775/07

Den 25. juni 2007 blev i sag nr. 70.162:

xxxxx xxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har tegnet to livsforsikringer i Danica Pension, klager ved sin advokat over, at selskabet har annulleret hans forsikring ved tab af erhvervsevne med henvisning til, at der blev afgivet urigtige oplysninger ved tegning af forsikringerne.

Det fremgår af sagen, at klageren, der er tømrer og født i 1955, den 18/7 1992 udfyldte og underskrev en helbredserklæring i forbindelse med tegning af forsikring. I erklæringen er bl.a. følgende spørgsmål besvaret benægtende:

"2. Har De inden for de sidste 10 år været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l., herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik?

3. Har De i øvrigt inden for de sidste 10 år været undersøgt og/eller behandlet af læge (herunder speciallæge), kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge?

4. Har De, eller har De lidt af diskusprolaps, iskias, hold i lænden/nakken eller anden ryglidelse?"

Den 9/4 1997 tegnede klageren endnu en forsikring, og han udfyldte og underskrev i den forbindelse en ny helbredserklæring, hvor han besvarede de samme spørgsmål benægtende.

Den 15/8 2005 ansøgte klageren om helbredsbetingede ydelser på grund af skuldersmerter. I anmeldelsen er et spørgsmål om, hvorvidt han tidligere har haft samme lidelse, svaret bekræftende, og i tilknytning hertil er oplyst: "Gennem de sidste 10-15 år."

Selskabet indhentede oplysninger fra klageren læge og forelagde herefter sagen for Videncenter for Helbred og Forsikring, som i risikovurdering dateret 2/11 2005 anførte:

> "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. 21-07-1992 til:
>
> Dødelighed: DO Invaliditet: Afslag
>
> **Begrundelse for vurderingen**
>
> Vurderingen er baseret på oplysningerne om episoder med gener fra bevægeapparatet specielt i skuldre og håndled samt muskelspændinger bryst, ryg og lænd.
>
> Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læges journal og røntgenafdeling på R. sygehus. Heraf fremgår det, at forsikrede i 1980'erne har konsulteret egen læge nogle gange pga. smerter i brystet, smerter i venstre skulder og havde diverse muskelspændinger i ryg og lænd. Seneste konsultationer var i maj og juni 1992 pga. henholdsvis smerter i højre håndled og højre skulder. Generne er sammenholdt med et fysisk krævende erhverv."

Videncenter for Helbred og Forsikring afgav den 2/11 2005 ligeledes risikovurdering vedrørende forsikringen tegnet pr. 9/4 1997. Af denne vurdering 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. 09-04-1997 til:
>
> Dødelighed: DO Invaliditet: Afslag
>
> **Begrundelse for vurderingen**
>
> Vurderingen er baseret på oplysningerne om episoder med gener fra bevægeapparatet specielt i skuldre og håndled, muskelspændinger bryst, ryg og lænd samt diffuse ledgener.
>
> Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læges journal og røntgenafdeling på R. sygehus. Heraf fremgår det, at forsikrede i 1980'- og 1990'erne har konsulteret egen læge nogle gange pga. smerter i brystet, smerter i skuldre og pga diverse muskelspændinger i ryg og lænd. Seneste konsultationer var i oktober og

november 1996 pga. diffuse ledgener og gener fra håndleddene. Generne er sammenholdt med et fysisk krævende erhverv."

Selskabet meddelte ved skrivelse 7/12 2005 til klageren, at dækningen ved tab af erhvervsevne var annulleret, og præmien blev tilbagebetalt.

Klagerens advokat anmodede selskabet om at revurdere sagen, og der blev ført korrespondance herom. Advokaten indhentede en udtalelse fra speciallæge i almen medicin J.V.. Af udtalelsen dateret 12/3 2006 fremgår:

"Jeg har forstået, at speciallæge i reumatologi H.L. har oplyst sygdoms varighed på 10-15 år.

H.B.S. har hos H.L. fået diagnosticeret slidgigt i acromioclavikulærleddet på højre side, med efterfølgende irritation af en sene.

Det er så vidt jeg forstår H.L.'s opfattelse, at sygdommen er udviklet over længere tid.

Det skal i den forbindelse pointeres, at H.B.S. kontaktede os første gang november 2004 med gener fra hø. skulder. Der har før den tid været kontakter med muskelklager som er svundet ved almindelig fysioterapi, de har ikke været specielt knyttet til højre skulder.

Der er givet blokade i højre skulder 1. december 2005 mod irritation af senen til biceps musklen på højre side, ligeledes er der givet blokade 17/4 2005 subacromielt på højre side på formodet supraspinatus-tendinit.
Der er derudover ikke givet blokader.

Der er den 26/4 2005 foretaget røntgen af højre skulder på Røntgenafdeling R. Sygehus, dette røntgenbillede beskrevet som værende normal.

Det er naturligvis korrekt, at patientens skulderproblem er udviklet over længere periode end det lille år, der er gået fra symptomdebut til endelig diagnose er etableret, men der er efter min bedste overbevisning og ifølge vores journalnotater intet der, tyder på, at H.B.S. har haft gener fra højre skulder, før han kontakter os første gang efteråret 2004.

Det er efter min opfattelse urimeligt at tillægge H.L.'s oplysninger om varighed om 10-15 år afgørende betydning for sagsbehandlingen."

Klageren har ved sin advokat over for nævnet gjort gældende, at selskabet er uberettiget til at annullere forsikringen. Advokaten har i sin klageskrivelse dateret 7/9 2006 anført:

"**at** der i forbindelse med tegningen af forsikrings- og pensionsordningen i hhv. 1992 og 1997 er afgivet tilstrækkelige informationer,

at eventuelle udeladte informationer er ubetydelige og derfor ikke kan tillægges vægt,

at indklagede ved indretningen af sit skema, hvor der var afsat ganske lidt plads til at oplyse om tidligere lægebesøg signalerede, at kun betydelige lægebesøg skulle oplyses,

at klager må anses for værende i god tro, når erklæringer var underskrevet af hans læge, som derved også havde skønnet, at alle relevante informationer var givet ved den skete afkrydsning,

at indklagede under alle omstændigheder ville have tegnet omstridte ordninger, og

at sagen under alle omstændigheder er omfattet af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, idet eventuelle manglende informationer er helt irrelevante for den opståede skade, og i øvrigt er der passeret en endog meget lang periode siden forsikringstegningen, hvilket i sig selv indikerer, at informationer afgivet på tegningstidspunktet er helt irrelevante for den nu opståede skade."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Selskabet har til støtte herfor i skrivelse af 29/9 2006 til nævnet anført:

"H.B.S. burde ved tegning af forsikringen den 18. juli 1992 i spørgsmål 2, 3 og 4 have oplyst følgende:

I juni 1984 behandlet/undersøgt hos egen læge for stress og hovedpine samt smerter ud i venstre thorax, hvor der blev ordineret stesolid.

I november 1989 konsultation hos egen læge, da han følte sig stresset.
I april 1986 været hos egen læge på grund af flere år varende smerter i venstre skulder, blev behandlet med Depo-medrol intraartikulært (gives blandt andet for smertefulde lokale betændelsestilstande i led), der var ligeledes smerter, som trak ud i ryggen, hvor der blev foretaget røntgen.
I august 1988 konsultation hos egen læge på grund af diverse muskelspændinger i ryg og lænd.
I april 1986 set af læge på grund af smerter i venstre knæ efter traume flere år forinden.
I juni 1990 konsulteret egen læge på grund af træthed og forpustet, fik målt blodtryk, og henvist til røntgen af thorax og EKG.
I januar 1991 kontrol af blodtryk, klagede over lidt smerte i bryst.
I maj 1992 konsulteret egen læge for smerter i håndled, blev behandlet med ibumetin (gives blandt andet for smerter i led og/eller muskler).
I juni 1992 konsulteret læge for smerter i højre skulder, fik foretaget røntgen.

Udover ovennævnte burde H.B.S. i helbredserklæringen af 9. april 1997 have oplyst i spørgsmål 2,3 og 4:

I september 1993 set af læge på grund af smerter i venstre side af thorax, hvor læge fandt, at der var tale om pectoralmyoser (muskelømhed svarende til brystet). Desuden til kontrol af blodtryk.
I november 1993 til kontrol af blodtryk, hvor der fortsat er pectoralissmerter (smerter hørende til brystet).
I december 1994 konsulteret egen læge for symptomer/klage fra skulder, hvor der stadig er ret udtalte pectoralsmerter.
I februar 1996 været hos læge for fortsat myogene pectoralissmerter, skal fortsat gå til kontrol for blodtryk.
I oktober 1996 tjek af blodtryk, fik fortsat ikke medicin, og været hos egen læge for diffuse ledgener med hævelse i højre håndled.
I november 1996 til undersøgelse hos egen læge på grund af ledgenerne, som var lokaliseret omkring håndledene, blev behandlet med Piroxicam (gives blandt andet for smerter i led og/eller muskler eller andre betændelses lidelser).

Det er vores opfattelse, at de mange lægehenvendelser og behandlinger, som H.B.S. har været til inden oprettelse af forsikringerne i henholdsvis 1992 og 1997, har været af sådan et omfang og betydning, at det burde havde været oplyst i helbredserklæringerne spørgsmål 2,3 og 4.

Det er ligeledes vores opfattelse, at vi med svarene fra Videncenter for Helbred og Forsikring klart har dokumenteret, at vi ikke ville have tilbudt dækning ved tab af erhvervsevne og præmiefritagelse ved 2/3 erhvervsudygtighed, hvis de rette helbredsforhold havde været oplyst.

Selvom vi har fået en helbredsattest udstedt af H.B.S.' læge, er H.B.S. ansvarlig for at oplysningerne i både helbredserklæringen og helbredsattestens afsnit I og II. Ved sin underskrift skriver H.B.S. under på, at besvarelserne er i overensstemmelse med sandheden.

Vi afviser derfor klagen, og fastholder vores ret til at ophæve dækningerne ved tab af erhvervsevne og ændre forsikringerne til ikke at omfatte ret til præmiefritagelse ved 2/3 uarbejdsdygtighed."

Her til har advokaten i skrivelse af 11/10 2006 til nævnet anført:

"Svarskriftets indhold giver ikke klager anledning til at frafalde nogen del af klagen, idet det fortsat er klagers opfattelse, at de af Danica Pension fremhævede lægebesøg er helt irrelevante for den nu opståede skade og i øvrigt må anses som bagatteller uden nogen form for relevans for indklagedes vurdering af, om forsikringsordningerne skulle tegnes."

Nævnet udtaler:
Nævnet finder, at helbredsoplysningerne i begæringerne af henholdsvis 18/7 1992 og 9/4 1996 objektivt er urigtige, idet der ikke er oplyst om lægekonsultationer og dermed ikke til de lægekonsultationer, der er opregnet i selskabets skrivelse af 29/9 2006.

Nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt rigtige helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, jf. herved Videncenter for Helbred og Forsikrings udtalelser dateret 2/11 2005.

Nævnet kan på denne baggrund ikke kritisere, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2, har annulleret forsikringen ved tab af erhvervsevne med tilbagevirkende kraft som sket.

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

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand