871/11

Den 27. juni 2011 blev i sag nr. 78.948:

xxxxxxxx xxxxxx
xxxxxxxxx xx xxxxxx
xxxx xxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der i 1990 i Danica Pension oprettede en gruppeinvaliderente med grunddækning, som i 1993 blev forhøjet med en udvidet dækning, klager ved sin advokat over, at selskabet har ophævet gruppeinvaliderenten.

Selskabet har henvist til, at klageren har afgivet urigtige helbredsoplysninger i forbindelse med tegningen af ordningen i 1990.

Det fremgår af sagen, at klageren, der er født i 1965, i anmodning om gruppeinvalideforsikring i forbindelse med grunddækning har svaret ja til, at hun har været indlagt på hospital, idet hun i ca. 1971 var indlagt med blindtarmsbetændelse og i 1981 med knuderosen. I øvrigt havde hun svaret nej til undersøgelser på hospital, hos praktiserende læge samt tilskadekomst. Hun havde endvidere svaret nej til forbrug af medicin, ligesom hun erklærede sig fuldstændig rask og arbejdsdygtig.

Selskabet bekræftede i brev af 6/4 1990, at forsikringen var tegnet med virkning fra 30/3 1990.

I anmodning af 13/12 1992 ansøgte klageren om at blive omfattet af den udvidede dækning. I skemaet havde hun gentaget oplysningerne om blindtarmsbetændelse og

knuderosen, men havde i øvrigt svaret nej til spørgsmålet om, hvorvidt hun var blevet undersøgt eller behandlet på hospital, af alment praktiserende læge, speciallæge, laboratorium eller kiropraktor. På spørgsmålet om, hvorvidt hun i øvrigt havde været syg eller kommet til skade, havde hun også svaret nej, ligesom hun havde svaret nej til forbrug af medicin, det være sig stimulerende eller beroligende. I øvrigt havde hun svaret nej til spørgsmålet, om hun havde en legemsfejl eller anden helbredsmæssig svaghed, ligesom hun endelig svarede ja til, at hun var fuldstændig rask og arbejdsdygtig.

I anmeldelse ved tab af erhvervsevne af 16/2 2010 har hun anført, at hun lider af panikangst, at første sygedag var 1/2 2009, og at hun mærkede de første symptomer for ca. 18 år siden, men at det er blevet værre med årene. Af den medfølgende lægeattest af 11/2 2010 fremgik bl.a., at der blev ydet lægehjælp første gang i 1992 i form af samtaler. Den medicinske behandling blev påbegyndt i 1998. Der var vedlagt statusattest fra kommunen af 10/8 2009, hvoraf det bl.a. fremgik:

> "[Klager] skal fortsat undgå belastninger af bevægeapparatet, men hendes absolut væsentligste helbredsproblem nu er panikangst. Denne angst styrer fuldstændigt hendes liv og blokerer for alle udadvendte aktiviteter.
> Hun er som tidligere anført forsøgt behandlet flere gange med samtaler, støtte og medicin.
> Aktuelt er hun efter råd fra overlægerne på psyk. afd. … i behandling med Cipramil som gradvist er trappet op til max. dosis. Overlægerne mener ikke der er udsigt til bedring ved samtalebehandling eller anden psykoterapi.
> Cipramilbehandlingen har taget toppen af hendes voldsomme angstanfald, men i det daglige er hendes funktion ikke væsentlig bedret. Hun er stærkt invalideret af sin angst, kan intet foretage sig uden store omkostninger mentalt, prøver at tage alle mulige forholdsregler og vil allerhelst isolere sig helt.
> Psykolograpporten bestilt af kommunen bekræfter hendes symptomer.
> Det er helt urealistisk at hun skulle kunne klare en lærlingeuddannelse som butiksassistent.
> Det kan ikke forventes at tilstanden bedres med tiden.
> Jeg har foreslået hende, at hun taler med socialrådgiveren om pension."

Selskabet har i brev af 19/3 2010 ønsket yderligere lægelige oplysninger om panikangsten, idet klageren nu har oplyst at have haft lidelsen i ca. 18 år. Selskabet ønsker på baggrund heraf at undersøge, om forsikringen er oprettet på de rigtige vilkår ud fra korrekte helbredsoplysninger.

Klagerens praktiserende læge har i erklæring af 14/4 2010 til selskabet bl.a. anført:

> "Hun henvendte sig i nov. 1992 med stresslignende symptomer. For at udrede dette nærmere aftaltes samtaler i midten af december 1992. Efter få samtaler fandtes ikke tegn til sygdom og symptomerne var forsvundet.

Frem til sommeren 1997 var der ikke kontakter som kunne tyde på angst eller anden psykopatologi.
I sommeren 1997 startede egentlige panikangsttilfælde formentlig udløst af belastninger efter en fødsel.

Nedenfor uddrag af journalen omfattende alle notater fra 1. marts 1983 til januar 1993 vedr. angst:

2611.92 K
Svimmel.
Obj: Intet at finde. Der tages blodprøver. Formentlig skyldes det stress. …

0212.92 K
Blodprøverne normale. Vi taler om at hendes svimmelhed kan skyldes at hun måske ikke er helt tilfreds med sit liv. Vi aftaler samtaler. …

1612.92 K
1. samtale. …

3012.92 K
2.samtale. …

2101.93 K
4. samtale.
Har fået bedre styr på sin hverdag og sit liv i det hele taget.
Har taget nogle initiativer som frigør mere tid til hende selv og hun er kommet over svimmelheden og hidsigheden.
Vi aftaler at slutte samtalerne her.
Henvender sig ved fornyet behov."

Selskabet anmodede efterfølgende Videncenter for Helbred og Forsikring om en vurdering. Det hedder bl.a. i centrets vurdering af 12/5 2010:

"De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komite i Videncenter for Helbred og Forsikring. Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville vi have vurderet forsikringsrisikoen pr. 13-12-1992 til:

Dødelighed: Dl Invaliditet: 13

Begrundelse for vurderingen

Vurderingen er baseret på oplysningen om mulig stress, hvor der var planlagt samtaler med egen læge.

Baggrunden for vurderingen er oplysningen fra egen læge. Det fremgår heraf, at forsikrede konsulterede egen læge 26. november 1992 pga svimmelhed og fik taget blodprøver. Iflg. lægen skyldtes symptomerne formentlig stress. 2. december 1992 atter konsultation hos egen læge, hvor det fremgår, at blodprøverne var normale og symptomerne måske skyldtes stress, hvorfor der blev planlagt yderligere samtaler med egen læge."

4. 78.948

Selskabet har i brev af 20/5 2010 anført, at det ud fra de nu foreliggende oplysninger vurderer, at klageren ikke har afgivet korrekte helbredsoplysninger i forbindelse med tegningen af forsikringen. Selskabet har med henvisning til Forsikringsaftalelovens § 6 ophævet gruppeinvaliderenten og returneret de indbetalte beløb med fradrag af omkostninger.

Klagerens advokat har i brev af 8/6 2010 til selskabet kritiseret afgørelsen, idet advokaten bl.a. har anført:

> "Min klient har været i absolut god tro, da hun i 1992 udfyldte disse papirer. Hun havde netop talt med lægen om, at hendes svimmelhed nok skyldtes 'at hun måske ikke er helt tilfreds med sit liv', og ikke stress som De anfører. For min klient at vurdere, ville det svare til at hun skulle oplyse om en bullen tå eller lignende, og derfor krydsede hun ikke af i 'ja'.
>
> En måneds tid efter har min klient dog også bedre styr på hverdagen som mor til to, og derfor ophører lægesamtalerne.
> …
> Det er min vurdering, at De vil have svært ved at føre bevis for/sandsynliggøre, at De ikke ville have tegnet forsikringen, såfremt De havde kendt til undersøgelsen for svimmelhed grundet utilfredshed med sit liv/mor til spædbarn.
>
> Selvom De alligevel skulle kunne bevise/sandsynliggøre dette er det dog min helt klare opfattelse, at situationen her er omfattet af undtagelsesbestemmelsen i § 6, stk. 3.
>
> På baggrund af ovenstående skal jeg anmode Dem om at genvurdere Deres beslutning om at ophæve gruppeinvaliderenten."

Selskabet fastholdt sin afgørelse, hvilket blev meddelt advokaten i brev af 30/6 2010.

Over for nævnet har advokaten indbragt klage af 17/9 2010 med krav om, at gruppeinvaliderenteforsikringen retableres, og har til støtte herfor bl.a. anført:

> "Min klient var i 1992 blevet mor til sit andet barn og ammede på tidspunktet for svimmelheden, hvilket hun var overbevist om, var den kombination, som havde givet hende svimmelhed.
>
> Da min klient skal udfylde papirerne om anmodning om optagelse i gruppeinvaliderente, har hun på intet tidspunkt gjort sig tanker om, at hun skulle have oplyst om disse lægebesøg - blodprøverne var jo almindelige, og lægen havde lige meddelt, at hun nok bare var 'utilfreds med sit liv'.
>
> For det første skal det således fastholdes, at jeg ikke mener det bevist/sandsynliggjort, at Danica Pension ikke ville have antaget forsikringen, såfremt man havde kendt til hendes lægebesøg i november/december 1992.

Skulle Ankenævnet for Forsikring alligevel finde det bevist/sandsynliggjort, så skal det gøres gældende, at situationen er omfattet af undtagelsen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, hvorfor Danica Pension hæfter helt eller delvist.

For det første mener jeg ikke, at der er en tilstrækkelig årsagssammenhæng mellem situationen i 1992 med 'utilfredshed i sit liv' og egentlig panikanfald. For det andet vurderer jeg ikke, at klienten har handlet uagtsomt lægebesøgenes indhold taget i betragtning. Endelig går der ca. 5 år førend min klient oplever et tilfælde af panikangst."

Selskabet har i brev af 20/10 2010 fastholdt sin afgørelse vedrørende ophævelse af den udvidede dækning, men har tilkendegivet, at det ved en fejl har tilbagebetalt indbetalingerne vedrørende grunddækningen. Til støtte for selskabet afgørelse fremgår det bl.a.:

"Den 22. april 2010 anmoder vi Videncenter for Helbred og Forsikring om responsum. Hvis vi havde fået oplysningerne om mulig stress, hvor der var planlagt samtaler med egen læge, så havde vi givet afslag til den udvidede dækning af [klager] gruppeinvaliderente (Bilag …).
Videncenter for Helbred og Forsikring har fastsat en forhøjet forsikringsrisiko (tavle 3),og dette ville give afslag til gruppeinvaliderenter, da disse ikke tilbydes ved mere end 2 tavler.

Vurderingen er sket på baggrund af oplysningen fra egen læge, hvor det fremgår, at [klager] konsulterede egen læge den 26. november 1992 på grund af svimmelhed og fik taget blodprøver. Ifølge lægen skyldtes symptomerne formentligt stress. Den 2. december 1992 konsulterede [klager] atter egen læge, hvor det fremgår, at blodprøverne var normale, og symptomerne måske skyldtes stress, hvorfor der blev planlagt yderligere samtaler med egen læge.
…
Vi har vurderet [klagers] helbredsoplysninger igen. [klager] var positiv vidende om, at hun flere gange konsulterede egen læge på grund af svimmelhed og stresslignende symptomer kort før tegning. Derfor skulle hun have oplyst om dette i spørgsmål 2 i helbredserklæringen. At [klager] nu gør gældende, at årsagen til svimmelhed var på grund af amning, hvilket ikke er nævnt eller konkluderet i lægejournalen, er ikke relevant. At hun derudover gør gældende, at det ikke var stress, som var årsagen til svimmelheden men, at hun ikke var tilfreds med sit liv, så var det dog på daværende tidspunkt nok til, at hun faktisk søgte læge og deltog i flere planlagte samtaler med sin læge. Ved at undlade at svare i overensstemmelse med de faktiske forhold, har [klager] handlet uagtsomt, og derved frataget os adgangen til at undersøge forholdene før oprettelse.

Videncenter for Helbred og Forsikring har vurderet sagen og har konkluderet, at vi ikke ville havde tilbudt forsikringen i 1993, hvis vi havde haft oplysninger om svimmelhed og stresslignende symptomer, og planlagte samtaler på grund af disse symptomer.

Derfor afviser vi klagen og fastholder vores ret til at ophæve gruppeinvaliderentens udvidede dækning ifølge forsikringsaftalelovens § 6. Der er efter vores opfattelse ikke omstændigheder i sagen, som bevirker, at [klager] skal bevare en delvis dækning, da den udvidede dækning ikke kunne have været antaget. Dette skyldes blandt andet, at der er årsagssammenhæng mellem det fortiede og den anmeldte skade, ifølge bilag …, samt at underskrivelsen af begæringen sker ganske kort tid efter lægekonsultationerne."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 1. Forsikringsaftalen.**

Stk. 1. Forsikringens grundlag.
Forsikringsaftalen er indgået på grundlag af de skriftlige oplysninger, der er givet i begæringen og andre erklæringer og attester.

Stk. 2. Urigtige oplysninger.
Er nogen af disse oplysninger urigtige eller ufuldstændige, bringes reglerne i lov om forsikringsaftaler §§ 4-10 i anvendelse, og forsikringsydelsen kan som følge heraf nedsættes eller bortfalde. Tilsvarende regler gælder ved genoptagelse af præmiebetalingen og ændring af forsikringen.

Reglerne finder også anvendelse, hvis oplysningerne afgives af andre end forsikringstageren, f.eks. forsikrede."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren har afgivet urigtige oplysninger ved, at hun ikke umiddelbart inden tegningen af den udvidede forsikring den 13/12 1992 oplyste om konsultationerne hos egen læge den 26/11 1992 og 2/12 1992 på grund af svimmelhed og stresslignende symptomer.

Da nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt de korrekte oplysninger var tilgået selskabet, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft som sket og i konsekvens heraf har afvist at yde forsikringsdækning.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen