739/06

Den 16. januar 2006 blev i sag nr. 64.444:

xx xxxxxxxx
xxxxxxxxxx xxx xxxxxxxx
xxxx xxxx x

mod

SEB Pension
Postboks 100
0900 København C

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har livsforsikring i SEB Pension, tidligere Codan Pension, klager ved sin advokat over, at selskabet med virkning fra 1/4 2004 har standset bevillingen af ydelser i forbindelse med anmeldt erhvervsevnetab.

Selskabet har oprindelig afvist yderligere bevilling med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke var nedsat i dækningsberettigende grad. Efter sagens indbringelse for nævnet har selskabet imidlertid på baggrund af ny-indhentede oplysninger tillige gjort gældende, at klageren afgav urigtige oplysninger ved tegningen af forsikringen.

Det fremgår af sagen, at klageren, som er født i 1970 og har arbejdet som vognmand, den 12/8 1997 udfyldte og underskrev en begæring om tegning af forsikring i det indklagede selskab. I begæringen er oplyst:

"

1. Har De nogensinde været syg eller sygemeldt af anden årsag end ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde?	☐ Nej ☒ Ja	Hvis ja, hvilke lidelser? *Epilepsi*

2. Har De inden for de sidste 10 år været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium el. lign., herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik?	☐ Nej ☒ Ja	Hvis ja, for hvad? *Forbrænding i ansigt* *Brud på højre hånd* Hvornår? *1992* *1987* Hvor længe? Hvor *Amtssygehuset i Å.* *Kommunehosp. Å.*
3. Har De i øvrigt inden for de sidste 10 år været undersøgt og/eller behandlet af læge (herunder speciallæge), kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge?	☐ Nej ☒ Ja	Hvis ja, for hvad? *Hofter* Hvornår? *1993* Hvor længe? *1 uge* Hos hvem? *B.K.* Evt. følger? *Ingen*
…		
5. Lider De, eller har De lidt af diskusprolaps, iskias, hold i nakken/lænden eller anden ryglidelse?	☒ Nej ☐ Ja	…

"

Klageren udfyldte den 23/9 1997 endvidere et skema om ledgener og -skader vedrørende generne i højre hånd og arm. Det fremgår heraf, at han var henvist til speciallæge og havde fået tid 27/10 1997. Sagen blev forelagt for Bedømmelsesforeningen, nu Videncenter for Helbred og Forsikring, som udbad sig oplysninger fra speciallægen. Efter at have modtaget disse fastsatte videnscentret forsikringsvilkårene D0 I4, alternativt D0 I0 med en klausul, der undtog lidelser i højre hånd og arm.

Klageren fik mulighed for at vælge, om han foretrak at acceptere forsikringen til forhøjet præmie, eller om han ønskede at tegne forsikringen med den omtalte klausul. Klageren meddelte den 22/1 1998, at han ønskede at tegne forsikringen til forhøjet præmie.

Den 3/10 2002 anmeldte klageren, at han var uarbejdsdygtig på grund af diskusprolaps. Af den vedlagte lægeattest fremgår, at han havde pådraget sig lidelsen ved et løft af en affugter den 7/7 2002, og at han var opereret 1/10 2002. Selskabet bevilgede herefter ydelser fra 5/10 2002 til 1/1 2003, på hvilket tidspunkt selskabet mente at kunne vurdere hans generelle erhvervsevnetab.

I november 2003 anmodede klagerens advokat om yderligere ydelser, og efter at have modtaget oplysninger fra Å. hospital bevilgede selskabet ved skrivelse af 2/2 2004 ydelser for perioden 1/12 2003 til 1/4 2004.

I maj 2004 oplyste klageren, at han den 4/5 2004 havde været undersøgt på røntgenafdelingen på Å. Hospital. Selskabet udbad sig på den baggrund journaloplysninger. Af udskrift dateret 19/1 1999 fra røntgenundersøgelse, som selskabet modtog 11/6 2004 fremgår:

> "**U af columna lumbalis og den torakolumbale overgang.** (Indikation: Hårdt fysisk arbejde, mangeårige ryggener).
> der ses ingen skoliose, udrettet lordose. Corpora samt intervertebralrum er normale. Normale sakroiliakaled.
> D: Columna recta"

Herefter anmodede selskabet om en udtalelse fra klagerens læge. Af udtalelse dateret 12/7 2004 fremgår:

> "Vedr. rygproblematikken kan oplyses følgende:
> Pt. henvender sig i december 1998 pga ryggener med ryghold og lænderygsmerter i perioder, altid uden udstråling til underekstremitet. Pga hårdt belastet arbejde og flere års anamnese henvises til røntgen ved speciallæge I. Rtg. d. 21/01-1999 af columna lumbalis samt overgang viser Columna recta. Intet andet påvist. Pt. klarer sig med smertestillende og aflastning en kortere periode. Ingen yderligere kontakter i forb. hermed."

Den 7/2 2005 modtog selskabet et uddybende svar fra klagerens læge, hvoraf fremgår:

> "Angående oplysninger om ryggener fra før 1998, kan jeg fortælle, at pt kun én gang den 3/1 1995 har været i praksis med ryggener - her i form af myoser i ryggen."

Selskabet anmodede herefter Videncenter for Helbred og Forsikring om en risikovurdering. Af udtalelse dateret 27/4 2005 fremgår:

"De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komité i Videncenter for Helbred og Forsikring. Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville vi have vurderet forsikringsrisikoen pr. 12-08-1997 til:
Dødelighed: D0 Invaliditet: Afslag

Med klausul A1 og C2 vedr. hø. hånd ville vurderingen have været:
Dødelighed: D0 Invaliditet: I0

Begrundelse for vurderingen
Vurderingen er baseret på de nye oplysninger fra forsikredes læge om ryggener i januar 1995, der førte til lægekonsultation. I relation til ryggenerne har det betydning, at forsikrede på tegningstidspunktet havde hårdt fysisk arbejde med kørsel og arbejde med slamsuger.

Derudover indgår det i vurderingen, at forsikrede, som oplyst på tegningstidspunktet, havde gener i højre hånd som følge af fraktur i 1987."

Selskabet skrev herefter den 27/5 2005 bl.a. således til klageren:

"Vi har nu modtaget en vurdering fra Videncenter for Helbred og Forsikring. Denne vurdering indebærer, at vi må ændre forsikringen med tilbagevirkende kraft fra det tidspunkt, hvor forsikringen blev oprettet.

Vi ændrer forsikringen, fordi du ved forsikringens tegning i 1997 ikke oplyste, at du havde haft ryggener i 1995. Hvis vi havde fået de korrekte oplysninger, kunne forsikringen kun være tegnet med følgende forbehold:
'Forsikringen omfatter ikke dækning ved Tab af erhvervsevne/ret til præmiefritagelse, forårsaget af en lidelse i ryggen (inklusive halsen) eller symptomer stammende herfra i hoved, nakke, ryg, arme eller ben.'

Tillægget til policen på de ændrede forsikringsvilkår er vedlagt."

Klageren har den 6/6 2005 genoptaget sit arbejde fuldtids.

Klageren har ved sin advokat over for nævnet gjort gældende, at selskabet ikke kan påberåbe sig, at der er afgivet urigtige oplysninger ved tegningen. Advokaten har i skrivelse af 8/7 2005 anført:

"I forbindelse med at min klient tegnede den omhandlede forsikring hos Codan Forsikring A/S, blev forsikringspapirerne udfyldt under vejledning af A.F. (Codan Forsikring A/S) - dette med henblik på at sikre, at samtlige oplysninger, der blev givet, var såvel fyldestgørende som korrekte.

Når A.F. bistod min klient i denne forbindelse, skyldes dette, at min klient er ordblind, og at han derfor ville sikre sig, at alle spørgsmål var korrekt forstået, og at samtlige afgivne oplysninger til brug for Codan Forsikring A/S' afgivelse af forsikringstilbuddet faktisk blev givet, og at disse oplysninger var fyldestgørende og korrekte.

Under mødet med A.F. drøftedes spørgsmålet omkring ryglidelser i forbindelse med udfyldelsen af blanketten. Min klient lagde ikke skjul på, at han naturligvis - som alle andre forsikringstagere - af og til havde haft ondt i ryggen i mildere grad. A.F. oplyste, at oplysningerne om ryglidelser alene var relevante i det omfang, hvor lidelserne var permanente og i øvrigt havde resulteret i behandling på et sygehus.

Bortset fra den omhandlede konsultation hos min klients praktiserende læge den 3. januar 1995 for myoser i ryggen, havde min klient på tidspunktet for afgivelsen af helbredsoplysningerne aldrig haft ondt i ryggen i en sådan grad, at det var nødvendigt at konsultere læge eller i øvrigt at sygemelde sig. Det bemærkes i den forbindelse særligt, at min klient på tidspunktet for afgivelsen af helbredsoplysningerne havde været beskæftiget med hårdt fysisk arbejde i cirka 13 år, i hvilken periode han alene én gang - nemlig i januar måned 1995 havde konsulteret læge vedrørende ryggen. Videre bemærkes, at oplysningerne omkring min klients arbejdsforhold naturligvis var Codan Forsikring A/S bekendt.

Min klient er efterfølgende blevet gjort bekendt med, at Codan Forsikring A/S anser ham for at havde fortiet oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning. Jeg er ikke enig heri.

For god ordens skyld og for at undgå eventuelle misforståelser skal jeg oplyse, at det er min bestemte opfattelse, at en konsultation for myoser i ryggen, der blot har resulteret i én enkelt lægekonsultation, og som i øvrigt ikke har ført til sygemelding i en længere periode ikke med rette kan anses for en ryglidelse, således som dette er formuleret og forudsat i helbredsoplysningsskemaet. En naturlig sproglig forståelse af udtrykket 'ryglidelse' fører til, at der er tale om en mere eller mindre permanent tilstand - dette er og har ikke været tilfældet i nærværende sag. Det gøres derfor gældende, at den af Codan Forsikring A/S påståede fortielse vedrørende myoser ikke er at betragte som en fortielse vedrørende en ryglidelse.

For så vidt de omhandlede myoser i ryggen efter Ankenævnets opfattelse vil være at betragte som en ryglidelse, således som dette er forudsat i helbredsoplysningsskemaet, gøres det gældende, at samtlige afgivne helbredsoplysninger er afgivet i god tro, jf. i det hele nedenfor."

Advokaten har henvist til FED 2000.809 V.

Advokaten har i skrivelse af 12/10 2005 til nævnet anført, at det ikke er korrekt, at klageren som angivet i røntgenbeskrivelsen fra 1999 havde haft "mangeårige ryglidelser". Advokaten har understreget, at klageren kun en gang - i 1995 - havde konsulteret sin læge for myoser.

Selskabet har over for nævnet i skrivelse af 27/5 2005 anført:

"Det forholdt sig sådan, at forsikrede den 3. januar 1995, blot 2 1/2 år forud for afgivelsen af helbredsoplysningerne, havde været hos egen læge for at blive behandlet for ryggener i form af myoser.

Det skal i den forbindelse fremhæves, at der i helbredserklæringen og helbredsattesten blev spurgt til om forsikrede led eller havde lidt af diskusprolaps, iskias, hold i lænden eller anden ryglidelse, og at det må være klart, at behandlingskrævende myoser må falde ind under betegnelsen 'anden ryglidelse'.

Herudover må man ud fra oplysningerne om forsikredes henvisning til røntgenundersøgelse i januar måned 1999, hvor det som røntgenindikation blev angivet, at der var mangeårige ryggener, kunne antage, at forsikrede i et vist omfang har haft gener, som han ikke er blevet behandlet for.

Denne antagelse har vi dog ikke dokumentation for, eftersom forsikrede ikke har besvaret vores spørgsmål om sygehistorien for hans ryglidelse.
…
Der er tilsvarende svaret forkert på helbredsattestens spørgsmål 3 i afsnit I.

Derudover har han svaret forkert på helbredserklæringens spørgsmål 5, hvor han oplyste, at han aldrig havde lidt af diskusprolaps, iskias, hold i ryggen eller anden ryglidelse.
…
Herefter hæfter vi i det omfang vi ville have forpligtet os, hvis der var afgivet korrekte helbredsoplysninger.

Vi har haft sagen forelagt for Videncenter for Helbred og Forsikring, der har givet antagelsesvilkårene DO 10 med klausulerne Al og C2. Da vi allerede i forbindelse med forsikringens tegning har taget højde for generne i forsikredes højre hånd ved at acceptere forsikringen mod betaling af en højere præmie, skal forsikringen alene påføres en klausul Al, der undtager dækning ved lidelser i ryggen.

Vi skal for en god ordens skyld oplyse, at vi aldrig har tilbudt at tegne forsikring mod forhøjet præmie, hvis Videncenter for Helbred og Forsikring har givet forsikringsvilkårene DO IA. Vi havde således ikke givet tilbud om tegning af forsikringen til forhø-

jet præmie med de nuværende oplysninger, sådan som vi tilbød det på baggrund af oplysningerne om gener i forsikredes højre arm ved antagelsen af forsikringen.

Set i lyset af de nye oplysninger om, at der blev fortiet helbredsoplysninger ved forsikringens tegning, er det klart, at forsikrede ikke har ret til ydelser bagud i tid. Vi er indstillede på, at der ikke søges tilbagebetaling af de allerede udbetalte ydelser.

Vi skal dog for en god ordens skyld påpege det misforhold der er mellem forsikredes egne angivelser af sine helbredsgener i løbet af 2003 og oplysningerne i journalmaterialet fra Å. Kommunehospital. Efter vores opfattelse ville en nærmere fastsættelse af forsikredes erhvervsevnetab forudsætte indhentelsen af en speciallægeerklæring.

Da forsikringen er ændret, så den ikke dækker ved lidelser i ryggen, finder vi dog ikke en sådan indhentelse relevant."

Selskabet har i skrivelse af 2/9 2005 endvidere anført:

"Assurandør A.F. har ingen konkret erindring om, hvordan indtegningssituationen forløb.

Hun kan dog udelukke, at hun skulle have sagt, at ryglidelser alene skulle oplyses, hvis der var tale om permanente lidelser, der i øvrigt havde resulteret i hospitalsbehandling.

Vi kan på den baggrund ikke anerkende, at vi skulle være blevet informeret om karakteren af forsikredes forudbestående ryggener i forbindelse med forsikringens tegning.

Advokatfuldmægtig J.L. har i sit brev af 8. juli 2005 videre gjort gældende, at forsikrede bortset fra konsultationen hos egen læge den 3. januar 1995, aldrig har haft så ondt i ryggen, at han måtte konsultere læge eller sygemelde sig i øvrigt.

Vi skal henlede opmærksomheden på, at det i forbindelse med henvisning til røntgenundersøgelse i 1999 blev angivet, at forsikrede havde haft lænderygsmerter i mange år.

Oplysningerne i henvisningen tyder efter vores opfattelse på, at forsikrede nu prøver at bagatellisere de forudbestående ryggener. Et indtryk, der forstærkes af forsikredes undvigende svar på vores spørgsmål til sygehistorien for hans ryglidelse i vores breve af 26. november 2004 og 28. januar 2005.

Herudover skal det bemærkes, at enhver form for rygsmerter, der kræver behandling må betegnes som en ryglidelse.

Vi skal i tillæg hertil minde om, at forsikrede har besvaret spørgsmålene om, hvorvidt han havde været behandlet af læge forkert. Dette er et uomtvisteligt faktum og alene af den grund, kan det konstateres, at der er afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning."

Nævnet udtaler:
Nævnet finder, at der til sagens afgørelse kræves en nærmere og umiddelbar bevisførelse om arten og længden af klagerens ryglidelse, samt om, hvad der ved tegningen blev oplyst af selskabets tegningsmedarbejder. En sådan bevisførelse kan ikke ske for nævnet, men må i givet fald ske ved domstolene.

I medfør af § 4, stk. 1, i nævnets vedtægter må nævnet derfor afstå fra at viderebehandle sagen.

10. 64.444

Som følge heraf

b e s t e m m e s:

_____

Nævnet kan ikke afgøre sagen.

Poul Sørensen
formand