612/01

Den 5. februar 2001 blev i sag nr. 52.860:

xxxxxx xxxx xxxxxxxxxxx
xxxxxxxxx xxxx xxxxx
xxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxx

mod

Codan Forsikring
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har livsforsikring i Codan Forsikring, klager ved sin advokat over, at selskabet har ændret forsikringen fra tegningstidspunktet med henvisning til, at der er afgivet urigtige oplysninger.

I december 1987 tegnede klageren en livsforsikring i selskabet, police nummer…-001. Forsikringen blev omdannet til en fripolice fra den 1/12 1990. I 1993 tegnede klageren en ny forsikring med virkning fra den 1/12 1993, police nummer…-006. I denne forbindelse underskrev klageren den 29/12 1993 en begæring (en anden anført dato, den 5/10 1993, er overstreget i begæringen).

Det fremgår af begæringen, at der er tale om nytegning. Klageren afgav en ren helbredserklæring, og bl.a. følgende spørgsmål var besvaret med nej: "**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?"

Klageren har ved sin underskrift på begæringen endvidere erklæret: "Jeg erklærer, at mine besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at forsikringen nedsættes eller helt ophæves."

I maj 1998 anmeldte klageren, at han var uarbejdsdygtig på grund af en lidelse i venstre arm. Klageren havde første gang mærket noget til lidelsen i 1985.

Herefter indhentede selskabet helbredsoplysninger på klageren, der blev forelagt for Bedømmelsesforeningen.

Af Bedømmelsesforeningens responsum af 30/9 1998 fremgår bl.a.:
"Dato ……: 29.12.1993
…
Invaliditetstavle ……..: I 3
Følgende forhold ligger til grund for helbredsvurderingen: Vurderingen er baseret på oplysningerne fra egen læge og neurologisk ambulatorium, Randers Centralsygehus. Heraf fremgår det, at forsikrede siden ca. 1985 har haft funktionsrelaterede smerter i venstre hånd og håndled. Forsikrede konsulterede egen læge i februar 1988 pga venstresidig seneskedehindebetændelse og blev sygemeldt i 3 uger. I december 1991 blev forsikrede set af egen læge pga paræstesier i venstre hånd i forbindelse med facetsyndrom i columna cervicalis og blev behandlet med manipulation. Dette i kombination med et arm- og rygbelastende erhverv."

Den 23/10 1998 meddelte selskabet klageren, at der var afgivet urigtige oplysninger, idet klageren ikke havde oplyst om sine problemer med vestre hånd og håndled. I skrivelsen hedder det bl.a.: "Hvis de korrekte helbredsoplysninger havde foreligget ved forsikringens tegning den 29.12.1993 kunne den del af forsikringen der omfatter dækning ved tab af erhvervsevne kun være tegnet med følgende klausul: 'Forsikringen omfatter ikke dækning ved tab af erhvervsevne og præmiefritagelse forårsaget af en belastnings-/bløddelsskade i venstre skulder, arm eller hånd med tilhørende sener, seneskeder, ledkapsler, muskler inklusive eventuelle komplikationer eller følgesymtomer.' For livsforsikringsdelen kunne denne del kun være tegnet med en forhøjet præmie. Forsikrin-

gen kan derfor kun fortsætte på ovennævnte vilkår. Da den anmeldte lidelse er omfattet af ovennævnte klausul, kan der ikke ydes dækning for tab af erhvervsevnedelen, men kun for livsforsikringsdelen, såfremt De opfylder betingelserne herfor. Ændringsmeddelelse fremsendes senere."

Den 26/10 1998 fremsendte selskabet ændringsmeddelelsen til klageren. Heraf fremgår bl.a.: "Forsikringen omfatter ikke dækning ved tab af erhvervsevne og præmiefritagelse forårsaget af en belastnings-/bløddelsskade i venstre skulder, arm eller hånd med tilhørende sener, seneskeder, ledkapsler, muskler inklusive eventuelle komplikationer eller følgesymptomer. Ovennævnte klausul er gældende for ulykkesdelen."

Klagerens advokat gør gældende, at klageren – bl.a. på baggrund af assurandørens oplysninger – var af den opfattelse, at der var tale om genoptagelse uden baggrund i nye helbredsoplysninger. Klagerens advokat gør endvidere gældende, at assurandøren udfyldte begæringen, og at klageren ikke hæftede sig ved, hvilke formularer assurandøren anvendte ved genoptagelsen. Herefter gør advokaten gældende, at forsikringen er tegnet i 1987, berostillet præmiemæssigt i 1990 og senere genoptaget i 1993, hvorfor klagerens skade er omfattet af forsikringen.

Klagerens advokat gør endvidere gældende, at den klausul, som selskabet påberåber sig, alene gælder ulykkesdelen. Da den skade, der nu er overgået klageren, skyldes sygdom, finder advokaten, at klausulen ikke gælder den nu foreliggende situation.

Endvidere gør klagerens advokat gældende, at der ikke er årsagssammenhæng mellem klagerens lidelse i 1988 og 1991 og den aktuelle skade.

Endelig har advokaten i skrivelse af 12/3 1999 til selskabet anført: "I øvrigt omfatter den klausul, som Selskabet påberåber sig skulle være gældende, alene belastnings/-bløddelsskade i venstre side. Situationen er den, at nuværende helbredsmæssige situation omfatter begge arme/hænder, hvorfor det subsidiært anføres, at en del af den foreliggende helbredsmæssige tilstand er forsikringsdækket. En afklaring af sidstnævnte forhold kræver en nærmere lægelig vurdering."

Selskabet har i skrivelse af 26/5 2000 til nævnet bl.a. anført: "Efter en fornyet gennemgang af sagen skal Codan Forsikring fastholde den trufne afgørelse. Forsikrede har afgivet helbredsoplysninger og med sin underskrift erklæret, at oplysningerne var i overensstemmelse med sandheden. Til det første anbringende skal Codan bemærke, at det klart fremgår af den begæring om nytegning af forsikring, som forsikringstager underskrev den 29. december 1993, at der var tale om nytegning. Forsikringen har desuden fået ændret policenummer, og der er udstedt en ny police. Til det andet anbringende skal Codan endvidere gøre gældende, at den klausul, der blev fremsendt ved brev af 26. oktober 1998, er behæftet med fejl, idet det fremgår, at klausulen alene gælder ulykkesdelen. Det fremgår tydeligt af Codans brev af 23. oktober 1998 til forsikrede, at klausulen omfatter dækning ved tab af erhvervsevne i sin helhed, og at man finder, at den nuværende lidelse er omfattet af klausulen, hvorfor der ikke kan blive tale om udbetaling af erstatning. På den baggrund er det Codans opfattelse, at det har været klart for forsikrede, at den omtalte klausul var behæftet med fejl. Forsikrede har da også i det videre forløb vist, at han ikke har misforstået klausulens omfang. Det skal bemærkes, at fejlen i forbindelse med udsendelsen af policetillægget blev opdaget i november 1999, og at Codan den 23. november 1999 sendte et brev med den korrekte klausul. Codan Forsikring fastholder, at der er afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning, jf. forsikringsbegæringens spørgsmål 1, 2 og 3, se ovenfor. Forholdet er på den baggrund omfattet af FAL § 6. Bedømmelsesforeningen har i responsum af 30. september 1998 meddelt, at forsikrede alene kunne være antaget på tavle I3. Efter Codans antagelsespraksis i 1993, ville dette i et tilfælde som det foreliggende medføre indsættelse af klausul, der undtager dækning af lidelser i venstre arm og skulder m.v. for så vidt angår dækning ved tab af erhvervsevne og ret til præmiefritagelse præmie. Codan Forsikring har derfor været berettiget til at ændre forsikringen som sket, og dermed afslå dækning af skadens følger."

Selskabet har i skrivelse af 28/6 1999 til klagerens advokat bemærket, at klageren er venstrehåndet, og at lidelsen primært er i venstre side.

Klagerens advokat henviser til, at klageren i 1995 har modtaget forsikringsydelse på baggrund af samme diagnose, som blev stillet i 1998. Klagerens advokat har bl.a. frem-

lagt kopi af selskabets skrivelse af 18/10 1995 til klageren, hvori han bevilliges midlertidig erstatning. Af lægeattest af 4/10 1995 fremgår bl.a.:

"

5. … b) Hvornår begyndte lidelsen? c) Har tidligere lidelser haft indflydelse på den nuværende lidelse? d) Har andre sygdomme eller svagheder haft indflydelse på den nuværende lidelse?	… 17.05.95 ☒ Nej … ☒ Nej …

"

Klageren har tidligere været repræsenteret ved Assurandør Gruppen. I selskabets skrivelse af 20/1 1999 til Assurandør Gruppen hedder det bl.a.: "Med hensyn til hele hændelsesforløbet i forbindelse med tegning af forsikringen i december 1993, bestrides det beskrevne forløb, af den assurandør der har forestået tegningen. Assurandøren oplyser overfor Codan, at han flere gange i forbindelse med etableringen var på besøg hos kunden. Helbredsoplysningerne er blevet udfyldt i samarbejde med kunden, hvor assurandøren, hjemme hos forsikringssøgende, spurgte kunden om helbredsoplysningerne, og satte krydsene i overensstemmelse med kundens svar. Assurandøren bekræfter tillige, at begæringen er underskrevet ved den sidste datering, samtidig med underskrift på begæring om 'Aftale om oprettelse af opsparingsforsikring'. Med hensyn til rådgivning om udfyldelse af helbredsoplysninger, må vi således fastholde, at disse er udfyldt i nærvær af såvel kunde som assurandør. Kunden har skrevet under på, at besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden."

Begæringen vedrørende forsikringen i 1987 er ikke fremlagt.

Nævnet udtaler:

Nævnet finder, at helbredsoplysningerne i begæringen af 27/12 1993 objektivt er urigtige, idet bl.a. lægekonsultationer i 1988 og 1991 på grund af smerter fra overekstremiteterne ikke fremgår.

Da klageren har underskrevet forsikringsbegæringen, må oplysningerne i begæringen anses for afgivet af ham.

Det fremgår af begæringen, at der er tale om nytegning, og helbredsspørgsmålene findes ikke at være komplicerede.

Klageren har bl.a. gjort gældende, at assurandøren oplyste, at der var tale om genoptagelse af den tidligere forsikring, der ikke krævede nye helbredsoplysninger, og at assurandøren udfyldte helbredserklæringen.

Nævnet finder, at klageren burde have sikret sig kendskab til indholdet af begæringen, før han skrev under. Nævnet finder derfor, at klageren – allerede efter sin egen forklaring – har udvist uagtsomhed ved afgivelsen af den urigtige oplysning om ikke at have været undersøgt og/eller behandlet af læge inden for de sidste 10 år.

På det foreliggende grundlag findes det ikke godtgjort, at assurandøren var bekendt med de rigtige helbredsoplysninger, og det findes heller ikke godtgjort, at assurandøren i øvrigt skulle have rådgivet klageren forkert. Dette er dog ikke ensbetydende med, at en egentlig bevisførelse for en domstol ikke vil kunne medføre et andet resultat.

Nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet alene ville have antaget forsikringen med en klausul, såfremt rigtige helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, jf. også Bedømmelsesforeningens responsum af 30/9 1998, og nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, har ændret forsikringen med tilbagevirkende kraft som sket. Det bemærkes, at dette også gælder, selv om der ikke måtte være årsagssammenhæng mellem det forhold, der er afgivet urigtige oplysning om, og den lidelse, som sikrede aktuelt søger erstatning for.

Nævnet finder, at selskabet tilstrækkeligt klart og tydeligt har redegjort for klausulens omfang i skrivelse af 23/10 1998 til klageren. Uanset ordlyden i ændringsmeddelelsen af 26/10 1998, finder nævnet derfor, at klageren ikke kan have troet, at klausulen alene var gældende for ulykkesdelen.

Det forhold, at der er ydet forsikringsdækning i 1995, kan på baggrund af de fremlagte akter ikke føre til andet resultat.

Herefter, og da der i øvrigt ikke er godtgjort, at klagerens erhvervsevne – når bortses fra de af klausulen omfattede forhold – er nedsat i dækningsberettiget grad,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Jørgen Nørgaard