736/05

Den 21. november 2005 blev i sag nr. 65.972:

xxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx x x
xxxx xxxxx

mod

SEB Pension
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har tegnet livsforsikring med dækning ved tab af erhvervsevne i SEB Pension, tidligere Codan Pension, klager ved sin advokat over, at selskabet har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft fra tegningen og afvist dækning i forbindelse med anmeldt uarbejdsdygtighed.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning og har annulleret forsikringen i medfør af forsikringsaftalelovens § 6 under henvisning til, at klageren afgav urigtige helbredsoplysninger ved forsikringens tegning i september 1984, og at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt de rigtige helbredsoplysninger havde foreligget.

I forbindelse med begæring af livsforsikringen besvarede og underskrev klageren den 17/9 1984 en helbredserklæring. Heraf fremgår bl.a.:

"

1. a. Har De været indlagt eller ambulant behandlet på hospital, sanatorium eller anden lægelig institution? …	Nej ☐	Ja ☒	Hospitalets eller lægens navn? *V.* *1981*	Hvilken behandling? *Meniskoperation* *Venstre knæ.*	Eventuelle følger *Ingen*
2. a. Er De fuldstændig rask?	Ja ☒	Nej ☐			

b. Er De fuldt arbejdsdygtig?	Ja ☒ Nej ☐	

"

Til brug for vurdering af, om klageren kunne tegne livsforsikringen, skulle han desuden udfylde en del af "Helbredstest A". I denne erklæring, som klageren underskrev den 20/9 1984, fremgår bl.a.:

"

4. Hvilke læger (ikke specialister) har undersøgt eller behandlet Dem?	Hvilke? For hvad? Hvornår? E.H. Huslæge
…	
11. a. Hvor stort er Deres daglige forbrug af spirituosa og øl? b. Har forbruget tidligere været større:	a. 4 genstande b. Nej

"

"Helbredstest A" indeholdt også et afsnit, som skulle udfyldes af klagerens egen læge. Heri angav lægen, at han havde været læge for klageren i ca. 15 år, at klageren i 1979 havde været behandlet for forhøjet blodtryk og i 1981 var blevet opereret i menisken. Af lægens besvarelse fremgår desuden:

"Lider den forsikringssøgende, eller har han/hun lidt af nogen af de nedennævnte sygdomme?

1. a. Svimmelhed, vedvarende eller hyppigt tilbagevendende hovedpine, besvimelse, krampe, lammelse, nervesygdom, nervøsitet, sindssygdom?

a. *Nej.*"

På baggrund af de modtagne helbredserklæringer anmodede selskabet om yderligere oplysninger vedrørende klagerens blodtryk, nedsatte syn og knægener. Da disse besvarelser ikke gav anledning til yderligere, blev forsikringen antaget på normale vilkår med virkning fra den 1/10 1984.

Den 1/11 2002 ansøgte klageren om udbetaling af forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne som følge af rygsmerter.

I forbindelse med behandling af ansøgningen indhentede selskabet de lægelige og kommunale oplysninger i sagen. Af journalakterne fra G. Sygehus fremgår det, at klageren i perioden 1975-99 havde været til talrige behandlinger hos en kiropraktor med rygproblemer. Af journalark dateret den 9/2 1999 fremgår det desuden, at klageren havde været alkoholiker igennem flere år, men at han havde fået problemet under kontrol godt halvandet år tidligere.

Efter modtagelse af disse oplysninger anmodede selskabet den 27/3 2003 klagerens egen læge om yderligere oplysninger vedrørende klagerens ryglidelser og alkoholmisbrug.

Den 19/5 2003 modtog selskabet oplysningerne fra klagerens læge. Heraf fremgik bl.a.:

> "Af journalen fremgår at patienten i 1976 oplyste at han havde et overbrug af alkohol. Der blev givet insidontabletter i en periode. Næste oplysning om alkoholproblemet er i 1984. I sommeren 1986 indledte man behandling med antabus og det blev givet i nogle år. I 1996 var han her igen med oplysning om massiv alkoholmisbrug, man indledte igen behandling med antabus i en længere periode. I foråret 1999 var patienten hos psykiater F.J., det oplystes da at patienten var aktiv i AA sammenhæng og følte stor støtte der, han havde været tørlagt i 11/2 år."

Oplysningerne blev forelagt for selskabets lægekonsulent, som herefter anmodede om yderligere oplysninger vedrørende ordineringen af insidontabletterne.

Herom anfører klagerens læge i skrivelse af 1/7 2003 bl.a.:

> "Af min journal fremgår at patienten den 16.8.76 henvendte sig til min nu fratrådte kompagnon med klager over nervøse problemer. Der blev ordineret insidon 1 tablet om aftenen, så vidt jeg kan se stoppede medicationen efter 1 måned.
>
> 24.9.84 er der et journalnotat i forbindelse med udstedelse af helbredsattest. Det er anført at patienten oplyste at han havde fået en del alkohol i den sidste tid."

Sagen blev herefter fremsendt til Bedømmelsesforeningen (nu Videncenter for Helbred og Forsikring) med henblik på en vurdering af, på hvilke vilkår forsikringen kunne være tegnet, hvis selskabet havde haft de korrekte helbredsoplysninger på tegningstidspunktet. Dette blev klageren ved skrivelse af 3/7 2003 informeret om.

Ved skrivelse af 9/7 2003 anmodede Bedømmelsesforeningen om yderligere oplysninger fra klagerens egen læge

Af lægens oplysninger dateret den 6/8 2003 fremgår bl.a.:

> "Af journalen fremgår at patienten første gang henvendte sig med rygproblemer i april 1975, hvor han var faldet og havde slået halebenet, klinisk var der mistanke om fraktur af os occygis, men der blev ikke taget rtg.billede til at verificere det. Januar 1978 henvendte patienten sig med venstresidig ischias, behandlet med NSAID og stræk."

Klagerens læge havde desuden vedlagt svaret fra en blodprøve, som klageren den 20/9 1984 fik foretaget på V. Sygehus. Blodprøve viste, at klageren havde forhøjede levertal.

Efter modtagelse af oplysningerne afgav Videncenter for Helbred og Forsikring den 27/8 2003 et responsum, hvoraf fremgår, at klageren havde fået afslag på at tegne forsikringen, hvis han havde givet de korrekte helbredsoplysninger på tegningstidspunktet.

Ved skrivelse af 2/9 2003 til klageren meddelte selskabet, at det på baggrund af vurderingen fra Videncenter for Helbred og Forsikring ophævede forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

Klagerens advokat har over for nævnet påstået selskabet tilpligtet at anerkende, at ophævelsen af forsikringen er uberettiget.

Selskabet har over for nævnet fastholdt, at forsikringen skal ophæves i medfør af forsikringsaftalelovens § 6. Til støtte herfor anfører selskabet i skrivelse af 6/4 2005 bl.a.:

"Der er afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning, da det ikke er oplyst, at forsikrede i august 1976 blev behandlet for nervøse symptomer.

Vi finder det dog mere alvorligt, at vi ikke fik oplysninger om, at forsikrede, samme dag som han fik foretaget helbredsundersøgelse i forbindelse med den ved tegningen udbedte helbredsattest, fik taget blodprøve på sygehuset i V.

Da vi i forbindelse med Helbredserklæringen og Helbredsattest A havde spurgt forsikrede, om han var blevet behandlet på sygehus, burde denne oplysning naturligvis være givet allerede på dette tidspunkt.

Det er vores opfattelse, at forsikrede ved at angive, at han var fuldstændig rask i spørgsmål 13 i helbredsattest A og spørgsmål 2.a i begæringens helbredsattest har afgivet urigtige oplysninger, når han på det pågældende tidspunkt var henvist til blodprøvetagning på V. Sygehus.

Det forekommer endvidere usandsynligt, at forsikrede har afgivet korrekte oplysninger ved besvarelsen af helbredsattestens spørgsmål 11.a og 11.b, da han oplyste, at han alene drak 4 genstande dagligt og aldrig havde drukket mere end det.

Det var ligeledes en urigtig oplysning fra forsikredes egen læge at svare nej på spørgsmål 5 i helbredsattestens afsnit IV, når forsikrede samme dag fik taget en blodprøve på V. Sygehus. I den forbindelse skal vi bemærke, at undladelse af at give en oplysning i et svar på et givet spørgsmål er at sidestille med afgivelse af urigtigt svar.

Hertil kommer, at forsikrede har været vidende om, at hans alkoholforbrug havde betydning for selskabets antagelse, idet han den 17. september 1984 har besvaret spørgsmål om sit daglige alkoholforbrug.

Det har således - uanset alkoholforbrugets faktiske størrelse - været åbenlyst, at det har været af betydning for selskabet at få oplyst, at forsikrede blev undersøgt for overforbrug af alkohol.

Af den grund skal vi subsidiært gøre gældende, at forsikringen har kunnet ophæves med henvisning til forsikringsaftalelovens § 7, dersom nævnet måtte finde, at der ikke var afgivet urigtige oplysninger i forhold til forsikringsaftalelovens § 6.

Vi skal på den baggrund gøre gældende, at forsikrede afgav urigtige oplysninger ved forsikringens tegning ved ikke at oplyse, at han tidligere havde haft psykiske gener og havde haft et overforbrug af alkohol, samt at han aktuelt blev undersøgt herfor.

Med responsum af 27. august 2003 fra Videncenter for Helbred og Forsikring er det dokumenteret, at vi ikke ville have antaget forsikringen, dersom der var afgivet korrekte helbredsoplysninger.

Da vi finder fortielsen meget grov - henset til at sygehusundersøgelsen fandt sted samme dag som helbredsattesten blev udfyldt - fastholder vi, at det er berettiget, at gøre urigtige oplysninger gældende i nærværende sag."

Klagerens advokat fastholder, at klageren ikke har afgivet urigtige oplysninger. Til støtte herfor henviser advokaten til notater af 23/5 2005, som advokaten har udarbejdet på baggrund af sine møder med klageren på advokatens kontor, i hvilke forbindelser klageren har redegjort for sagens faktiske omstændigheder. Hertil bemærker klagerens advokat i skrivelse af 30/5 2005 bl.a.:

"Tegning af forsikringen den 17. september 1984 - lægeundersøgelse 20. september 1984.

Min klient fastholder, at de af ham givne oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning har været korrekte. Der henvises til ovennævnte mødenotater med min klients bemærkninger.

Specielt vedrørende helbredsattesten, pkt. 11A, bemærkes, at de af ham givne oplysninger var korrekte.

Som det fremgår af mødenotat af 23/5 2005 læste forsikringsagenten spørgsmålene op og foretog selv afkrydsning i de enkelte rubrikker. På spørgsmålet om sit daglige forbrug af spiritus og øl kunne min klient ikke på stående fod svare på dette, hvortil forsikringsagenten oplyste, at hvis det daglige forbrug var 4 genstande, var der ingen problemer forsikringsmæssigt. Min klient mente, at hans daglige forbrug maximalt udgjorde 4 genstande, og derfor blev der svaret 4 genstande.

Vedrørende de i sagen fremlagte lægeerklæringer bemærkes følgende:

Erklæringerne fra V.S.:
Min klient har i de vedlagte mødenotater givet fyldestgørende forklaringer, både på konsultationen i 1975 samt konsultationen i august 1976 og baggrunden herfor.

Endvidere har min klient afgivet fyldestgørende oplysninger omkring 1984 i forbindelse med hans afdøde kones alkoholproblemer. Med henblik på at være solidarisk med sin kone og for at hjælpe hende, indledte han selv en behandling med antabus sammen med hende. Det var imidlertid ikke på grund af eget alkoholmisbrug men alene for at hjælpe sin kone. Der henvises i øvrigt til det i mødenotatet anførte.
…
Erklæring fra F.J. af 20/4 1999:
Min klient bestrider at have oplyst som det fremgår af erklæringen. Der henvises til mødenotat fra møde den 18. november 2003.
…
Det bemærkes i den forbindelse, at det ikke kan bebrejdes, at forsikrede ved tegningen ikke oplyste om de nervøse symptomer i 1976. Disse var begrundet i en helt speciel situation, som var relativ kortvarig, og derfor har det ingen relevans for den forsikringsmæssige dækning.

Det samme gælder den omstændighed, at han fik taget blodprøve på sygehuset i V. Der er ikke tale om en behandling, men blot en blodprøve.

At min klient i forsikringsbegæringen angav, at han var fuldstændig rask svarede til de faktiske forhold og var fuldstændig korrekt.

Oplysningen om de 4 genstande blev givet efter en kort drøftelse med forsikringsagenten og svarede til de faktiske forhold.

Det bestrides ligeledes, at forsikredes egen læge har givet urigtige oplysninger i relation til spørgsmål 5 i helbredsattesten. Der er ikke tale om at blive behandlet på et sygehus.

Såfremt forsikringsselskabet måtte få medhold i at være fri for ansvar efter Forsikringsaftalelovens § 6 gøres det subsidiært gældende, at § 6, stk. 3 må føre til, at selskabet skal hæfte, idet det gøres gældende, at der foreligger særlige omstændigheder, der taler for, at selskabet skal hæfte. Det gøres i den forbindelse gældende, at de i sagen omhandlede oplysninger ikke har haft indflydelse på den senere skades indtræden og størrelsen heraf, ligesom det gøres gældende, at der foreligger særdeles undskyldende momenter fra forsikringstagerens side i forbindelse med udfyldelse af forsikringsbegæringen samt lægeoplysninger, jfr. det i mødenotaterne anførte. Endelig henvises der til, at der er gået 18 år fra det tidspunkt, hvor forsikringsbegæring m.v. blev underskrevet og til min klient konstaterede forsikringsbegivenhedens indtræden.

Mere subsidiært gøres det gældende, at Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2 kan finde anvendelse på forholdet.

Jeg kan af domspraksis bl.a. henvise til U1960.476 ø. U1969.62 h."

Heroverfor anfører selskabet i skrivelse af 23/6 2005 bl.a.:

> "Jeg kan oplyse, at vi ikke længere har en assurandør ansat i selskabet, der hedder J.P., der angiveligt var navnet på den tegnende assurandør. Vi kan således ikke få bekræftet, om assurandøren kan huske noget om, hvordan indtegningen foregik. Vi

skal dog bemærke, at uanset om indtegningen foregik ved, at assurandøren udfyldte spørgsmålene i erklæringerne, så har forsikrede bekræftet oplysningernes rigtighed ved sin underskrift.

Hertil kommer, at den foreliggende dokumentation viser, at der har været afgivet urigtige helbredsoplysninger, selv om forsikredes egen forklaring om hændelsesforløbet lægges til grund. Assurandøren har således efter forsikredes egen forklaring at dømme, hverken angivet at spørgsmålet om alkoholforbrug var ligegyldigt eller rådet forsikrede til at oplyse om et mindre forbrug end det faktiske. Tværtimod fastholder advokat H.Z.L., at forsikredes daglige alkoholforbrug er blevet angivet til maximalt 4 genstande om dagen.

Denne oplysning er efter vores opfattelse i direkte modstrid med angivelsen i egen læges brev af 1. juli 2003, hvor det fra journalen i notat af 24. september 1984 er citeret '*Det er anført at patienten oplyste at han havde fået en del alkohol i den sidste tid*'. V. Amts Sygehusvæsens blodprøvesvar med nr. VA … er dateret den 20. september 1984. Det skal bemærkes, at stemplet i datoen for endeligt svar er meget utydeligt, men at årstallet - sammenholdt med årstallet i datoen for prøvetagningen - er 1984.

Det bemærkes endvidere, at der alene er testet for ALAT og ASAT, hvilket er de to vigtigste markører for leverpåvirkning i forbindelse med alkoholindtag. Dette betyder, at blodprøven er taget samme dag som helbredsattesten blev udfyldt alene med det formål at få konstateret, om forsikrede havde tegn på leverpåvirkning som følge af alkohol. Resultatet viser, at forsikrede havde forhøjede levertal og dette faktum tyder på, sammen med egen læges oplysning om, at forsikrede selv havde angivet, at han havde et overforbrug af alkohol, at forsikredes nuværende angivelse af, at han ikke havde haft et overforbrug af alkohol på dette tidspunkt er udtryk for en efterrationalisering.

Samtidig bekræfter forholdet efter vores opfattelse, at egen læge afgav urigtige oplysninger i Helbredsattest A afsnit IV. …

I betragtning af, at egen læge den samme dag sørgede for, at forsikrede fik foretaget en blodprøve, der alene skulle afdække om der var leverpåvirkning som følge af alkoholindtagelse, må disse ovenstående spørgsmål betragtes som urigtigt besvarede, jf. FAL § 6 - eller i hvert fald betragtes som forhold er falder ind under FAL § 7.

…

Vi skal i den forbindelse gøre gældende, at en blodprøvetagning må sidestilles med en behandling og at det i antagelsesmæssig henseende ikke er ligegyldigt om der var en bestemt årsag til de tidligere psykiske problemer.

…

Sluttelig skal vi påpege, at der ikke behøver at være årsagssammenhæng mellem en lidelse og en efterfølgende invaliditet for at fortielse kan gøres gældende.

For så vidt angår advokat H.Z.L.'s angivelse af, at forholdet må være omfattet af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, skal vi indledningsvis henlede opmærksomheden på, at vi gjorde fortielse gældende den 2. september 2003. Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3 trådte først i kraft den 1. juli 2004, så bestemmelsen kan ikke anvendes direkte.

Selv om bestemmelsen kunne anvendes direkte er det vores opfattelse, at dette tilfælde klart falder uden for § 6, stk. 3's anvendelsesområde. Det fremgår således af Karnovs kommentar til bestemmelsen:

Lempelsesreglen kan i almindelighed kun anvendes, hvis forsikringstageren ved afgivelsen af de urigtige oplysninger alene har udvist en ringe uagtsomhed.

I denne sag er der efter vores opfattelse udvist grov uagtsomhed og vi må derfor fastholde, at vi har været berettiget til at annullere forsikringsdækningerne ved tab af erhvervsevne som sket. I forhold til sagens afgørelse kan vi kun lægge vægt på de lægelige oplysninger og ikke på forsikredes egne forklaringer."

Nævnet udtaler:

Nævnet har gennemgået sagen - herunder den fremlagte begæring og tilhørende helbredsattester - og finder på dette grundlag, at klageren klart har afgivet urigtige oplysninger ved bl.a. ikke at oplyse om sit flerårige alkoholmisbrug inden tegning af forsikringen i september 1984. Herefter - og da nævnet ved det afgivne responsum fra Videncenter for Helbred og Forsikring finder det godtgjort, at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt korrekte oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet - kan nævnet ikke kritisere, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6 har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og i konsekvens heraf har afvist at yde forsikringsdækning for det anmeldte tab af erhvervsevne.

Som følge heraf - og idet bemærkes, at nævnet går ud fra, at selskabet har tilbagebetalt den betalte præmie -

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand