830/09

Den 2. november 2009 blev i sag nr. 75.596:

xxxx xxxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxx xx xxxxxxxx
xxxx xxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har haft en pensionsordning med dækning for visse kritiske sygdomme i Danica Pension, klager over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning i anledning af en anmeldt kritisk sygdom, og at selskabet i forbindelse hermed har ophævet dækningerne ved tab af erhvervsevne, dødsfald, kritisk sygdom, sundhedssikring og ret til præmiefritagelse.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med sin underskrift på spørgeskema vedrørende mave- og tarmsygdomme.

Det fremgår af sagen, at klageren har underskrevet begæring om pensionsordning den 19/12 2007. Begæringen blev dog ifølge selskabet først modtaget den 21/2 2008.

Klageren har i forbindelse med optagelsen i ordningen udfyldt en helbredserklæring den 14/2 2008, hvoraf det fremgik, at han havde været hos speciallæge vedrørende mavesmerter den 21/4 2006. Ifølge selskabet blev erklæringen modtaget den 25/4 2008.

Den 16/5 2008 anerkendte selskabet modtagelsen af erklæringen, idet klageren samtidig blev bedt om at besvare spørgsmål 1. d. i helbredserklæringen.

Da der ikke var et spørgsmål 1. d. i helbredserklæringen, gik klageren efter det oplyste ud fra, at det var en fejl, hvorfor han ikke foretog sig yderligere.

Ved skrivelse af 4/7 2008 rykkede selskabet for besvarelse af det manglende spørgsmål - 2. d., som klageren herefter udfyldte. Selskabet har stemplet skemaet som modtaget den 31/7 2008.

Spørgsmål 2. d. i helbredserklæringen har følgende ordlyd:

> "Er du fuldstændig arbejdsdygtig?
> (Hvis du er fuldstændig arbejdsdygtig, kan du udføre dit job på normale vilkår på samme måde som andre i tilsvarende job).
>
> Spørgsmålet blev af klageren besvaret bekræftende."

Herefter har selskabet i skrivelse af 7/8 2008 anmodet klageren om at udfylde et spørgeskema vedrørende mave- og tarmsygdomme.

Af dette skema, som klageren udfyldte og underskrev den 14/8 2008, fremgår på sidste side med småt umiddelbart før klagerens underskift:

> "Jeg er indforstået med, at forsikringen er ugyldig eller kan nedsættes efter bestemmelserne i lov om forsikringsaftaler, hvis mine svar ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielser har fundet sted.
>
> Samtidig erklærer jeg på tro og love, at min helbredstilstand ikke har forværret sig, og at jeg ikke har søgt læge eller været under anden behandling siden begæringens underskrift."

Klageren anmeldte den 25/11 2008, at han havde været sygemeldt siden den 24/6 2008, og at han nu havde fået konstateret kræft i halsen.

Af lægeattesten, der blev indsendt sammen med anmeldelsen, fremgik bl.a.:

"

3 a) Hvilke sygdomme/symptomer har patienten, og hvilken skade er sket? (Diagnose anføres både på dansk og latin		Dansk: Kræft i skjoldbruskkirtlen Symptomer, ømhed i halsen, træthed. …
4 a) oplyser patienten, at behandling er påbegyndt?	Nej Ja ☐ ☒	Hvis JA: Hvornår? Opereret 21/8 2008 + slutningen af juli Hvilken behandling? Operation. Desuden radiojodbehandling påbegyndt 13/10 2008.

"

Ved skrivelse af 29/12 2008 har selskabet meddelt, at forsikringsdækningerne først er blevet antaget den 8/9 2008, og at det fremgår af lægeerklæringen, at klageren er blevet opereret sidst i juli og 21/8 2008. Selskabet har på baggrund heraf gjort gældende, at klageren har afgivet urigtige oplysninger på spørgeskemaet, da han dér har skrevet under på, at han ikke siden sin underskrift på begæringen den 19/12 2007 havde været under behandling eller søgt læge. Som konsekvens heraf ophævede selskabet dækningerne ved tab af erhvervsevne, kritisk sygdom, død og sundhedssikring, ligesom klageren ikke havde ret til præmiefritagelse ved uarbejdsdygtighed.

Over for nævnet har klageren i klage af 27/1 2009 krævet, at selskabet udbetaler erstatning for kritisk sygdom, ligesom han ønsker de øvrige rettigheder i henhold til forsikringen opretholdt.

Til støtte for sin påstand har han vedlagt supplerende redegørelse, hvoraf det bl.a. fremgår:

> "Jeg har, fra jeg tegnede forsikringen i december 2007, i god tro oplyst Danica Pension om mine helbredsforhold. Da jeg tegnede pensionen i december 2007, var jeg ikke syg. Jeg oplyste, at jeg var blevet undersøgt for min mave tilbage i 2006. At Danica Pension ikke undersøgte dette nærmere - hos mig eller via min læge - allerede i februar 2008, da de fik Helbredserklæringen, må da bebrejdes selskabet.
>
> Danica Pension har ført en sjusket og forsinket (smøl) sagsbehandling - uden på noget tidspunkt at oplyse mig om konsekvenserne af deres sagsbehandling og deres løbende usaglige vurderinger. Det er endt med en fuldstændig urimelig og uartig afgørelse. Jeg har, fra jeg tegnede pensionen i december 2007, været i god tro med mine oplysninger. Og jeg har blindt troet på, at jeg har været dækningsberettiget. Hvis jeg havde været vidende om deres kreative løsningsmodeller, havde jeg naturligvis i december 2007 tegnet en pension hos et andet selskab - hvor jeg hurtigt og utvivlsomt var blevet dækket uden vilkår af nogen art. Jeg var jo rask i december 2007 - indtil jeg i juli /august 2008 fik konstateret en kritisk sygdom.
>
> Jeg skal meget bede om, at I tager denne klage over Danica Pensions afgørelse alvorligt - og at afgørelsen bliver revurderet, så jeg får dækning for det, jeg mener mig berettiget til."

Selskabet har over for nævnet ved skrivelse af 2/3 2009 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

> "I spørgeskemaet vedrørende mave- og tarmsygdomme (bilag ..), burde K.J. have oplyst, at han havde søgt læge den 18. juni 2008 for træthed og ømhed i halsen samt efterfølgende undersøgelser og behandlinger på S. Sygehus og Rigshospitalet.

Havde vi haft disse oplysninger, ville vi have kontaktet hans læge, S. Sygehus og Rigshospitalet for at få oplysninger om resultatet af undersøgelserne. Ud fra oplysningerne om kræft i halsen ville vi have givet afslag på at oprette forsikring.

Vi har derfor ophævet dækningerne ved tab af erhvervsevne, dødsfald, kritisk sygdom, sundhedssikring og ret til præmiefritagelse på K.J.s Pension for Selvstændige i henhold til forsikringsaftalelovens § 6. (bilag ..)

Vi afviser klagen og fastholder vores ret til at ophæve samtlige risikodækninger på K.J.s Pension for Selvstændige.

Der er ikke grundlag for udbetaling ved kritisk sygdom og tab af erhvervsevne eller ret til præmiefritagelse, da dækningerne er ophævet."

Nævnet udtaler:

Nævnet har gennemgået sagen og finder at måtte lægge til grund, at klageren objektivt ved underskrivelse af spørgeskemaet den 14/8 2008 har fortiet, at han da allerede var opereret én gang for kræft i skjoldbruskirtlen.

Selskabets sagsbehandling har efter nævnets opfattelse ikke været optimal, men klageren bærer efter nævnets opfattelse selv en del af ansvaret for, at forsikringen ikke kunne antages tidligere end sket, ved ikke straks efter underskrivelsen af begæringen og senere underskrivelsen af helbredserklæringen at returnere disse til selskabet. Henset hertil finder nævnet ikke grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann