757/06

Den 9. oktober 2006 blev i sag nr. 68.077:

xxxxxxx xxxxxx
xxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har gruppeinvaliderenteforsikring i Danica Pension, påstår ved sin advokat selskabet tilpligtet at udbetale helbredsbetingede forsikringsydelser.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til, at forsikringstageren har afgivet urigtige helbredsoplysninger på tegningstidspunktet.

Det fremgår af sagen, at forsikringstageren i forbindelse med optagelse i gruppelivsordningen den 28/8 1992 (efter selskabets oplysninger er begæringen fejldateret i begæringen) udfyldte og underskrev en forsikringsbegæring. Af begæringen fremgår:

"1. Har De været indlagt på hospital, sanatorium eller lignende?
Nej X Ja _

2. Er De blevet undersøgt eller behandlet på hospital, af alment praktiserende læge, speciallæge eller kiropraktor?
Nej X Ja _

3. Har De i øvrigt været syg eller i øvrigt kommet til skade?
Nej X Ja _

4. Har De eller har De haft et stadigt forbrug af medicin, stimulerende eller beroligende midler?
Nej X Ja _

5. Har De legemsfejl eller anden helbredsmæssig svaghed?
   Nej X Ja _

6. Er De fuldstændig rask og arbejdsdygtig?
   Nej _ Ja X"

Forsikringstageren indgav den 15/10 2002 skadeanmeldelse til selskabet, idet hun oplyste, at hun siden 1996 havde været sygemeldt og i perioden 1996 til 1998 havde modtaget sygedagpenge. Ved afgørelse af 28/10 1998 blev forsikringstageren af S. Kommune tilkendt forhøjet almindelig førtidspension.

Til brug for sagen behandling indhentede selskabet journaler fra forsikringstagerens egen læge fra perioden 1975 til 1995. Af journalen fremgår, at forsikringstageren fra november 1975 klagede over gener i form af hovedpine og migræne. Endvidere fremgår, at hun periodevis har lidt af mave-tarm gener. Generne omtales fra 1986, hvor hun klagede over galdestenslignende symptomer. I starten af 1988 henvistes hun til gastroskopi, hvor hun fik konstateret mavesår (ulcus). Yderligere beskrives gener som følge af psoriasis. Ved konsultation den 20/9 1990 blev stillet diagnosen myogene forandr. nakke-skulderåg, og hun henvises til fysioterapi.

Til brug for ansøgningen om førtidspension har forsikringstageren i Førtidspensionsskemaet bl.a. oplyst, at hun fra 1986 har haft mavekatar på grund af brok i mellemgulvet.

Endvidere fremgår af kommunens generelle helbredsundersøgelse:

"2. Sygehistorie

Her beskrives alle hospitalsindlæggelser, speciallægeundersøgelser, lidelser behandlet i hjemmet m.v. Relevante udskrivningsbreve, speciallægeundersøgelser, laboratorieundersøgelser, røntgenundersøgelser, funktionsprøver m.v. kan evt. medsendes.

30 årig kvinde, der henvises til vurdering af arbejdsevnen p.gr.a. nakke-rygsmerter og skuldersmert.

Tdl.:

3. 68.077

Patienten har gennem sit voksenliv haft tilbagevendende problemer med hovedpine og egentlig migræne, og har haft tilbagevendende behandlingskrævende muskelinfiltrationer.

1983 konstateret psoriasis. Siden været nogenlunde i ro, men en enkelt opblussen i 1988.

1986 Mavesmerter var til cholecystofrafi. Denne normal.

1988 T. Sygehus. Dyspepsi, indlagt til esogagogastroduodenoskopi. Man fandt hiatus hernie samt præpylorisk ulcus. Beh. med Acinil. Er ikke senere gastroskoperet, men hun har faktisk problemer hvert eneste år og bliver behandlet med Acinil i perioder."

Selskabet forelagde sagen for Bedømmelsesforeningen, som i responsum af 2/4 2003 vurderede:

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

Dato…….: 28-09-1992

D -tavle……: D2 I - tavle……..: IA

Følgende helbredsforhold ligger til grund for risikovurderingen:

Vurderingen er baseret på oplysningerne i kopi af egen læges journal fra 1975 til 2003, Førtidspensionsskema B dateret 7. oktober 1998 og Den generelle Helbredsundersøgelse til kommunen dateret 16. januar 1998.

Heraf fremgår det, at forsikrede har haft tilbagevendende hovedpine og migræne, nervøsitet og svimmelhed behandlet med anxiolytica i mange år.

Dertil kommer behandlingskrævende dyspeptiske klager i perioder med påvisning af ulcus i 1988 og senest i 1991 debut af smerter og indskrænket bevægelighed i højre skulder som følge af hårdt og monotont arbejde."

Selskabet har ved skrivelse af 11/4 2003 meddelt forsikringstageren, at gruppeinvaliderente ville blive annulleret med tilbagevirkende kraft, og selskabet har herefter tilbagebetalt indbetalt præmie. Forinden havde selskabet i skrivelse af 19/12 2002 adviseret klageren om, at de utilstrækkelige helbredsoplysninger kunne resultere i en ændret risikovurdering med tilbagevirkende kraft.

Selskabet anmodede efterfølgende om fornyet vurdering fra Helbred og Forsikring, som i skrivelse af 2/12 2003 vurderede:

"Som følge af henvendelse fra selskabet har sagen været forelagt den lægelige komité i Videncenter for Helbred og Forsikring.

Revurderingen giver ikke anledning til en ændring af forsikringsvilkårene, som er:

D -tavle…….. : D2 I - tavle……. : IA

Med henblik på årsagsforklaring til ovenstående risikovurdering henviser vi til tidligere brev dateret 2. april 2003.

Til forsikredes advokat kan følgende meddeles:

Til de spørgsmål advokaten stiller vedrørende de helbredsmæssige forhold kan vi oplyse, at der i risikovurderingen er lagt vægt på oplysningerne fra egen læges journal, førtidspensionsskema A, B og D fra 1998 og Den generelle helbredsattest. Heraf fremgår det, at der har været tale om flere konsultationer for symptomer som hovedpine, træthed, svimmelhed, myoser, vægtproblemer og andre nervøse klager siden midten af 1970'erne og senest i 1990. I perioden 1986 til 1988 har der derudover været konsultationer pga. mavegener og i forbindelse med gastroskopi på sygehus er der i 1988 påvist mavesår. Dertil kommer det forhold at forsikrede i 1991 (1 år før tegning af forsikring) startede på et nyt job med rengøring og fik som følge heraf smerter i højre skulder, der medførte sygemelding,

I vurderingen er der ikke indgået betragtninger omkring psoriasis eller svær overvægt, da forsikredes konkrete vægt ikke giver anledning til skærpelse af forsikringsvilkårene.

Risikovurderingen er således foretaget ud fra en samlet vurdering af alle de symptomer, der har ført til at forsikrede har søgt læge adskillige gange siden midt i 70'erne."

På denne baggrund fastholdt selskabet afgørelsen i skrivelse af 13/1 2004, hvori det hedder:

"Vi har valgt at se bort fra oplysningerne om højresidige skuldergener, idet forsikringstagerens første henvendelse til læge er efter forsikringens tegning,

Vi er dog stadig af den opfattelse, at der er en del lidelser forsikringstageren skulle have oplyst på sin helbredserklæring, da hun tegnede gruppeinvaliderente.

Som nævnt i mine tidligere breve har der ifølge journal fra forsikringstagerens egen læge, været en hel del henvendelser før tegningen. Disse vil jeg i det følgende beskrive og give en bedømmelse.

Oplysningerne om hovedpine, svimmelhed og nakkemyoser, hvor nakkemyoserne seneste havde været til stede i september 1990 og dette i kombination med forsikringstagerens erhverv, ville have udløst en nakkeklausul.

Oplysningerne om behandlingskrævende nervøse symptomer, behandlingskrævende vægtproblemer sammen med de mange lægehenvendelser, ville være blevet vurderet til I2.

Og som nævnt i mit tidligere brev ville oplysningerne om mavesår være blevet vurderet til II.

Vi ville således have vurderet den samlede bedømmelse til I3 og nakkeklausul.

Forsikringstageren har tegnet en gruppeinvaliderente. Antagelsesreglerne på en sådan er, at der ikke tilbydes forsikring, hvis den helbredsmæssige bedømmelse giver mere end I2.

Det betyder, at vi havde givet forsikringstageren afslag på at tegne gruppeinvaliderente.

Vi fastholder således vores afgørelse om, at forsikringstageren ville have fået afslag på at tegne gruppeinvaliderente, såfremt de korrekte helbredsoplysninger havde været oplyst på tegningstidspunktet."

Klagerens advokat har indgivet stævning mod selskabet og i den forbindelse ansøgt om fri proces for forsikringstageren. Civilstyrelsen har ved afgørelse af 30/3 2005 henvist sagen til Ankenævnet for Forsikring, idet styrelsen vurderede, at det på baggrund af de i sagen foreliggende oplysninger ikke må anses for åbenbart, at ankenævnet ikke kan behandle sagen.

Klagerens advokat har derfor ved klageskrivelse af 1/11 2005 indbragt sagen for nævnet og heroverfor nedlagt følgende påstande:

"**Principalt:**

Ankenævnet for Forsikring afviser at behandle sagen, idet en fuldstændig stillingtagen til den opståede tvist vil kræve en bevisførelse, der ikke kan finde sted for nævnet.

Subsidiært:

- Danica skal anerkende, at selskabet har været uberettiget til at ophæve den tegnede gruppeinvaliderenteforsikring, aftale nr. … 447.

- Danica Pension skal anerkende, at selskabet siden den 1. januar 2002 subsidiært et af Ankenævnet senere fastsat tidspunkt har været forpligtet til at udbetale

helbredsbetingede forsikringsydelser i henhold til den hos selskabet tegnede gruppeinvaliderenteforsikring, aftale nr. …447."

Til støtte for påstandene gøres følgende gældende:

"Til støtte for den nedlagte påstand om afvisning gøres det gældende, at en fuldstændig belysning af problemstillingen i forhold til FAL § 6 stk. 1-3 samt FAL § 9 forudsætter en bevisførelse, der ikke hensigtsmæssigt kan finde sted for Ankenævnet for Forsikring. Det gøres yderligere af S.J. gældende, at der er ydet mangelfuld rådgivning i forbindelse med tegning af forsikringen, og at dette alene kan søges belyst gennem en vidneforklaring af den medarbejder hos Den Danske Bank - V.K. - der medvirkede til tegning af forsikringen.

48 % af den kvindelige befolkning i N. går til læge mellem 4 og 14 gange om året. 45 % blandt kvinder har indenfor de sidste 14 dage haft muskel- og skeletbesvær.

Som professionel har indklagede ved modtagelsen af helbredsattesten været bekendt med, at S.J. som forbruger ville have foretaget et fravalg af et betydeligt antal lægekonsultationer, som forbrugeren ikke forbandt med nogen sygdom. Henset til den betydning som anfægtelsen har for S.J., kan selskabets manglende undersøgelse af forholdene ikke komme S.J. til skade. For selskabet har besvarelsen i modsætning til S.J. fremtrådt som ufuldstændig.

FAL § 5's anvendelse af ordet 'antages' betyder, at der ikke skal anvendes en streng bevisbyrde.

Det er derudover selskabet, der skal føre bevis for, at de påberåbte oplysninger har haft betydning for risikobedømmelsen og at selskabet ikke ville have accepteret forsikringen, hvis de påberåbte oplysninger var afgivet.

Det er yderligere selskabet, der har bevisbyrden for, at forsikringen ville være antaget på andre vilkår end de, der fremgår af aftalen.

Det bestrides, at selskabet har løftet denne bevisbyrde. Det skal i den forbindelse bemærkes, at selskabet er udmeldt af Bedømmelsesforeningen, hvorfor denne forenings udtalelser ikke kan anvendes som retningslinier for om forsikringen ville have været antaget.

Derudover bør FAL § 6 stk. 3 finde anvendelse, idet de oplysninger som selskabet påberåber sig ikke har haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden eller skadens størrelse, ligesom S.J. ikke har udvist nogen relevant uopmærksomhed.

Derudover bør FAL § 9 finde anvendelse. Selskabet har været eller burde være bekendt med, at S.J. har foretaget fravalg af lægekontakter jf. det ovenfor anførte. Fravalget er så åbenbart, at selskabet kunne have indhentet supplerende oplysninger, hvilket let kunne være sket ved at rekvirere en kopi af S.J.'s journal alternativt konkret søgt oplyst hvilke forhold, der var fravalgt.

Derudover må det antages, at de oplysninger, der påberåbes af selskabet er så gamle, at de er ophørt med at have en sådan betydning, at selskabet kan påberåbe sig oplysningerne til støtte for annullering af forsikringen.

Endelig har selskabet ikke dokumenteret hvilken antagelsespraksis selskabet havde på tegningstidspunktet, ligesom selskabet ikke efterfølgende har dokumenteret sin antagelsespraksis i relation til begrebet i FAL § 9 'ophørt med at have betydning'.

Sagens fortsatte forberedelse:
Som det fremgår, har S.J. fået afslag på fri proces og har heller ikke retshjælpsdækning. S.J. forudsætter dermed, at Ankenævnet for Forsikring søger sagen oplyst, herunder foranlediger, at selskabet dokumenterer sin antagelsespraksis både for så vidt angår antagelsespraksis på tegningstidspunktet og i relation til spørgsmålet om, hvorvidt FAL § 9 finder anvendelse.

På tilsvarende måde forudsættes det, at Ankenævnet for Forsikring søger forhold i relation til FAL § 6 stk. 3 belyst.**'"**

Selskabet har ved svarskrivelse af 7/12 2005 over for nævnet fastholdt afgørelsen og til støtte herfor anført:

"**at** klager har afgivet urigtige helbredsoplysninger ved forsikringens tegning;

at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt de rigtige forhold havde været kendt af sagsøgte, og at selskabet derfor er fri for ansvar i henhold til FAL § 6;

at klager vidste eller burde vide, at de af hende afgivne helbredsoplysninger var urigtige, jf. FAL § 5;

at FAL § 7 ikke finder anvendelse i sagen, idet denne bestemmelse ikke angår situationer, hvor konkret stillede spørgsmål er besvaret urigtigt;

at selskabet hverken var eller burde have været vidende om de korrekte forhold ved tegningen;

at de påberåbte forhold ikke er ophørt med at have betydning for selskabet;

at selskabet har påberåbt sig FAL § 6 rettidigt;

at FAL § 6, stk. 3 ikke finder anvendelse, da denne bestemmelse kun angår forsikringsbegivenheder indtrådt efter 1. juli 2004."

Klageren advokat har ved skrivelse af 26/1 2006 til selskabets svarskrivelse bemærket følgende:

"Som anført i skrivelse af 1. november 2005 forudsætter jeg, at Ankenævnet for Forsikring søger sagen oplyst, herunder foranlediger

- at Danica Pension dokumenterer sin antagelsespraksis både for så vidt angår antagelsespraksis på tegningstidspunktet og i relation til spørgsmålet om, hvorvidt FAL § 9 finder anvendelse.

På tilsvarende vis forudsættes det,

- at Ankenævnet for Forsikring søger forhold i relation til FAL § 6, stk. 3, belyst.

Disse forhold er ikke opfyldt i skrivelsen af 7. december 2005 fra advokat P.S."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 1. Forsikringsaftalen.**

…

Stk. 2. Urigtige oplysninger.

Er nogen af disse oplysninger urigtige eller ufuldstændige, bringes reglerne i lov om forsikringsaftaler §§ 4-10 i anvendelse, og forsikringsydelsen kan som følge heraf nedsættes eller bortfalde. Tilsvarende regler gælder ved genoptagelse af præmiebetalingen og ændring af forsikringen.

Reglerne finder også anvendelse, hvis oplysningerne afgives af andre end forsikringstageren, f.eks. forsikrede."

Nævnet udtaler:

Indledningsvis bemærker nævnet, at det i henhold til vedtægterne for Ankenævnet for Forsikring § 2 anser sig for kompetent til at behandle sagen, idet det bemærkes, at klagerens advokat ikke er fremkommet med oplysninger om forhold, der kræver en nærmere og umiddelbar bevisførelse.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet på det foreliggende grundlag, at klageren i forbindelse med forsikringens tegning har besvaret flere af spørgsmålene i begæringen klart urigtige, idet hun ikke har givet oplysninger om gener i form af

hovedpine, migræne, mavesmerter, psoriasis m.m., samt at visse af lidelserne havde medført yderligere undersøgelser og behandling, herunder fysioterapi.

Det er nævnets opfattelse, at selskabet via udtalelserne fra Videncenter for Helbred og Forsikring på tilstrækkelig vis har godtgjort, at selskabet ville have afvist at tegne gruppeinvaliderenteforsikring i 1992, såfremt korrekte oplysninger havde foreligget, og at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6 har været berettiget til at annullere forsikringen og afvise at yde forsikringsdækning. Det er ligeledes nævnets opfattelse, at selskabet har fremsat indsigelser herom så betids, at selskabet ikke har mistet retten hertil, jf. forsikringsaftalelovens § 8. Nævnet finder det heller ikke godtgjort, at det burde have stået det indklagede selskab klart, at helbredsoplysningerne var forkerte eller ufuldstændige, ligesom nævnet ikke finder det godtgjort, at de urigtige oplyser har mistet sin betydning, jf. forsikringsaftalelovens § 9. Med hensyn til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, finder nævnet ikke anledning til at foretage en bedømmelse af, om forholdet kan henføres til denne bestemmelse, allerede fordi forsikringsbegivenheden har fundet sted lang tid før, at denne bestemmelse trådte i kraft.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann