833/09

Den 14. december 2009 blev i sag nr. 75.913:

xxxxxx xxxxxxx
xxxxxxxxxxx xxx
xxxx xxxx xxxxx

mod

Codan Forsikring A/S
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har haft ulykkesforsikring i Codan Forsikring A/S, klager over selskabets afvisning af at anerkende et anmeldt ulykkestilfælde.

Selskabet henviser til, at forsikringen ikke var i kraft på skadestidspunktet, at klageren ikke har godtgjort, at der foreligger et ulykkestilfælde, og at forsikringen undtager forudbestående lidelser.

Selskabet har i skrivelse af 23/2 2009 til klageren begrundet afvisningen af klagerens krav således:

> "Jeg har haft lejlighed til at gennemgå sagen, der indeholder følgende elementer:
> 1) Spørgsmålet om forsikringstidens begyndelse
> 2) Spørgsmålet om ulykkestilfælde
> 3) Spørgsmålet om forudbestående sygdom
>
> Ad. 1)
> Det fremgår af vores registreringer, at forsikringsaftalen er indgået telefonisk d. 23.10.2007 kl. 21.15.
>
> I skadeanmeldelsen - den udgave vi modtager d. 17.09.08 - anfører du, at skadedatoen er 23.10.07 kl. ca. 9.00, altså samme dag, men forud for at forsikringsaftalen er indgået.
>
> Afdelingschef C.F. har i sit brev af 19.11.08 henvist til juridisk litteratur vedrørende konsekvensen af, at der allerede er indtrådt en skade på tegningstidspunktet.
>
> For en uddybning vil jeg citere fra de anførte bøger.

Det anføres på side 68 i Lov om Forsikringsaftaler, Drachmann Bentzon og Knud Christensen, at

'Det må dog være en følge af forsikringsaftalens natur, at risikoens realisation må henstå som uvis for hver af parterne, da de afgav deres viljeserklæring. Dette kan få betydning, hvis det er aftalt, at ansvaret skal indtræde fra et tidligere tidspunkt end aftalens afslutning, thi hvis forsikringstageren da ved, at en forsikringsbegivenhed var indtrådt, eller selskabet ved, at en forsikringsbegivenhed ikke kunne indtræde (f.eks. ved rejseforsikring af skib eller varer, at rejsen var endt), må en sådan aftale for så vidt være ugyldig.'

På side 164 i Dansk Forsikringsret, 8. udg. af Henning Jønsson og Lisbeth Kjærgaard, samt på side 82 i Forsikringsaftaleloven, 4. udg., med kommentarer af Preben Lyngsø anføres:

'Hvis forsikringstiden skal begynde, før aftalen er indgået, er det en betingelse for ret til erstatning, dels at der bliver indgået en aftale, dels at forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at der var indtrådt en forsikringsbegivenhed efter det angivne tidspunkt for forsikringstidens begyndelse.'

Du oplyser, at dit uheld fandt sted samme dag, som forsikringsaftalen blev indgået, og du henvender dig samme dag hos din læge p.g.a. smerter i ryggen.

Med henvisning hertil finder vi fortsat, at dit krav må afvises allerede fordi, du havde eller burde have kendskab hertil, da du indgik forsikringsaftalen.

Endvidere skal jeg henlede opmærksomheden på Forsikringsaftalelovens § 7, hvoraf fremgår, at 'Forsikringstagerens undladelse af at give oplysning har ingen indflydelse på selskabets ansvar, medmindre han burde være klar over, at den oplyste omstændighed var af betydning for selskabet, og hans forhold kan tilregnes ham som grov uagtsomhed.'

Vi er af den opfattelse, at kravet også må afvises med henvisning til denne bestemmelse, idet det må være evident, at det er af betydning for selskabet at have kendskab til allerede indtrådte forsikringsbegivenheder.

Ad 2)
Som tidligere redegjort for finder vi det ikke dokumenteret, at dine rygsmerter er forårsaget af et ulykkestilfælde.

Vi lægger herved vægt på, at du har søgt lægehjælp samme dag, som faldet skulle have fundet sted. Det fremgår af journaludskrift af 23.10.07 fra din læge, at du gennem mange år har døjet med lænderygsmerter, at der altid er en træthedsfornemmelse og at der i perioder er akut forværring af dages varighed.

Derimod fremgår intet om, at du samme dag skulle være faldet af en hest.

Af journalen fra 09.11.07 fremgår, at du har haft rygsmerter stort set konstant siden løftetraume i 85-87, og at der gennem de seneste ca. 3 måneder havde været tiltagende problemer med smerter ned gennem venstre ben. Du er citeret for at have udtrykt, at det føles som om du er blevet sparket af en hest, men der er ingen oplysninger om, at du har været udsat for et ulykkestilfælde.

I journal af 28.01.08 fra reumatolog L.C. anføres, at du har lidt af rygsmerter i de sidste 20 år.

Vi har endvidere modtaget journaludskrifter fra H. Privathospitals Idrætsklinik, men heller ikke her omtales noget ulykkestilfælde.

Vi må således konkludere, at der intetsteds i dine journaler er dokumentation for, at dine rygproblemer kan tilskrives et ulykkestilfælde, og bevisbyrden for, at der foreligger en forsikringsbegivenhed påhviler nu engang forsikringstageren. Til belysning heraf vedlægger jeg kopi af ankenævnskendelse 73116.

Ad 3)
Endelig har vi henvist til punkt 4 i forsikringsbetingelserne for Invaliditetsdækning ved ulykkestilfælde. Det fremgår heraf, at forsikringen ikke dækker invaliditet, der skyldes forudbestående sygdom, invaliditet, der bestod før ulykkestilfældet samt invaliditet, som udelukkende er en forværring af en forudbestående lidelse."

Klageren har i skrivelse af 26/3 2009 til nævnet bl.a. anført:

"Selve ulykken: Tirsdag morgen var min kæreste og jeg på besøg hos min ven, som bor på en landejendom, med egne heste. Omkring nitiden om morgenen er vi ude at ride, og idet hesten jeg rider på, kommer ud til et åbent stykke mark, bliver hesten urolig og - delvist stejler og delvist sætter i galop. Jeg bliver i første omgang 'kastet' om på lænden af hesten, og snart efter smidt helt af hesten, og ryger baglæns bagover hesten og lander direkte på enden - uden mulighed for at tage fra med benene. Dette giver naturligvis en voldsom smerte, som jeg i anmeldelsen har beskrevet som 'som om en hest havde sparket mig bagi'. *(jeg fornemmer ikke umiddelbart, at Codan betvivler selve hændelsesforløbet)*
Efter uheldet opsøgte jeg min egen læge, som i første omgang ordinerede smertestillende medicin og hvile.

Problem 1: Codan påstår at skaden ikke er omfattet ulykken, idet skaden er sket FØR forsikringen er tegnet. *(Se, brev af 19.11.2008 fra Codan 'Afgørelse i Skadesag.)* Deres argument er at jeg vidste eller burde vide at jeg havde været udsat for en skade, som jeg siden søgte erstatning for. Min indstilling er; *at jeg først og fremmest kontaktede Codan flere dage forinden for ulykken, netop for at købe forsikringer hos Codan; at Codan henvender sig til mig telefonisk på et af dem valgt tidspunkt; at Codan egenhændigt bestemmer at ulykkesforsikringen skal dække fra den 23. oktober (se vedlagte police af 24.10.2007 (policens udstedelsesdato, som også definerer fra hvilken dato præmien beregnes fra)); at Codan's medarbejder selv kommer ind på, og opfordrer til at jeg tegner en ulykkesforsikring ikke blot på egen person men også min kæreste og mine børn som bor hos deres moder; at Codans medarbejder helt og holdent undlader at spørge ind til min helbredstilstand og tidligere ulykker.*
Jeg forsøgte på intet tidspunkt at lægge skjul på, at jeg i 1995 var udsat for en trafikulykke og deraf følgende skader *(hvilket også ville være vanvittigt, idet jeg også dengang var forsikret i Codan og havde kontakt med selskabet i samme forbindelse)*
Jeg havde ved samtalen med Codan den 23.oktober 2007 ikke viden om, fornemmelse af eller mistanke om at jeg havde pådraget mig nogen alvorligere skade som sidenhen ville berettige en anmeldelse til forsikringen. Havde agenten spurgt til noget som helst af mit helbred, ville jeg formentligt have fortalt om mit fald fra hesten tidligere på dagen. Ved min konsultation hos egen læge tidligere på dagen, var der ingen indikationer på brud på knogler eller haleben. Ingen mistanke om diskusprolaps eller rodtryk.
Som det fremgår af min 'Patient journal' af 23.10.2007 fra egen læge, har jeg igennem en del år haft det som lægen beskriver som 'lænderygsmerter'. Den form for smerte er koncentreret i muskulaturen mellem brystkassen og ned til hofterne. Denne smerte er muskulær og har INTET med diskus at gøre. Smerten som jeg beskrev for lægen, som værende gammel-

kendt har jeg haft siden min ungdom og er forbigående/tilbagevendende alt efter hvordan jeg har sovet, arbejdet eller på anden måde belastet ryggen. En diskusprolaps er derimod ikke 'forbigående eller tilbagevendende' og på ingen måde i samme smerte-niveau. Jeg har for en del år siden været røntgenundersøgt på grund af samme muskelsmerte på en klinik …, hvor der ikke konstateredes diskusprolaps. Jeg blev røntgenundersøgt på K. Sygehus den 1. november 2007 hvor der ikke konstateres nogen diskusprolaps, ingen skævhed, *(skoliose)* ingen sammensynkning i rygraden *(spondylose)* - i alt intet unormalt. Min bevægelighed da den umiddelbare smerte efter faldet, havde fortaget sig, var 'så normal' at end ikke en reumatolog i H. fandt mistanke om diskusprolaps. Først da jeg insisterede på at blive mr-scannet kom det frem at jeg havde pådraget mig ikke bare én, men hele to diskusprolapser. Den ene endda så stor at lægerne fandt det underligt, at jeg kunne gå - for ikke at sige holde smerten ud. Hvordan skulle jeg så kunne bedømme at jeg havde pådraget mig en varig skade af de dimensioner, på dagen for forsikringens indgåelse. Jeg mener det må være Codans risiko, at de har 'så tilpas travlt' at de ringer op om aftenen, at de indgår en forsikring uden at spørge til helbredsoplysninger, og at de vælger at lade forsikringen dække fra FØR aftalen blev indgået, at de opkræver præmie fra FØR aftalen var indgået. De tager sig jo sågar betalt for HELE dagen den 23. oktober og ikke som rimeligt ville være fra den 23. om aftenen eller den 24. om morgenen.!

Problem 2: Codan påstår det ikke er godtgjort, at der er tale om en *dækningsberettiget ulykke.* Codan argumenterer med, at jeg ifølge journalnotatet har haft lændesmerter igennem mange år. Hvis det argument skal stå alene, så har Codan udelukket at dække rygskader for cirka 80 % af Danmarks befolkning. Ifølge 'sundhed.dk' har 80 % af den vestlige verdens befolkning rygsmerter af større eller mindre grad. Det er min klare opfattelse, at hvis Codan kan udelukke en skade som 'ikke berettiget' grundet tidligere smerte, bør de helt klart udtrykke i deres forsikringsbetingelser at folk med tidligere rygsmerter er udelukket fra erstatning ved senere diskusprolapser.
…
Problem 4: De henviser til en tidligere konstateret méngrad på 5 % som følge af skade i ryggen. Det må alene stå for Codans regning, da jeg ikke selv mindes at være tildelt méngrader på min ryg. *(som tidligere beskrevet har jeg tidligere været forsikret i Codan, og således kan det tænkes at Codan har sådanne dokumenter som beskriver dette. Er det tilfældet, vil jeg mene de bør fremlægge denne dokumentation)* Skulle det være tilfældet, at jeg tilbage i 1995 har modtaget 5 % méngradserstatning for skade/smerter i ryggen, så kan jeg med stor sikkerhed sige, at jeg aldrig tidligere har fået undersøgt for endsige konstateret diskusprolaps i ryggen, i 4 og 5. lændehvirvel.
Jeg ser da naturligvis frem til hvis Codan kan påvise en undersøgelse og lægejournal som konstaterer mine nuværende prolapser."

I skrivelse af 12/5 2009 fra selskabet til nævnet hedder det bl.a.:

"Vi har i brev af 23.02.2009 nærmere redegjort for vores synspunkter, og vi skal derfor henvise til dette brev, hvis indhold vi fastholder.

I forbindelse med den aktuelle klage til Ankenævnet skal vi tilføje følgende:

Ad indtegningen

Forsikringstageren anfører i klagen til Ankenævnet - men ikke i tidligere korrespondance hertil - at han skulle have kontaktet Codan forud for d. 23.10.2007 med henblik på at tegne forsikringer. Hertil skal vi oplyse, at vi ikke har registreret noget opkald fra ham. Derimod har

vi registreret opkald til ham d. 23.10.2007, hvilket er sket i forbindelse med generel kontakt til medlemmer af DJØF.

Vi skal til støtte for vores synspunkt yderligere henvise til AK 39.858

Ad godtgørelse af ulykkestilfælde

Vi skal bemærke, at der i vores breve af 19.11.2008 og 23.02.2009 henvises til journaler fra H. Privathospitals Idrætsklinik. Der skulle have stået A. Privathospital Idrætsklinik. Vi beklager fejlen.

Imidlertid må vi fastholde, at det intetsteds af de lægelige bilag fremgår, at de diskusprolapser, som forsikringstageren er opereret for, hidrører fra fald fra en hest. Efter vores opfattelse ville det have været nærliggende at omtale en sådan, ikke dagligdags, hændelse for lægen - i særdeleshed, når lægen konsulteres samme dag, som hændelsen angives at have fundet sted.

Vi savner således godtgørelse af, at forsikringstagerens ryglidelse er forvoldt af et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Ad forudbestående lidelser

Vi har overfor forsikringstageren påpeget undtagelsesbestemmelserne i forsikringsbetingelsernes punkt 4 vedrørende invaliditet, der bestod forud for ulykkestilfældet, samt invaliditet, som udelukkende er en forværring af forudbestående invaliditet.

Dette beror på, at det som anført fremgår af de lægelige bilag, at forsikringstageren gennem mange år har lidt af ryggener.

For fuldstændighedens skyld har vi derfor henvist til det pågældende punkt.

Vi må således forbeholde os adgang til at gøre dette gældende, såfremt det måtte lægges til grund, at der på trods af ovenstående foreligger et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

For så vidt angår tidligere udbetaling af erstatning kan vi oplyse at vi i 1998 har udbetalt erstatning svarende til mén på 5 % i anledning af et anmeldt ulykkestilfælde (arbejdsskade) indtruffet d. 05.01.1997. Forsikringstageren var på daværende tidspunkt omfattet af en kollektiv ulykkesforsikring i Codan."

I skrivelse af 28/5 2009 har klageren yderligere bl.a. bemærket:

"Punkt 1: Selskabet henviser til Ankenævnets kendelse AK 39.858 imellem en privatperson og Sygeforsikringen "danmark". Der er i kendelsen tale om en forsikring hos et selskab som udelukkende beskæftiger sig med sundheds/helbredsforsikringer i modsætning til Codan som har tegnet en ulykkesforsikring på undertegnede. Væsentligste forskel på forholdende omkring denne klage, og den klagesag som selskabet henviser til er, at "danmark" afviser at "forsikre" kunder som lider af enhver i forvejen kendt sygdom/lidelse. Codan tegner mig bekendt gerne ulykkesforsikringer på kunder som tidligere er komet til skade (har været udsat for en skade). Afgørende er, at Selskabet indlader sig på at tegne min ulykkesforsikring uden nogen som helst forudgående spørgsmål til mit helbred eller tidligere skader. Ved indgåelsen af aftalen ytrede selskabets sælger INGEN interesse mit historiske sygdoms- og skadesforløb igennem livet. Jeg har efterfølgende (siden Selskabets opsigelse af mine for-

sikringer) forhørt mig om mulighederne for at tegne ny ulykkesforsikring, hvor jeg i langt de fleste tilfælde (hvis ikke alle) er blevet udspurgt om jeg har været udsat for forudgående eller nuværende ulykker/skader. Codan forsikring har fravalgt denne procedure, til stor undren både hos undertegnede og hos deres kolleger i andre selskaber. Hvis det overhovedet bekymrede Selskabet, hvilke skader jeg havde været udsat for igennem tiden, var det nemmeste i verden, at selskabet inden udfærdigelse og udsendelse af policen på ulykkesforsikringen, at de gennemgik min historik i selskabets eget elektroniske kartotek. Så ville selskabets sælger umiddelbart kunne have konstateret den arbejdsskade som selskabet henviser til fra 1998, hvor selskabet udbetalte erstatning svarende til 5 % méngrad. De kunne ligeledes konstatere, at jeg blev kørt ned af en ambulance i 1995, og i den forbindelse fik méngrad på knæet i mit venstre ben. Når jeg henvender mig til at andet selskab, for at tegne forsikringer, er det første de beder om mit cpr-nummer for at undersøge om jeg tidligere har været kunde i selskabet. Herved kommer al forudgående historik til sælgerens kendskab. Enten har det ikke interesseret selskabet og selskabets sælger i salgsøjemed, men burde absolut have gjort det, inden selskabet sendte mig policen til underskrift. Selskabet forlader sig åbenbart på et generelt forbehold i policen, hvor selskabet fraskriver sig at udbetale erstatninger på forud bestående skader, som selskabet kan opnå kendskab til i forbindelse med anmeldelser til selskabet, i form af lægelige oplysninger fra egen læge og sygehuse.
…
Jeg fortalte min læge den 23.10.2007 om årsagen til jeg havde behov for en akut lægekonsultation. Hvordan skulle jeg ellers overhovedet været kommet foran i køen og blive undersøgt akut.? Hvorfor min læge har undladt at skrive at jeg var faldet af en hest, skal jeg lade være usagt. Det må stå for lægens regning Jeg ved dog at mange læger er påpasselige med hvad de skriver som årsager, netop af hensyn til ikke at blive inddraget eller holdt til ansvar overfor/i sager som denne. Men det er jo ikke 'tilfældigt' at jeg beskriver min smerte 'som om jeg var blevet sparket bagi, af en hest'.
Selskabet bemærker, at de ville finde det 'naturligt' for læger at omtale hvilken hændelse der er årsag for en lidelse. Det kan da ikke være mit (forsikringstagers) ansvar at sikre mig hvad lægen IKKE skriver i sin journal. Der til skal føjes, at ingen andre journaler end min egen læges, naturligt burde indeholde årsagen til de to diskusprolapser, da ikke én eneste læge har spurgt til hvordan de er opstået. Jeg har trods alt, siden ulykken, konsulteret hen ved ti forskellige speciallæger, hvoraf ikke en eneste har spurgt til 'hvordan'.
…
Punkt 5: Vedrørende - hvem der henvendte sig til hvem - hvornår. Jeg mener at huske forløbet som jeg tidligere har beskrevet, at jeg henvendte mig til Selskabet i ugen forinden. Men Selskabet hævder at have dokumentation for, at selskabet som led i en generel kampagne, henvendte sig til DJØF-medlemmer generelt. Og således også til mig, den 23.10.2007. Det afgørende for mig er, at JEG ikke valgte tidspunktet for samtalen (kl. 21.15 - hvilket ville være et ganske unaturligt tidspunkt for mig at henvende mig til et stort selskab for at tegne en akut ulykkesforsikring) men at selskabet henvendte sig til mig. Selskabet valgte tidspunktet for henvendelsen, og selskabet valgte tidspunktet for ikrafttræden af ulykkesforsikringen. Desuden foreslog selskabet sælger at tegne ulykkesforsikringen. Og jeg vil fortsat mene at det må være samtlige forsikringsselskabers risiko, at de (som de eneste selskaber) kan henvende sig til kunder og borgere pr. telefon og sælge 'varer' på denne måde. Det må ligeledes være selskabets risiko, at de ikke undersøger selv deres egne journaler (kartoteker og computere) før de endeligt indgår forsikringer. Den risiko gør det naturligvis ikke acceptabelt at kunder bevidst snyder eller fortier oplysninger som har afgørende indflydelse for selskabet. Men jeg mener ikke jeg bevidst har fortiet oplysninger jeg har ligget inde med, velvidende at de kunne have ændret selskabets interesse. Alt afgørende er, at selskabet selv, på egen hånd, vælger at lade forsikringen træde i kraft OG opkræver præmie fra et tidspunkt der ligger FORUD for deres egen opringning. Så har selskabet også valgt at dække de eventuelle skader som ligger i forsikringsperioden (som beskrevet i policen). Det er

fortsat og ubestrideligt selskabet som vælger tidspunkt for henvendelsen og ikrafttrædelsen."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet med de af selskabet anførte begrundelser, at selskabets afgørelse ikke kan kritiseres.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann