774/07

Den 30. maj 2007 blev i sag nr. 69.386:

xxxxxx xxx xxxxxxx xxxxxxx
xxxxxxxx xxx xxxx
xxxx xxxxxxxxx

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har forsikring med dækning ved tab af erhvervsevne i Topdanmark Forsikring A/S, klager ved sin advokat over, at selskabet med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet har indsat en rygklausul på policen og som konsekvens heraf har afvist at yde forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne.

Selskabet har indsat klausulen med henvisning til, at klageren har afgivet urigtige helbredsoplysninger i forbindelse med forsikringens tegning.

Klageren, der er født i 1972, blev i forbindelse med forsikringens tegning anmodet om at afgive diverse helbredsoplysninger.

I helbredserklæring af 13/6 2001 svarede klageren bl.a. benægtende på spørgsmålet om, hvorvidt han inden for de sidste 10 år havde konsulteret, været undersøgt og/eller behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge. Han svarede ligeledes benægtende på spørgsmålet om, hvorvidt han inden for de sidste 10 år havde haft gener (smerter eller ubehag) i nakke, ryg eller lænd, diskusprolaps eller anden ryglidelse. I samme erklæring oplyste han andetsteds, at han i perioden 14/11 til 20/12 2000 havde været sygemeldt på grund af brud i højre skulder.

I helbredsattest af 3/12 2001 svarede klageren bekræftende på spørgsmålet om, hvorvidt han nogensinde havde været syg eller sygemeldt af anden årsag end ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde. I sin uddybende kommentar oplyste han, at han havde været syg/sygemeldt i perioden 15/11 2000 til 2/1 2001 på grund af fiberspringning. Han svarede desuden bekræftende på spørgsmålet om, hvorvidt han havde været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l. I forbindelse hermed anførte han, at årsagen hertil var en brækket fod.

Som følge af de af klageren afgivne oplysninger om skulderbruddet modtog han et spørgeskema vedrørende gigt, led- og bløddelsgener. Skemaet blev i udfyldt stand returneret til selskabet.

På baggrund af afgivne helbredsoplysninger blev forsikringen umiddelbart antaget med klausul vedrørende højre skulder. Klausulen blev fjernet efter en revurdering i 2003.

I juli 2005 blev klageren sygemeldt på grund af en diskusprolaps. Som følge heraf ansøgte han i september 2005 om præmiefritagelse og udbetaling af forsikringsydelse ved tab af erhvervsevne. I forbindelse hermed modtog selskabet en af klagerens egen læge den 16/9 2005 udfyldt og underskrevet lægeattest. I den pågældende attest svarede lægen bekræftende på spørgsmålet om, hvorvidt tidligere lidelser havde indflydelse på den anmeldte lidelse. Som uddybende bemærkning anførte lægen: "tidligere haft tendens til rygsmerter".

Til brug for sagens behandling indhentede selskabet herefter yderligere lægelige oplysninger.

Af de modtagne journaloplysninger fra klagerens egen læge fremgik bl.a., at klageren i 1996 opsøgte lægen på grund af lændesmerter, og at han var sygemeldt i forbindelse hermed. Denne oplysning fremgik ikke at de i forbindelse med forsikringens tegning afgivne helbredsoplysninger.

Ved skrivelse af 15/12 2005 til klageren meddelte selskabet, at det var nødsaget til nærmere at undersøge, om forsikringen kunne være antaget på de nuværende vilkår, hvis selskabet havde fået oplysninger om de omtalte rygproblemer ved forsikringens tegning.

Videncenter for Helbred og Forsikring blev herefter anmodet om at fastsætte antagelsesvilkårene for forsikringen. Videncenter for Helbred og Forsikring fremkom med sin vurdering ved skrivelse af 21/12 2005, hvoraf bl.a. følgende 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. 03-12-2001 til:
>
> Dødelighed: Dl Invaliditet: Afslag
>
> Med klausul A1 og G vedr. hø. skulder ville vurderingen have været:
>
> Dødelighed: Dl Invaliditet: 12
>
> **Begrundelse for vurderingen**
> Vurderingen er baseret på oplysningen om højresidige skuldergener, medførende uarbejdsdygtighed, ryggener, senest i 1996 og dette kombineret med rygbelastning i arbejdet i form af megen kørsel samt psykisk krise i forbindelse med skilsmisse.
>
> Baggrunden for vurderingen er oplysningen fra egen læge. Det fremgår heraf, at forsikrede i september 1990 havde voldsomme rygsmerter som blev behandlet med øvelser og smertestillende medicin. I oktober 1992 var der atter smerter i ryggen medførende lægekonsultation og endeligt konsulterede forsikrede lægen i juli 1996 pga. smerter i lænden igennem 1 1/2 måned.
>
> Derudover fremgår det af journal fra sygehus, at vagtlæge i marts 2000 fandt anledning til at henvise forsikrede til psykiatrisk skadestue pga. en krisereaktion.
>
> Endvidere indgår, som oplyst på tegningstidspunktet, de højresidige skuldergener i vurderingen. Forsikrede var i forbindelse hermed uarbejdsdygtig i 6 uger i slutningen af 2000."

Herefter fremsendte selskabet skrivelse af 27/3 2006 til klageren. I denne skrivelse hedder det bl.a.:

> "Helbred og Forsikring vurderer, at din forsikring pr. 3. september 2001 kun kunne være tegnet med en klausul for ryggen og højre skulder. Derudover skulle du have betalt en højere præmie for din forsikring.
> ...

De manglende oplysninger ved tegning bevirker som førnævnt at din forsikring kun kunne være antaget med en rygklausul samt en forhøjet præmie.
...
Det betyder, at din forsikring kun kunne være tegnet med følgende begrænsning i dækningen: 'Forsikringen omfatter ikke dækning ved tab af erhvervsevne, se forsikringsvilkårenes punkt 6, hvis du mister erhvervsevnen som følge af en lidelse i ryggen (fra nakke til haleben). Lidelser i ryggens muskler, sener, nerver er heller ikke dækket, hvis de giver symptomer i hoved, nakke, ryg, arme eller ben.'
...
Da du nu er sygemeldt på grund af ryglidelse, må jeg desværre meddele, at vi ikke kan give dig præmiefritagelse og udbetale din forsikring, da din forsikring nu har en begrænsning i dækningen vedrørende ryggen."

Klageren var utilfreds med afgørelsen, hvorfor sagen efterfølgende blev indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Af den af klagerens advokat affattede klageskrivelse af 25/4 2006 fremgår bl.a.:

"Min klient drøftede, i forbindelse med tegning af forsikringen med sin egen læge, hvorvidt de gamle ryggener, som min klient ikke længere havde problemer med, skulle oplyses til forsikringsselskabet.

Min klients egen læge vurderede i den forbindelse, at det ikke var relevant længere.
...
Det gøres på vegne af min klient gældende.

1. at min klient har krav på erstatning for erhvervsevnetab fra udløbet af karensperioden, og indtil min klient genoptager sit arbejde i væsentligt samme omfang som før sygemelding, eller indtil der fastnoteres en vurdering af det generelle erhvervsevnetab.

   l den forbindelse, kan det oplyses, at min klient er påbegyndt et nyt arbejde som chauffør på betonvogn pr. 20. april 2006 på fuld tid.

   Min klient har været i god tro, da han tegnede ordningen og har indbetalt løbende præmie i tillid til, at forsikringen ville dække ved tab af erhvervsevne.

2. at de vilkår, som Topdanmark sætter for forsikringstegningen, er urimeligt strenge."

Heroverfor har selskabet i skrivelse af 10/7 2006 til nævnet bl.a. anført:

"Hvis Topdanmark på tegningstidspunktet havde været bekendt med, at J.O.H.P. opsøgte læge i 1996 på grund af lændesmerter igennem en måned og at J.O.H.P. var sygemeldt i den forbindelse havde Topdanmark kun tilbudt J.O.H.P. at tegne forsikringen med en klausul for ryggen og for højre skulder og mod højere præmie.

> Topdanmark har på baggrund af Deres henvendelse vurderet sagen på ny. Vi har dog ikke fundet grundlag for at ændre vores afgørelse af den 27. marts 2006 ... og fastholder derfor, at J.O.H.P.s forsikring har en rygklausul, og at J.O.H.P. derfor ikke er berettiget til udbetaling fra forsikringen i anledning af hans sygdom."

Hertil har klagerens advokat i skrivelse af 14/7 2006 til nævnet bl.a. bemærket:

> "Som det nævnes, blev min klient i samråd med sin egen læge enig om, at det ikke var nødvendigt at nævne de gamle ryggener.
>
> Dette skyldes naturligvis, at min klient ikke længere på tegningstidspunktet havde generne og heller ikke havde konsulteret egen læge om dette i en årrække.
>
> På tidspunktet for tegningen af forsikringen hos Topdanmark er det således 5 til 6 år siden, at min klient sidste har klaget over ryggener.
>
> På denne baggrund skal jeg i øvrigt henvise til anbringender, som er gjort gældende ved min skrivelse af den 25. april 2006."

Selskabet har i skrivelse af 17/7 2006 til nævnet bl.a. anført, at det er den forsikringssøgendes eget ansvar, at afgivne helbredsoplysninger stemmer overens med sandheden.

Efterfølgende har selskabet i skrivelse af 16/1 2007 til nævnet anført:

> "Efter at have gennemgået sagen på ny er vi blevet opmærksomme på at, J.O.H.P. ville have mulighed for at få fjernet en eventuel rygklausul inden skadetidspunktet i 2005, såfremt han i tiden forud har været symptomfri.
>
> Vi agter derfor at indhente de relevante helbredsoplysninger til belysning af dette snarest muligt dvs. helbredsattest, rygskema for psykiske lidelser og lægejournal fra J.O.H.P.s læge."

Efter indhentelse af yderligere helbredsoplysninger har selskabet på ny forelagt sagen for Helbred og Forsikring, som i skrivelse af 4/4 2007 til selskabet bl.a. har anført følgende:

> "Efter nye oplysninger fra forsikrede og egen læge ville vurderingen pr. 1. juli 2003 være D0 I4 (D0 I0) A1 pga. endnu et rygtilfælde i 1999. Det er sammenholdt med et rygbelastende erhverv. Herefter vil der først være tilsagn om revurdering i juli 2006."

Herefter har selskabet i skrivelse af 18/4 2007 til nævnet bl.a. anført:

> "Ifølge vurderingen fra Helbred og Forsikring vil der først være tilsagn om revurdering i juli 2006. Da J.O.H.P. var skaderamt i juli 2006, kunne J.O.H.P. ikke have tegnet forsikringen på normal vilkår på dette tidspunkt.

På baggrund af ovenstående fastholder vi vores afgørelse af den 27. marts 2006, og at J.O.H.P. ikke er berettiget til udbetaling fra forsikringen i anledning af hans sygdom, da han har en rygklausul."

Nævnet udtaler:
Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning ved ikke at oplyse om sine rygproblemer. Der er herved ikke givet selskabet fornøden opfordring til inden forsikringens antagelse at tilvejebringe yderligere oplysninger om klagerens helbredstilstand.

Nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet alene ville have antaget forsikringen med rygklausul, såfremt korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet. Nævnet finder det endvidere sandsynliggjort, at rygklausulen ikke ville være blevet slettet inden klagerens sygemelding i juli 2005.

På baggrund af de foreliggende oplysninger kan nævnet herefter ikke kritisere, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6 har ændret forsikringen med tilbagevirkende kraft og som konsekvens heraf har afvist at yde forsikringsdækning som sket.

Herefter, og idet det af klagerens advokat i øvrigt anførte ikke findes at kunne føre til et andet resultat,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann

udskriften bekræftes

Henning Jønsson