720/05

Den 1. april 2005 blev i sag nr. 64.400:

xxxxxxxx xxxxxxx
xxxxxxxxx xxxxx xxxxxxxxxxx
xxxxxx xx xxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Codan Forsikring A/S
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har haft erhvervsevnetabsforsikring i Codan Forsikring A/S, klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning.

Selskabet har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft med henvisning til, at klageren afgav urigtige oplysninger i en af hende udfyldt kontinuationserklæring.

Det fremgår af sagen, at klageren, der er født i 1952, blev færdiguddannet som tandlæge i 1977. Klageren tegnede i 1985 erhvervsevnetabsforsikring i selskabet. I 1988 erhvervede klageren egen tandlægepraksis. På grund af hypermobile led afhændede klageren sin virksomhed med overdragelse pr. 15/8 2001. I forbindelse med salget af sin praksis opsagde klageren erhvervsevnetabsforsikringen, hvilket selskabet bekræftede ved skrivelse af 25/1 2001. I forbindelse med en skilsmisse i august 2001 fik klageren en depression, hvilket medførte, at klageren blev sygemeldt fra den 16/8 2001. Medio august kontaktede klageren selskabet, idet hun ønskede den tidligere opsagte forsikring genoptaget. Selskabet bekræftede ved skrivelse af 31/8 2001 til klageren, at forsikringen ville blive genoptaget pr. afgangsdatoen den 1/2 2001, forudsat klageren betalte præmie for den mellemliggende periode. Vedlagt selskabets skrivelse af 31/8 2001 til

klageren fulgte en helbredsblanket (kontinuationserklæring), som klageren blev anmodet om at udfylde og returnere i underskreven stand.

Af den af klageren underskrevne kontinuationserklæring, som er dateret den 2/9 2001, fremgår bl.a. følgende:

"	**1. Har De været syg eller sygemeldt siden ovennævnte dato?**	**Nej** ☒	**Ja** ☐	…
	2. Har De søgt læge, naturlæge el. siden ovennævnte dato?	**Nej** ☒	**Ja** ☐	…
	3A Er De fuldstændig rask?	**Ja** ☒	**Nej** ☐	…
	3B Er De fuldt arbejdsdygtig	**Ja** ☒	**Nej** ☐	"

Klageren meddelte ved anmeldelse modtaget af selskabet den 16/12 2002, at hun pga. hypermobilitet med slidgigt og skader på bevægeapparatet til følge havde mistet erhvervsevnen, hvorfor hun ønskede præmiefritagelse og udbetaling af invaliditetsydelse.

Selskabet indhentede herefter de lægelige akter i sagen. Af de indhentede oplysninger fremgår bl.a., at klageren gennem flere år har haft problemer med led og muskulatur. Med henvisning til selskabets manglende viden herom anmodede selskabet herefter Bedømmelsesforeningen (nu Helbred & Forsikring) om en udtalelse.

Bedømmelsesforeningen har i skrivelse af 12/3 2003 til selskabet anført følgende:

"På basis af de foreliggende helbredsoplysninger kan vi meddele, at hvis disse havde været oplyst på tegningstidspunktet, ville Bedømmelsesforeningen have fastsat følgende forsikringsvilkår:

Dato: 02-09-2001

D-tavle: D0 I-tavle: OPS

Følgende helbredsforhold ligger til grund for risikovurderingen:

Vurderingen er baseret på oplysningerne fra lægeattest ved sygdom/ulykke dateret 26. december 2002, journal fra B. kommune dateret 2. marts 2002 samt oplysninger fra forsikrede selv vedr. forløbet, udateret.

Heraf fremgår det, at forsikrede blev sygemeldt 16. august 2001 pga. krise efter skilsmisse og forsikrede var fortsat sygemeldt ved underskrift af kontinuationserklæringen 2. september 2001."

3. 64.400

Selskabet afviste ved skrivelse af 8/5 2003 til klageren at yde forsikringsdækning.

Klageren har over for nævnet gjort gældende, at selskabet skal yde forsikringsdækning i henhold til klagerens anmeldelse af 8/12 2002.

Klagerens advokat har i skrivelse af 18/6 2004 til nævnet bl.a. anført følgende:

"Til støtte for påstanden gøres gældende, at der mellem klager og indklagede i august/september 2001 aftaltes, at den siden 1984 gældende forsikring kunne fortsætte uanset den manglende præmieindbetaling fra februar til august 2001, såfremt klager foretog efterbetaling af præmie.

Dette skete hvorefter klager har haft en berettiget forventning om en genoptagelse af den allerede eksisterende forsikring. Klager har således ikke lagt særlig vægt på kontinuationserklæringen, der blot blev opfattet som en bekræftelse på, at forsikringen fortsatte.

Herefter, og idet indklagede fuldt ud var bekendt med klagers sygehistorie fra tidligere sygemeldinger anmeldt under forsikringen, er der ikke sket fortielser eller oplysninger, der kan medføre manglende krav på dækning. Fortielsen skal, når der foreligger en fortsættelse/genoptagelse af forsikringen foreligge, da den blev tegnet oprindeligt i 1984.

Det fremgår ydermere af korrespondancen, jfr. indklagedes brev af 5. marts 2003, at forelæggelsen for Bedømmelsesforeningen skete under henvisning til, at indklagede ikke havde været bekendt med klagers mangeårige problemer med led og muskulatur. Denne oplysning er, jfr. ovenfor, ukorrekt, idet indklagede var i besiddelse af alle fulde oplysninger.

Selv om Ankenævnet for Forsikring måtte give indklagede medhold i, at der - uanset der var tale om en genoptagelse/fortsættelse af en fra 1984 gældende forsikring – kunne kræves afgivelse af ny helbredserklæring, kan indklagede ikke påberåbe sig fortielse af oplysninger som indklagede i forvejen på anden vis kendte til. Det gøres i

relation hertil gældende, at fortielsen ikke var væsentlig i og med, at klager opfattede afgivelsen af kontinuationserklæringen som en formalitet.

Afvisningen af dækningen blev i øvrigt, jfr. indklagedes brev af 8. maj 2003, ikke støttet på oplysningerne i forhold til ledproblemerne, men på manglende oplysninger om sygemeldingen grundet skilsmissen. Der er således ikke sammenhæng mellem det grundlag, der var motiverende for selskabet til at indbringe sagen for Bedømmelsesforeningen og indklagedes afvisningsgrund.

Ydermere ses der ikke at være relation mellem sygemeldingen som følge af psykiske problemer og anmeldelsen i december 2002 om erhvervsevnetab på baggrund af hypermobilitet. Der er således ingen årsagsforbindelse mellem den manglende oplysning om sygemeldingen og den til grund for sygemeldingen liggende årsag på den ene side og den sygdom, der førte til sagens anmeldelse, på den anden side. Den manglende oplysning om sygemeldingen har således ikke haft betydning for risikovurderingen i forhold til den faktiske sygdomsgrund."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Selskabet har til støtte herfor i skrivelse af 19/8 2004 til nævnet bl.a. anført:

"Der er aldrig udbetalt erstatning fra forsikringen, men der er muligvis udbetalt erstatning fra en i nærværende sammenhæng ikke relevant sygedrifttabsforsikring, hvor klagerens klinik har været forsikringstager. Codan har derfor forud for 2. september 2001 ikke haft relevant viden om klagerens sygehistorie frem til 1. februar 2001. For så vidt angår tidsrummet 1. februar til 2. september 2001 havde Codan absolut ingen viden om klagerens helbredstilstand. Klagerens advokat **opfordres** til at oplyse, hvilken information om klagerens helbredstilstand efter 1. januar 1997 - navnlig mht 2001 - Codan skulle have været helt eller delvist bekendt med den 2. september 2001.

Klageren er sygemeldt fra 16. august 2001. Jeg har drøftet sagen telefonisk med assurandør N.M.-C., og det er dennes opfattelse, at klageren først rettede henvendelse om genoptagelse af forsikringen ganske få dage før afsendelsen af Bilag 3 den 31. august 2001. Dette bestyrkes af det som Bilag A vedlagte interne memo af 28. au-

gust 2001, hvor assurandørens daværende sekretær forespørger, om forsikringen kan genoptages.

Assurandøren oplyser i øvrigt, at han ikke på noget tidspunkt har stillet klageren i udsigt, at genoptagelse kunne ske uden afgivelse af tilfredsstillende helbredsoplysninger. Dette fremgår direkte af Bilag 3, hvor klageren samtidigt modtog det som Bilag 1 fremlagte skema til udfyldelse. Assurandøren har siden bekræftet dette over for klageren med sin mail af 18. marts 2003, der fremlægges som Bilag B.

Endelig oplyser assurandøren, at klageren alene tilkendegav, at hun (selvfølgelig) havde det skidt med hændelsesforløbet omkring klinikafståelsen og skilsmissen, men at klageren hverken oplyste, at hun var sygemeldt og havde fået ordineret nervemedicin og behandling.

Codans tilbud om genoptagelse af forsikringen var meget imødekommende, idet helbredsspørgsmålene i Bilag 1 alene relaterer sig til perioden 1. februar til 2. september 2001. Der er dermed ikke givet klageren tilsagn om, at bedømmelsen hvis der var problemer med kontinuationserklæringen (Bilag 1) - alene ville ske på baggrund af sygdomme, der var opstået efter 1. februar 2001.

Samtlige 4 spørgsmål i Bilag 1 er ukorrekt besvaret. Når Codan alene gør FAL §6 og ikke §4 gældende, skyldes det alene, at klageren har haft psykiske problemer og modtaget behandling herfor.

Helbred og Forsikrings responsumafgørelse, Bilag 9, er, som det fremgår af Bilag 16, alene truffet ud fra, at klageren var sygemeldt den 2. september 2001. Bedømmelsen er D0 OPS, hvilket betyder 'opsættelse' for så vidt angår invaliditetsdækning. Den nærmere begrundelse for sygemeldingen, der anføres i Bilag 9, er irrelevant for Codans antagelse, idet det var en klar forudsætning for antagelsen, at klageren - uanset årsagen hertil - ikke måtte være syg, sygemeldt, uarbejdsdygtig og under lægebehandling.

Opsættelse kommer i realiteten til at fungere som afslag, idet klageren - hvis ellers Bilag 1 - kontinuationserklæringen var udfyldt korrekt - efterfølgende skal kunne præstere de helbredsoplysninger, der normalt skal til for antagelse ved nytegning. Sådanne tilfredsstillende helbredsoplysninger har klageren ikke kunne præstere siden 2. september 2001. I en sådan vurdering indgår som oven for anført alle tænkelige helbredsforhold, herunder også sygdomme, der måtte have sin oprindelse fra før 1. februar 2001.

Klagerens advokat gør gældende, at der ikke er sammenhæng mellem de helbredsforhold, som der er givet urigtige oplysninger om, og de, der begrunder sygemeldingen og erhvervsevnetabet.

For det første er påstanden direkte forkert, idet sygemeldingen 16. august 2001 netop var begrundet i de psykiske forhold. Det er meget muligt, at klagerens øvrige helbredsproblemer efterfølgende har haft en tiltagende betydning, men det foreligger dog oplyst, at klageren så sent som 4. september 2002 påbegyndte en (ny) antidepressiv medicinering. Klagerens dækningskrav støttes dermed helt eller delvist på sygeperioder, der har psykiske helbredsproblemer som årsag.

For det andet er det uden betydning, at der ikke måtte være årsagssammenhæng mellem den sygdom, der er oplyst forkert om, og den der måtte have forårsaget den efterfølgende sygemelding. Den nye regel i FAL § 6.3 er uden relevans i nærværende sammenhæng, og bestemmelsen var i øvrigt ikke en gang i kraft på det tidspunkt, hvor klageren afgav urigtige oplysninger.

For det tredje har klageren ikke fejlinformeret om nogen konkret sygdom, men alene om, hvorvidt hun bl.a. var syg eller sygemeldt. Det er derfor i det hele taget ikke relevant at diskutere årsagssammenhæng."

Klageren har i e-mail af 1/9 2004 til sin advokat kommenteret selskabets skrivelse af 19/8 2004 til nævnet. Af klagerens e-mail af 1/9 2004 fremgår bl.a. følgende:

"Det er … sandt, at jeg ikke har fået udbetalt fra erhvervsudygtighedsforsikringen, men derimod to gange fra drifttabsforsikringen. Men jeg har ikke været vidende om,

at der ikke har været forbindelse mellem de to forsikringer. Jeg troede, at udbetaling fra drittabsf. automatisk fortsatte til erhvervsudystighedsf. efter et års evt. sygemelding. Samme forsikringsselskab og samme assurandør. Derfor kan jeg nu forstå, at erhvervsudygtighedsf. ikke har vidst noget om mine skader. Jeg burde have oplyst, at jeg blev knæopereret og stod skrevet op til endnu to håndoperationer. Sygemeldingen 16. aug. 2001 har vi talt om mange gange. Jeg har ikke opfattet min depression i forbindelse med skilsmissen og den samtidige angst for et fremtidigt levebrød som sygdom. Jeg har faktisk hele tiden ment at det ville være nærmest sygt eller unaturligt, hvis jeg ikke havde reageret. Både du og Ankenævnet og Codan kan til hver en tid kontakte min læge og få alt at vide om min sygemelding. 'Psykofarmaka' har i begge omgange været såkaldte lykkepiller i ekstremt svage doser, fordi det var for meget for mig på én gang. Jeg har aldrig fået noget lignende tidligere. Jeg har ikke fået det i et år nu, kun noget at sove på ind i mellem."

Nævnet udtaler:

Det er nævnets opfattelse, at klageren ved sin underskrift indestår for rigtigheden af de i kontinuationserklæringen afgivne oplysninger. Da begæringen ikke indeholder oplysninger om sygemeldingen pr. 16/8 2001, finder nævnet, at der er afgivet urigtige oplysninger. Da det må antages, at selskabet ville have afvist at genoptage forsikringen, såfremt de korrekte oplysninger havde foreligget, er selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6 berettiget til at annullere forsikringen og afvise at yde forsikringsdækning.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen