691/04

Den 16. april 2004 blev i sag nr. 61.190:

xxxx xxxxxxxxx
xxxxxx xx xx
xxxx xxxxx

mod

Nykredit Østifterne
Forsikring A/S
Anker Heegaards Gade 8
1780 København V

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har ulykkesforsikring i Nykredit Østifterne Forsikring A/S, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for et anmeldt ulykkestilfælde.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren afgav urigtige helbredsoplysninger på tegningstidspunktet, hvorfor man har indsat en rygklausul på forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

Klausulen har følgende ordlyd:

> "Lænderyggen.
> Der ydes ikke erstatning for discuslidelser i lænderyggen og følger heraf, og ej heller for lændesmerter og ischias. Dette gælder, uanset om de nævnte lidelser er opstået eller forværret i tilslutning til et ulykkestilfælde."

Ved forsikringens tegning i 1998 svarede klageren nej på følgende spørgsmål:

> "Helbredsoplysninger skal altid besvares ved tegning af ulykkesforsikring.
>
> Har nogen af de personer der ønskes forsikret Svækket hørelse/syn (syn +/-7, legemsfejl, invaliditet, sygdom/følger af sygdom, været udsat for skade/ulykkestilfælde ☒ Nej"

Af skadeanmeldelsen af 10/5 2002 fremgår bl.a.:

"Nøjagtig beskrivelse af hændelsesforløbet og de legemlige skader det medførte

Ved vask af campingvogntag fra alu trappestige væltede denne, hvorved ryggen blev vredet. Og der opstod øjeblikkelig stærke smerter i ryggen, og havde vanskelig ved at gå da smerterne så forværredes."

Der var ikke anført skadedato på skadeanmeldelsen, men klageren har i klageskemaet til nævnet anført den 21/5 2001 som skadesdato.

Af en lægeerklæring på bagsiden af anmeldelsen fremgår, at klageren første gang fik lægehjælp den 23/5 2001, og at diagnosen var diskusprolaps i lænden. Klagerens læge oplyste endvidere, at tidligere sygdomme ikke var årsag eller delvis årsag til den nuværende lidelse eller har forværret dens følger.

Af statusattest af 4/6 2002 udfyldt af læge E.R. fra S. Sygehus fremgår bl.a.:

"23.5.2001 uprovokeret lave lændesmerter trækkende ned på ve. side. Klinisk undersøgelse på reumatologisk ambulatorium, S. Sygehus giver mistanke om discusprolaps."

Af journal fra reumatologisk ambulatorium af 6/6 2001 fremgår bl.a.:

"Aktuelle:

Gennem 15 år døjet mere eller mindre med lændesmerter, dog uden særlig udstråling og tendens til let opstående hold i ryggen.

Sidste tilfælde for mange år siden, da patienten oplevede stærke tiltagende lændesmerter på grund af et hold i ryggen, hvor han skulle være liggende igennem 7-8 dage, men til sidst aftog smerterne.

Nuværende:

Fra 23.05.01 uden forudgående traumer stærke tiltagende rygsmerter i lænden med udstråling ned ca. til knæniveau på venstre side."

I selskabets skrivelse af 28/5 2003 til nævnet hedder det bl.a.:

"Da forsikringstager tidligere har haft rygproblemer gennem flere år, har vi afvist at gå ind i sagen ved brev af 28. august 2002. I samme brev meddeler vi, at der vil blive indsat en rygklausul i forsikringstagers police.

Forsikringstager ringer os op den 19. september 2002 og oplyser, at han ikke har haft ryggener siden 1994. Da forsikringen er tegnet i 1998, er det forsikringstagers opfattelse, at han ikke har afgivet urigtige oplysninger.

I vores skadeafdeling vælger man at forelægge sagen for vores lægekonsulent med henblik på, om der skal indhentes en speciallægeerklæring, da det af journalmaterialet ikke fremgår, at forsikringstager har været udsat for et traume, og der er usikkerhed med hensyn til, om forsikringstager havde ryggener umiddelbart forud for skaden.

Vores lægekonsulent anbefaler, enten at der bliver indhentet en erklæring fra egen læge herom, eller at der indhentes en speciallægeerklæring.

Vi modtager herefter en erklæring fra egen læge, der bekræfter forsikringstagers oplysning om, at han ikke har henvendt sig hos egen læge med ryggener fra 1994 og frem. Endvidere modtager vi egen læges journal om tidligere ryggener den 2. oktober 2002. Af egen læges journal fremgår ingen oplysninger om hvorvidt forsikringstager har været udsat for et traume som årsag til hans discusprolaps. Endvidere fremgår det af journaluddraget, at der er sket rygskade i 1984 i forbindelse med skubning af en palle, og at det daværende forsikringsselskab Baltica har behandlet en skade desangående.

Da vi bliver bekendt med, at forsikringstager har en kollektiv ulykkesforsikring i Alka, og at Alka den 18. november 2002 har bedt Arbejdsskadestyrelsen om at afgive en udtalelse om fastsættelse af det varige mén, meddeler vi forsikringstager, at når vi har modtaget nærmere fra Alka vedrørende afgørelsen i Arbejdsskadestyrelsen, vil han snarest høre fra os.

Ved brev af 28. januar 2003 gør vi forsikringstager opmærksom på, at vi ikke har anerkendt, at den anmeldte skade skyldes et ulykkestilfælde, og at vi som følge heraf ikke kan udbetale et a conto beløb over ulykkesforsikringen.

Den 11. april 2003 modtager vi fra Alka kopi af Arbejdsskadestyrelsens udtalelse om varigt mén. Arbejdsskadestyrelsen vurderer det varige mén til 25%, og har ikke fratrukket i erstatningen for forudbestående rygsygdomme, idet styrelsen lægger vægt på, at forsikringstager har været udsat for en traumatisk discusprolaps som følge af en skade den 21. maj 2001. Alka har endvidere fremsendt kopi af en speciallægeerklæring fra speciallæge E.G., som ud fra forsikringstagers oplysninger om hændelsesforløbet forud for skaden, har fundet, at der er årsagssammenhæng mellem hændelsen den 21. maj 2001 og følger i form af discusprolaps.

Ved brev af 25. april i år meddeler vi forsikringstager, at vi har modtaget Arbejdsskadestyrelsens afgørelse, og at vi ikke kan lægge denne til grund. Vi fastholder således, at vi ikke kan gå ind i sagen. Vi henviser i brevet til vores brev af 28. august 2002 til forsikringstager.

Vores fastholdelse af vores afvisning, har afstedkommet den aktuelle klage til Ankenævnet.

Vores kommentarer

Vi har telefonisk været i kontakt med overlæge E.R., Reumatologisk afdeling, S. Sygehus. Foreholdt oplysningen om, at der i journal fra hans afdeling er oplysninger om, at der uden forudgående traume er opstået discusprolaps, oplyser han, at han ikke selv har forestået undersøgelsen, men at det er en læge ved navn A.F. Vi har herefter telefonisk kontaktet læge A.F., som har oplyst, at det er flere år siden, at hun har været ansat på Reumatologisk afdeling i S., og at hun er omfattet af tavshedspligt, også efter at hendes ansættelse er ophørt. Vi har herefter telefonisk kontaktet egen læge H.L., der har oplyst, at det var hans kollega P.D., der undersøgte forsikringstager den 23. maj 2001. P.D. oplyser, at han ikke har optegnelser om, at der er sket et traume den 21. maj 2001, og han kan ikke huske, om forsikringstager har oplyst dette til ham.

Vi er derfor henvist til at vurdere sagen på baggrund af det samlede journalmateriale. Det fremgår, af journal fra undersøgelsen den 6. juni 2001 på Reumatologisk Ambulatorium, S. Sygehus, at der ikke er forudgående traume. Da der ikke er oplysninger herom i egen læges journal, kan den undersøgende læge A.F. ikke have oplysningen herfra, og derfor må hun have spurgt forsikringstager herom, eller forsikringstager har af egen drift oplyst dette.

Vi lægger derfor til grund, at der ikke er sket et ulykkestilfælde den 21. maj 2001.

Vi har afventet Arbejdsskadestyrelsens udtalelse for, om der via styrelsen kunne fremskaffes yderligere oplysninger vedrørende forsikringstagers ryggener, herunder om forsikringstager har haft andre skader eller ryggener efter 1994 og frem til hændelsen den 21. maj 2001.

Efter forsikringstagers forsikringsbetingelser, er vi bundet af Arbejdsskadestyrelsens vurdering af, at der er indtrådt et ulykkestilfælde, men vi kan se, at Arbejdsskadestyrelsen alene henviser til E.G.'s speciallægeerklæring, der bygger på forsikringstagers forklaring omkring begivenhedsforløbet der fører til skaden.

Forsikringstager har i alt fald før 1994, haft rygproblemer, og i 1984 har han haft en rygskade.

På tegningstidspunktet har forsikringstager uagtsomt afgivet urigtig oplysning om, hvorvidt han tidligere har haft skader, og da vi kun ville have tegnet ulykkesforsikringen med en rygklausul, der undtager dækning for skader på lænderyggen, skal vi gøre gældende, at der ikke er dækning for forsikringstagers discus prolaps i lænderyggen af denne grund, jf. Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 2.

Til orientering har Alka Forsikring anerkendt ulykkestilfældet, da der er tale om en kollektiv ordning, hvor risikoen ikke vurderes ud fra helbredsoplysninger.

Vi fastholder derfor vores afgørelse."

Klageren er utilfreds med selskabets afgørelse.

Nævnet udtaler:
Så generelt som spørgsmålet er formuleret i den forsikringsbegæring, som selskabet har udformet, må besvarelsen heraf i vidt omfang bero på forsikringstagerens egen vurdering af sine helbredsforhold.

På baggrund af sagens akter finder nævnet ikke grundlag for at bebrejde klageren, at han besvarede spørgsmålet i forsikringsbegæringen: "Har nogen af de personer der ønskes forsikret svækket hørelse/syn (syn +/-7, legemsfejl, invaliditet, sygdom/følger af sygdom, været udsat for skade/ulykkestilfælde" benægtende.

Nævnet finder herefter, at klageren - om man overhovedet vil karakterisere hans oplysning som urigtig - i alt fald har været i god tro ved afgivelsen af svarene i 1998.

Selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning af den anmeldte skade findes herefter uberettiget.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Nykredit Østifterne Forsikring A/S, skal anerkende, at det ikke har været berettiget til med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6 at indføje rygklausulen med tilbagevirkende kraft, og skal på dette grundlag genoptage sagens behandling.

J. Hermann