645/02

Den 21. maj 2002 blev i sag nr. 56.666:

xxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxx xxx xxxxxxx
xxxx xxxxx

mod

Codan Forsikring
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har personforsikring i Codan Forsikring, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for et anmeldt ulykkestilfælde samt over, at selskabet har ændret vilkårene for forsikringen.

Klageren tegnede forsikringen i marts 1997. Forsikringen blev tegnet på normale vilkår, idet begæringen ikke indeholdt kompromitterende lægelige oplysninger.

I november 2000 var klageren udsat for et ulykkestilfælde, mens han stod på en stige, som rykkede sig lidt. Herefter anmeldte klageren den 27/3 2001, at han ved ulykkestilfældet havde pådraget sig en formodet diskusprolaps i nakken, hvorfor han ønskede udbetaling af erstatning for tab af arbejdsevne.

Selskabet har ved skrivelse af 27/9 2001 til nævnet anført: "Den 21. marts 1997 udfyldte forsikrede en begæring om personforsikring, hvor der bl.a. var ret til dækning ved tab af erhvervsevne i form af udbetaling af forsikringsydelse og ret til fritagelse for betaling af præmie. I forbindelse med forsikringsbegæringen udfyldte forsikrede en helbredserklæring. Forsikrede svarede til denne erklærings spørgsmål 1: 'Har De nogensinde været syg eller sygemeldt af anden årsag end ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde', at han i ca. 1994 havde været sygemeldt i 3 uger på grund af

smerter i venstre håndled, og at han ikke havde følger af dette. Erklæringens spørgsmål 2: 'Har De inden for de sidste 10 år været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium el. lign. herunder røntgen- og fysiurgisk klinik?' har forsikrede besvaret med 'ja' på grund af smerter i venstre håndled i ca. 1994, behandlet hos egen læge i ca. 3 uger uden følger. Til erklæringens spørgsmål 3: 'Har De i øvrigt inden for de sidste 10 år været undersøgt og/eller behandlet af læge (herunder speciallæge), kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge?', har forsikrede svaret 'ja' på grund af smerter i nakken i ca. 1992 hos (kiropraktor) C.G. Forsikrede svarede 'Nej' til erklæringens spørgsmål 5: 'Lider De, eller har De lidt af diskusprolaps, iskias, hold i nakken/lænden eller anden ryglidelse?'. Forsikrede skrev herefter under på en erklæring, hvoraf det bl.a. fremgår: '*Jeg erklærer, at mine besvarelser er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at forsikringen nedsættes eller helt ophæves. ...* Begæringen var vedlagt et spørgeskema om nakke- og ryglidelser. I forbindelse med dette skema har forsikrede oplyst, at han ikke havde haft andre gener fra nakken end muskelspændinger og nakkehold i 1992, og at han var blevet behandlet herfor hos kiropraktor. Til skemaets spørgsmål 4: 'Har De eller har De haft ondt i ryggen eller gener udgående herfra?' svarede forsikrede 'Nej'. Som følge heraf blev uddybende spørgsmål om ryggener i skemaets pkt. 5 og 6, som f eks. om forsikrede havde været uarbejdsdygtig på grund af ryggenerne, ikke besvaret. Forsikrede underskrev i forbindelse med spørgeskemaet følgende erklæring: *Jeg er indforstået med, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves efter bestemmelserne i lov om forsikringsaftaler, hvis mine svar ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted.* Codan meddelte herefter, at forsikringen kunne antages på normale vilkår. Den 27. marts 2001 anmeldte forsikrede, at han var blevet sygemeldt den 26. november 2000 på grund af en formodet diskusprolaps i nakken. Forsikredes egen læge E.L. udfærdigede den 28. marts 2001 en lægeerklæring, der bekræftede, at forsikrede muligvis havde en diskusprolaps i nakken, og hvor det bl.a. også fremgik, at forsikrede havde fået foretaget en røntgenundersøgelse af lænderyggen i 1993. På Codans uddybende spørgsmål om forsikredes ryglidelse skrev læge E.L. bl.a. følgende i brev af 25. juni 2001: *... Af journalen fremgår det, at O.R. d. 30. august 1984 får foretaget røntgen af columna lumbalis p.g.a. monosymptomatisk højresidig dropfod. Røntgendiagnose i.a. 12. august 1993 ses han her med smerter fra lænden ned i ve. UE på lateral siden af erus. P.g.a. dysæstesier og paræstesier henvises han 19. august til røntgen columna lumbalis. Denne*

