792/08

Den 25. marts 2008 blev i sag nr. 72.053:

xxxxx xxxxx
xxxx xxxxxxxx xxx x
xxxx xxxxxxx

mod

Nykredit Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikrede, der har haft erhvervsevnetabsforsikring i Nykredit Livsforsikring A/S, klager over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren på tegningstidspunktet afgav urigtige helbredsoplysninger.

Klageren, der er født i 1961, udfyldte i forbindelse med forsikringens tegning en helbredserklæring. Af denne erklæring, der er underskrevet af klageren den 29/12 2005, fremgår bl.a.:

"1) Har du inden for de sidste 10 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, eller fået foretaget laboratorieundersøgelser? (Lægebehandling af kortvarige forkølelser/influenza skal ikke oplyses.) Nej ☒ Ja ☐

…

4) Er du for tiden fuldstændig rask og arbejdsdygtig? Nej ☐ Ja ☒ "

Forsikringen blev herefter antaget på normale vilkår med ikrafttræden den 1/2 2006.

Den 14/11 2006 blev klageren sygemeldt på grund af skulder- og armgener. Erhvervsudygtigheden blev anmeldt til selskabet, som til brug for sagens behandling indhentede

journaloplysninger fra Arbejdsmedicinsk Afdeling, S. Sygehus, samt "Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1" fra klagerens egen læge.

Af journaludskriften fra sygehuset fremgår bl.a.:

"**Ambulant 14. november 2006**
45-årig fabriksarbejder henvist af egen læge til vurdering af skulder- og armgener.
…
Aktuelle
Der har ikke været alvorlige ulykkestilfælde. Gennem flere år periodevis højresidige skulder- og armgener

I "Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1", der er underskrevet af praktiserende læge L.H. den 8/2 2007, hedder det bl.a.:

"Udfyldes af den undersøgende læge

1. Hvor længe har De været patientens læge?	Siden: august 1994
...	…
3. a) Hvilke sygdomme/symptomer har patienten, eller hvilken skade er sket? (Diagnose anføres både på dansk og latin) Hvad oplyser patienten om: b) Hvornår sygdommen eller skaden opstod? c) Hvornår der blev ydet lægehjælp første gang?	Dansk: M 75,9, skulderlidelse M 79,6 ekstremitetssmerter Latin: Periodevise tiltagende skulder og arm smerter. Dato: gradvis opstået gennem flere år. Dato: 18/5 2005 …

"

Efter at have gennemgået de lægelige oplysninger anmodede selskabet Videncenter for Helbred og Forsikring om at fastsætte antagelsesvilkårene.

I skrivelse af 30/5 2007 fra Videncenter for Helbred og Forsikring til selskabet hedder det:

"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. 29-12-2005 til:

Dødelighed: DO Invaliditet: Afslag

Med klausul G vedr. skuldre/arme ville vurderingen have været:

Dødelighed: DO Invaliditet: I0

Begrundelse for vurderingen

> Vurderingen er baseret på oplysningen om overbelastningsgener fra skuldre og arme igennem flere år. Det er sammenholdt med et skulderbelastende erhverv.
>
> Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læge og arbejdsmedicinsk afdeling. Heraf fremgår det, at forsikrede igennem flere år har haft periodevise højresidige skulder- og armgener, der har medført uarbejdsdygtighed. Medio maj 2005 konsulterede forsikrede egen læge pga. gener fra skuldre og arm, som i efteråret 2005 medførte behandling hos fysioterapeut."

På baggrund heraf afviste selskabet at yde forsikringsdækning, hvilket blev meddelt klageren ved skrivelse af 6/6 2007.

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

Klageren har nedlagt påstand om, at selskabet skal anerkende, at hun er berettiget til udbetaling ved tab af erhvervsevne. Til støtte herfor har hun i den til nævnet fremsendte klage anført følgende:

> "Da forsikringen blev tegnet den 1.9.2005 er jeg ikke syg. Jeg er i fuldtidsarbejde. Jeg kan ikke huske at jeg har været til fysioterapeutbehandling i 2005, men jeg anser heller ikke dette for at være en sygdom man behøver at oplyse om. Man kan jo på tegningstidspunktet ikke vide, at man senere bliver syg. Da vi tegner forsikringen er der en mand ude ved os. Vi spørger ham om det er noget vi skal oplyse om og det mener han ikke det er. Jeg har set på Ankenævnets hjemmeside, at det ikke betyder noget hvad tegningsmedarbejderen siger. Det er os der skal bevise hvad der er blevet sagt. Jeg har aldrig hørt noget så tåbeligt. Hvordan skulle vi kunne bevise dette. Hvis man ikke kan tage for gode vare, at den mand der sendes ud fra forsikringsselskabet også ved hvad han snakker om, så syntes jeg man som forsikringsselskab har et problem. Jeg mener også at forsikringsselskabet selv kunne have indhentet oplysninger om min helbredsmæssige situation på tegningstidspunktet. Man går jo i den tro, at man er dækket ind når man betaler til en forsikring."

Heroverfor har selskabet i skrivelse af 3/8 2007 til nævnet bl.a. anført:

> "S.S. ønsker udbetaling af gruppeerhvervsudygtighedsrente.
>
> Nykredit har afvist dette, idet Nykredit ikke ville have antaget forsikringen, såfremt vi havde været bekendt med de rette helbredsforhold på tegningstidspunktet.
> …
> Efter Nykredits opfattelse, har S.S. ikke svaret fyldestgørende i spørgsmål 1 og 4 i helbredserklæringen, idet det af journal fra Arbejdsmedicinsk Afdeling på S. Sygehus E. af den 14. november 2006 (bilag ...) og helbredsattest fra S.S.s egen læge af den 8. februar 2007 (bilag ...) fremgår, at S.S. har fået fysioterapibehandling i efteråret 2005. Helbredserklæringen er underskrevet af S.S. den 29. december 2005.

Det er endvidere Nykredits opfattelse, at svarene på helbredserklæringen, ikke har givet anledning til, at Nykredit burde havde indhentet yderligere helbredsoplysninger.

Til udsagnet om, at S.S. ikke mener at behandling hos fysioterapeut er noget man behøver at oplyse om, henviser vi til spørgsmål 1 i helbredserklæringen, hvor der spørges til, om forsikrede har været i behandling hos fysioterapeut de sidste 10 år.

Det er forsikredes eget ansvar at udfylde helbredserklæringen korrekt og fyldestgørende. Forsikrede skriver under på at oplysningerne i helbredserklæringen er korrekte. Nykredits medarbejdere kan og må ikke anvise, hvilke helbredsoplysninger der skal med i en helbredserklæring eller hvilke der kan undlades. S.S. har modtaget 'Vejledning om helbredsoplysninger' i forbindelse med tegning af forsikringen.

Da S.S. efter Nykredits opfattelse ikke kunne tegne forsikringen, hvis de rigtige forhold havde været oplyst ved forsikringens tegning, fastholder Nykredit, at S.S. ikke er berettiget til udbetaling fra forsikringen.

Nykredit har på baggrund af Deres henvendelse vurderet sagen på ny. Vi har dog ikke fundet grundlag for at ændre vores opfattelse, og fastholder derfor vores afgørelse af den 6. juni 2007 (bilag ...).

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 5 Urigtige oplysninger**
Stk. 1. Er der fortiet oplysninger eller afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens etablering, ændring eller seneste ikraftsættelse, får det konsekvenser, som følge af reglerne i Forsikringsaftaleloven. Efter den nuværende lov gælder følgende:

a. Har forsikrede svigagtigt givet urigtige oplysninger, er der ingen forsikringsdækning.

b. Hvis forsikrede hverken vidste eller burde vide, at oplysningerne var urigtige, er der fuld forsikringsdækning."
c. Har forsikrede givet urigtige oplysninger, der ikke er omfattet af pkt. a eller b, hæfter Nykredit kun i et omfang svarende til, at de rigtige oplysninger havde foreligget ved tegningen. Dvs. forsikringsdækningen kan bortfalde."

Nævnet udtaler:

Klageren har ved besvarelsen af helbredsspørgsmålene ikke oplyst, at hun kort tid før forsikringens tegning modtog fysioterapibehandling. Nævnet finder, at klageren ved at undlade at oplyse herom har afgivet urigtige helbredsoplysninger, og at dette kan tilregnes klageren som uagtsomt. Da nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet ikke

ville have antaget forsikringen på normale vilkår, såfremt de korrekte oplysninger var tilgået selskabet, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning samt slettet dækningen ved erhvervsevnetab og for præmiefritagelse og returneret præmien for denne, jf. forsikringsaftalelovens § 6 og de ovenfor gengivne forsikringsbetingelser.

Herefter, og idet det af klageren 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.

Poul Sørensen
formand