordring til inden forsikringens antagelse at tilvejebringe nødvendige yderligere oplysninger om klagerens helbredstilstand.

Nævnet må give selskabet medhold i, at klageren ikke kan have været uvidende hverken om lægebesøget eller den ordinerede medicin. Den foreliggende situation er ikke omfattet af forsikringsaftalelovens § 9. Det af klagerens advokat anførte vedrørende klagerens læge kan således ikke føre til det af klageren hævdede resultat.

Da nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet ikke ville have antaget erhvervsevnetabsforsikringen, såfremt korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, jf. også Bedømmelsesforeningens responsum af 30/6 1999, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har opsagt forsikringen med tilbagevirkende kraft som sket.

Selskabet har den 13/7 1999 meddelt klageren, at forsikringen blev ophævet på grund af urigtige oplysninger, men har på grund af en fejl udbetalt ydelser til klageren i december 1999 og januar 2000. Nævnet finder, at klageren ikke kan have været i god tro vedrørende de af selskabet udbetalte ydelser, og nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har krævet beløbene tilbagebetalt.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Jørgen Nørgaard