foretages og viser spondylosis columna lumbalis Lg. Mb. Scheuermann seq Degeneratio disci iv. Th11/Th12. Tilstanden herefter svingende, 26. august findes afsvækket venstre patellarrefleks. Påbegynder arbejdet medio september. Det fremgår således, at forsikrede på grund af lændesmerter med udstråling ned i benene og føleforstyrrelser blev henvist til røntgenundersøgelse og at denne røntgenundersøgelse viste, at forsikrede havde slidgigt i lænderyggen, følger efter ungdomskrumryg (Mb. Scheuermann) og vævshenfald af discus mellem 11. og 12. brysthvirvel. Det kan modsætningsvis sluttes, at forsikrede også har været sygemeldt fra arbejde i forbindelse med undersøgelserne, da det anføres, at han påbegynder arbejde i september måned 1993. Codan forelagde herefter sagen for Bedømmelsesforeningen, der i responsum af 11. juli 2001 meddelte, at forsikrede den 21. marts 1997 ville have fået antagelsesvilkår DO, 10 med klausul Al. Codan meddelte herefter ved brev af 25. juli 2001, at forsikringen alene ville kunne være blevet tegnet med følgende klausul: *Forsikringen omfatter ikke dækning ved præmiefritagelse og tab af erhvervsevne, forårsaget af en lidelse i ryggen (inkl. halsen) eller symptomer stammende herfra i hoved, nakke, ryg, arme eller ben.* Selskabet meddelte derfor, at der ikke var ret til erstatning, da den anmeldte skade var omfattet af den omtalte klausul. Forsikrede klagede i brev af 12. august 2001 over selskabets afgørelse, og anførte bl.a., at forsikringsbegæringen var blevet udfyldt i samarbejde med en assurandør fra Codan. Codan meddelte ved brev af 24. august 2001, at selskabet fastholdt den trufne beslutning, idet det bl.a. blev gjort gældende, at forsikrede ikke var fritaget for ansvaret for, at der var afgivet korrekte helbredsoplysninger. Efter en fornyet gennemgang af sagen skal den trufne afgørelse fastholdes. Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 1, 2. og 3. afsnit: *Codan forudsætter, at de oplysninger, der afgives ved forsikringens tegning eller ved dennes senere ikrafttræden, er i nøje overensstemmelse med sandheden. Gives der urigtige oplysninger af betydning for forsikringsforholdet, gælder forsikringsaftalelovens regler, som kan medføre nedsættelse eller bortfald af forsikringen.* Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 6: *Har forsikringstageren, uden at forholdet omfattes af §§ 4 eller 5, givet urigtig oplysning, er selskabet fri for ansvar, hvis det kan antages ikke at ville have overtaget forsikringen, om det rette forhold havde været oplyst. Stk. 2. Må det antages, at selskabet ville have overtaget forsikringen, men på andre vilkår, hæfter det i det omfang, i hvilket det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig. ...* Forsikrede har i forbindelse med forsikringens tegning den 21. marts 1997 udfyldt såvel en helbredserklæring, som et spørgeskema om nakke- og ryglidelser. I forbindelse med

dette spørgeskema har forsikrede oplyst, at han i 1992, altså 5 år forud for begæringen, havde et enkelt tilfælde med hold i nakken, og at der ikke havde været nakkegener siden. På baggrund af disse oplysninger antog Codan forsikringen uden forbehold. I forbindelse med en anmeldelse af tab af erhvervsevne fik Codan oplyst, at forsikrede såvel i 1984 som i 1993 var blevet røntgenfotograferet i lænderyggen, og at man i forbindelse med undersøgelsen i 1993 fandt flere tegn på ryglidelse. Samtidig fremgik det, at forsikrede havde haft smerter i lænden med udstråling til venstre ben samt føleforstyrrelser. Det blev endvidere angivet, at forsikrede påbegyndte arbejdet medio september, efter at være blevet set af lægen første gang den 12. august 1993. Det kunne således konstateres, at forsikrede har svaret forkert på helbredserklæringens spørgsmål 1, 2, 3 og 5, samt spørgeskemaets spørgsmål 4 (og i forlængelse deraf også spørgsmål 5 og 6). Codan bad derfor Bedømmelsesforeningen om at udfærdige et responsum med stillingtagen til, hvordan foreningen ville have bedømt antagelsesvilkårene på tegningstidspunktet, hvis de korrekte oplysninger havde været afgivet. Bedømmelsesforeningen meddelte herefter, at foreningen ville have meddelt antagelsesvilkårene DO I0 med en klausul A1. Klausulen undtager lidelser i hele rygsøjlen fra forsikringsdækning. Codan meddelte herefter i overensstemmelse med reglerne i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, at forsikringen ville blive ændret med tilbagevirkende kraft, og at det anmeldte tab af erhvervsevne ikke var dækket af forsikringen, da det skyldtes en lidelse i den øverste del af rygsøjlen. Forsikrede har i sit brev af 12. august 2001 angivet, at helbredsskemaet var udfyldt i samarbejde med selskabets assurandør. Codan har haft kontakt til assurandøren, der ikke husker den konkrete tegningssituation i detaljer. Hun oplyser dog, at hun altid beder kunden om at udfylde helbredsoplysninger selv, og at hun altid siger til forsikrede, at alle tidligere helbredsgener skal medtages i forbindelse med udfyldelse af helbredserklæring og spørgeskema. På den baggrund skal Codan afvise, at selskabets assurandør ved sin rådgivning skulle have medvirket til, at der blev afgivet urigtige helbredsoplysninger. Codan har herved tillige noteret sig, at det forekommer utænkeligt, at assurandøren skulle have rådet forsikrede til at oplyse om et enkelt tilfælde med hold i nakken i 1992, der svandt ved behandling, men frarådet at oplyse om, at han i 1993 havde et månedlangt tilfælde af lændesmerter med udstråling og føleforstyrrelser, der var af en sådan alvor, at forsikrede blev henvist til røntgenundersøgelse. Codan skal på den baggrund fastholde, at forsikringen er ændret i overensstemmelse med reglerne i

forsikringsaftaleloven, og at der ikke er dækning for det anmeldte tab af erhvervsevne, da forsikredes lidelse er omfattet af den indsatte klausul."

Klageren har i skrivelse af 12/8 2001 til selskabet anført bl.a.: "Det fremsendte policetillæg og ændringen af forsikringen kan ikke godtages. Jeg kan oplyse at det helbredsskema, der er indsendt ved forsikringens tegning, er udfyldt i samarbejde med assurandør, T.J. Derfor går jeg ud fra, at det er korrekt. Jeg kan endvidere oplyse at der ved undersøgelserne i 1984 og 1993 ikke blev fundet noget unormalt, og der derfor heller ikke var tale om nogen ryglidelse før tegningen af forsikringen. … **Hvis** Bedømmelsesforeningens klausul havde været påført inden tegningen af forsikringen, havde jeg sandsynligvis ikke tegnet forsikringen. … Da der ikke er lavet nogen fejl fra min side, men derimod fra Codans side, forventer jeg at policens ordlyd føres tilbage til det oprindelige, uden nogen klausul af nogen art. Det forventes ligeledes at der ydes erstatning for den anmeldte skade."

Nævnet udtaler:
Klageren har besvaret begæringens spørgsmål 4 ufyldestgørende og begæringens spørgsmål 5 direkte urigtigt. Endvidere er spørgeskemaet om nakke- og ryglidelse besvaret urigtigt.

I overensstemmelse med Bedømmelsesforeningens udtalelse må nævnet lægge til grund, at forsikringen ikke ville være blevet tegnet med dækning for lidelser i rygsøjlen, hvis de korrekte oplysninger havde foreligget. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6 har ændret forsikringen med tilbagevirkende kraft som sket.

På den givne foranledning bemærkes, at nævnet ikke finder det godtgjort, at de afgivne helbredsoplysninger skulle være accepteret af selskabets assurandør som fyldestgørende.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand