785/07

Den 17. december 2007 blev i sag nr. 70.666:

xxxx xxxxx
xxxxxx xxxxxxxx xxxx xxxxxx
xxxx xxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har forsikring med dækning ved tab af erhvervsevne i Danica Pension, klager ved sin advokat over, at selskabet i policen har indføjet en klausul vedrørende nakkelidelse og som konsekvens heraf har afvist at yde fortsat forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne.

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

Klageren, der er født i 1952, oprettede i februar 1988 en personforsikring med bl.a. dækning ved tab af erhvervsevne som følge af ulykkestilfælde. Forsikringen blev i februar 1994 ændret til også at dække erhvervsevnetab som følge af sygdom.

I forbindelse med forsikringens tegning og den efterfølgende ændring afgav klageren diverse helbredsoplysninger. I helbredserklæringer af 23/2 1988 og 2/3 1994 svarede hun bl.a. benægtende på spørgsmålene om, hvorvidt hun inden for de sidste 10 år havde været undersøgt og/eller behandlet af læge (herunder speciallæge), kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge. Hun svarede desuden benægtende på spørgsmålene om, hvorvidt hun led af eller havde lidt af diskusprolaps, iskias, hold i lænden/nakken eller anden ryglidelse.

På baggrund af de modtagne oplysninger blev forsikringen - og den efterfølgende ændring - antaget på normale vilkår.

I marts 2005 modtog selskabet en af klageren udfyldt og underskrevet anmeldelse af sygdom/ulykkestilfælde. I anmeldelsesblanketten oplyste klageren, at hun siden den 20/9 2004 havde været sygemeldt fra sit erhverv som kontorassistent på grund af diskusprolaps mellem 4/5 og 5/6 halshvirvel samt slidgigt mellem øvrige halshvirvler.

Selskabet bevilgede udbetaling ved tab af erhvervsevne fra karenstidens udløb den 20/12 2004 til november 2005.

Til brug for vurdering af klagerens eventuelle ret til fortsat udbetaling indhentede selskabet herefter neurokirurgisk speciallægeerklæring. Af erklæringen, der er af 21/9 2005, fremgår bl.a.:

> "**Nakkelidelsen**
> Symptomerne begyndte snigende for mange år siden. Gik indimellem til fysioterapeut allerede for 30 år siden i 1970'erne. Generne har været gradvist tiltagende i de sidste 2-3 år med mere konstante smerter i nakken og tunghedsfornemmelse af hoved og nakke. Desuden vekslende sovende fornemmelse i armene."

Som følge af det i speciallægeerklæringen anførte indhentede selskabet kopi af journal fra klagerens egen læge. Af journalkopien, som selskabet modtog den 14/11 2005, fremgår bl.a.:

> "1987 …
> 7/4: Myoser i nakken blokader.
> 8/4: Myoser i nakken. Blokader gentages.
> …
> 1993 30/9: Nakkemyoser (kontorarbejde på HMAK). Henvisning til fys."

Sagens oplysninger blev efterfølgende forelagt Videncenter for Helbred og Forsikring.

I udtalelse af 30/11 2005 fra Videncenter for Helbred og Forsikring hedder det:

> "**Risikovurdering ved personforsikring pr. 23-02-1988**
> De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komité i Videncenter for Helbred og Forsikring. Havde oplysningerne foreligger på tegningstidspunktet, ville vi have vurderet forsikringsrisikoen pr. 23-02-1988 til:

Dødelighed: D0 Invaliditet: I2

Begrundelse for vurderingen
Vurderingen er baseret på oplysningen om nakkemyoser, behandlet med blokade i april 1987.

Baggrunden for vurderingen er oplysningen fra egen læge, om at forsikrede i april 1987, er behandlet 2 gange med blokade for myoser i nakken."

I udtalelse af 1/12 2005 fra Videncenter for Helbred og Forsikring hedder det:

"**Risikovurdering ved personforsikring pr. 02-03-1994**
De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komité i Videncenter for Helbred og Forsikring. Havde oplysningerne foreligger på tegningstidspunktet, ville vi have vurderet forsikringsrisikoen pr. 02-03-1994 til:

Dødelighed: D0 Invaliditet: I2

Med klausul A2 ville vurderingen have været:

Dødelighed: D0 Invaliditet: I0

Begrundelse for vurderingen
Vurderingen er baseret på oplysningen om myoser i nakken, senest i september 1993.

Baggrunden for vurderingen er oplysningen fra egen læge, om at forsikrede i april 1987, er behandlet 2 gange med blokade for myoser i nakken. I september 1993 henviste egen læge forsikrede til fysioterapeut pga. nakkemyoser."

På baggrund af de modtagne oplysninger afviste selskabet at yde fortsat forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne, hvilket blev meddelt klageren ved skrivelse af 16/12 2005. Af denne skrivelse fremgår bl.a.:

"Ifølge forsikringsaftalelovens § 6 er vi alene forpligtet, i det omfang og på de vilkår vi havde antaget forsikringen, hvis de rette helbredsforhold havde været oplyst.

Din forsikring kan derfor kun fortsætte med følgende klausul:

Forsikringen dækker ikke præmiefritagelse og tab af erhvervsevne, der skyldes sygdom i eller skade på nakkens eller skuldrenes muskler, halsrygsøjlen eller symptomer der stammer herfra i hoved, nakke eller arme, uanset årsagen hertil.

Da forsikringen ikke længere dækker nakkegener-/lidelser, vil der ikke blive udbetalt yderligere i forbindelse med din skadeanmeldelse og jeg har derfor henlagt skadesagen."

Klageren var utilfreds med afgørelsen, hvorfor hun rettede henvendelse til sin advokat, som den 16/2 2006 tilskrev selskabet. I denne skrivelse hedder det:

"Jeg har gennemgået min klients lægejournal og må indrømme at jeg har vanskeligt ved at forstå jeres vurdering af sagen. At min klient har fået 2 blokader i nakken er vel ikke ensbetydende at I ikke ville have tegnet forsikringen, hvis I havde vist dette. Hun har været fuld arbejdsdygtig og har bestemt ikke bevidst afgivet urigtige oplysninger.

Min klient har oplyst mig at huske 'tegningssituationen' således, at hun sad overfor en assurandør der spurgte om forskelligt og i øvrigt udfyldte skemaet for min klient. Min klient oplyste loyalt om de forhold hun var opmærksomme på i denne forbindelse og gik ud fra at alt var ok i den forbindelse. Da hun var fuldt arbejdsdygtig og ikke havde varige problemer med nakke mv. gik hun naturligvis ud fra at forsikringen kunne tegnes uden forbehold.

Jeg mener, de gener min klient forudbestående havde, var af så sparsom karakter, at det ikke kan lægges til grund, at I ikke ville have tegnet forsikringen uanset jeres kendskab til blokaderne og den enkelte henvisning til fys 6½ år efter. Jeg beder jer redegøre nærmere for jeres praksis desangående, idet jeg går ud fra at I har nogle retningslinier til vurdering af hvornår klausuler skal isættes."

Ved skrivelse af 2/3 2006 til klagerens advokat fastholdt selskabet sin afgørelse. Klagerens advokat rettede på ny henvendelse til selskabet ved skrivelse af 18/4 2006, og selskabet fastholdt igen sin afgørelse ved skrivelse af 25/4 2006. Herefter blev sagen indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Klageren har ved sin advokat nedlagt påstand om, at selskabet skal anerkende, at det ikke har været berettiget til at afvise fortsat forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne. Til støtte herfor har advokaten i den til nævnet fremsendte klageskrivelse henvist til sagens akter.

Heroverfor har selskabet i skrivelse af 2/1 2007 til nævnet bl.a. anført:

"Videncenter for Helbred og Forsikring vurderer, at forsikringen fra 1988 ville være blevet antaget på dødelighedstavle D0, hvilket er lig med normal præmie for dødsrisikoen, og invaliditetstavle I2, som ville give et præmietillæg på tab af erhvervsevnedækningen ved ulykkestilfælde på 200 %. …

Forsikringen pr. 1994 ville også være antaget på dødelighedstavle D0 og invaliditetstavle I2. Dette ville give et præmietillæg på cirka 100 % for tab af erhvervsevnedækningen ved sygdom/ulykke. Alternativt kunne forsikringen antages til D0 og I0 (normal præmie, men med en klausul, der undtager gener i nakken). …

Selskabspolitisk er det besluttet, at Danica Pension altid tilbyder dækning ved tab af erhvervsevne med klausul på private forsikringer, hvis der er mulighed for det.

Selvom Danica Pensions assurandør har hjulpet med at udfylde helbredserklæringerne, er L.F. ansvarlig for besvarelserne i helbredserklæringerne, hvor hun skriver under på, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige.

…
Vi afviser derfor klagen, og fastholder vores ret til at indsætte klausul for nakkelidelse på forsikringen."

Hertil har klagerens advokat i skrivelse af 13/4 2007 til nævnet bemærket:

"Det afgørende punkt i sagen er om Danica Pension ville have tegnet forsikringen på almindelige vilkår, hvis Danica Pension havde haft kendskab til at L.F. få gange inden for 15 år havde gået til fysioterapeut og kiropraktor - herunder om L.F. bevidst har afgivet urigtige og vildledende oplysninger.

Jeg fastholder alle mine tidligere anbringender og gør fortsat gældende, at min klient har oplyst loyalt om alle relevante forhold i sagen. Det er samtidig assurandørens ansvar som professionel at rådgive og forklare loyalt om de forhold der har betydning for sagen. Min klient oplyser over for mig at have oplyst over for assurandøren at hun for længe siden havde været til fys/kir. Assurandøren meddelte at der ikke skulle ikke anføres noget desangående.

De gener min klient har haft tidligere er efter min opfattelse af så sporadisk karakter og har på intet tidspunkt virket erhvervshindrende for min klient. Derfor er det ikke i orden, at Danica Pension afviser dækning af udbetaling i henhold til den tegnede forsikring.

Jeg mener ikke Danica Pension har løftet bevisbyrden for, ikke at ville tegne forsikringen på 'almindelige vilkår' såfremt Danica Pension havde haft kendskab til en fysioterapeutisk behandling adskillige år før den udbetalingsmæssige episode indtræder."

Vedlagt skrivelse af 21/6 2007 har selskabet til nævnet fremsendt beskrivelse af sin elektroniske forretningsgang. Det fremgår af beskrivelsen, at privattegnede forsikringer med dækning ved tab af erhvervsevne ikke tilbydes med præmieforhøjelse, hvis der er mulighed for at indsætte en klausul.

Klagerens advokat har herefter i skrivelse af 27/6 2007 til nævnet anført, at den assurandør, der i sin tid tegnede forsikringen, bør kunne bekræfte, at klageren "har svaret loyalt på alt det, hun er blevet spurgt om".

Selskabet har i skrivelse af 23/7 2007 anført, at den assurandør, som tegnede forsikringen i 1988, ikke længere er ansat i selskabet. Selskabet har i stedet indhentet udtalelse fra den assurandør, som i 1994 ændrede forsikringen. I udtalelsen fra denne assurandør hedder det:

"Da der er tale om et kundemøde for mere end 13 år siden, må jeg erkende at jeg ikke kan huske noget fra det møde. Der er ikke tale om en kunde som jeg har haft løbende kontakt med i min tid som assurandør i Baltica / Danica.

> I forhold til den generelle tegningssituation var forløbet, at kunden først blev bedt om at udfylde helbredsoplysningerne og alternativt (såfremt kunden ønskede dette), at jeg som assurandør læste spørgsmålene op for kunden og efterfølgende noterede svarene. Såfremt det var undertegnede som havde udfyldt oplysningerne fik kunden efterfølgende begæringen til gennemlæsning, hvorefter kunden skrev under på begæringen.
>
> Det er for mig også vigtigt at påpege, at standarden overfor kunderne var, at inden udfyldelse af helbredsoplysningerne blev der altid sagt til kunden: 'Det er vigtigt at alle oplysninger kommer med, og det er bedre at skrive for meget end for lidt på'.
>
> Selvom jeg ikke kan huske det konkrete møde, er jeg overbevist om, at også dette møde har været udfra ovennævnte præmisser."

På baggrund heraf har selskabet ved skrivelse af 22/8 2007 til nævnet fastholdt sin afgørelse.

Vedlagt skrivelse af 14/9 2007 har klagerens advokat til nævnet fremsendt en af klageren affattet beskrivelse af hændelsesforløbet. Af denne beskrivelse fremgår bl.a.:

> "Assurandøren spørger om jeg fejler noget, mit svar er nej. Ingen af spørgsmålene på skemaet bliver læst op for mig. Derefter skriver jeg under, jeg får ikke besked på at læse alle spørgsmålene igennem, der bliver heller ikke sagt til mig, at det er bedre at skrive for meget end for lidt. Havde jeg fået den besked, var der jo aldrig opstået problemer, med min forsikring. Da jeg jo som sagt ikke fejlede noget, og bestemt ikke have nogen som helst problemer med mit helbred.
>
> Den beskrivelse assurandøren giver kan jeg ikke genkende."

Selskabet har herefter i skrivelse af 28/9 2007 til nævnet anført, at klagerens oplysninger ikke ændrer selskabets afgørelse, idet klageren ved sin underskrift er ansvarlig for, at svarene i helbredserklæringen er fuldt sandfærdige.

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren har afgivet urigtige oplysninger ved ikke i forbindelse med forsikringens tegning i 1988 og den efterfølgende ændring i 1994 at oplyse om behandlingerne i april 1987 og henvisningen til fysioterapi i september 1993. Uanset det af klageren og hendes advokat anførte om assurandørens adfærd finder nævnet, at afgivelsen af de urigtige oplysninger må tilregnes klageren som uagtsomt.

Henset til vurderingerne fra Videncenter for Helbred og Forsikring må nævnet lægge til grund, at selskabet - såfremt de korrekte helbredsoplysninger havde foreligget - alene ville have antaget forsikringen med klausul vedrørende nakkelidelse. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6 har indføjet klausulen og herefter afvist at yde fortsat forsikringsdækning som sket.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann