881/11

Den 30. november 2011 blev i sag nr. 80.012:

xxxxx xxxxxx xxxxxxxxx
xxxxx xxxxxxxxx xxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Klageren har en obligatorisk pensionsordning i Lægernes Pensionskasse og ønsker at supplere denne med en frivillig gruppelivsforsikring med dækning for erhvervsudygtighed i AP Pension. Han klager over, at AP pension har afvist at antage erhvervsudygtighedsforsikringen på normale vilkår, men alene på skærpede vilkår i form af en forhøjet præmie.

Selskabet har afvist at antage forsikringen på normale vilkår med henvisning til de helbredsoplysninger, selskabet har modtaget om klageren.

Af selskabets brev af 24/4 2007 til klageren fremgår bl.a.:

> "Tak for tilsendte begæring og helbredsoplysninger.
>
> Efter at have vurderet oplysningerne må vi desværre meddele, at vi ikke kan tilbyde dig den ønskede erhvervsudygtighedsforsikring.
>
> Årsagen til afslaget er: uafklarede neurologiske symptomer.
>
> Du har mulighed for en ny vurdering i juni 2009. Hvis du er interesseret, beder vi dig til den tid henvende dig til Lægernes Pensionskasse."

Af klageskemaet, der er underskrevet af klageren den 15/2 2011, fremgår bl.a.:

> "**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …**
> Som medlem af Lægeforeningen har vi ret til som gruppe at tegne en erhvervsudygtighedsforsikring gennem vores pensionskasse. Selskabet som stå for det er AP Pension.
>
> I 2003 havde jeg nogle uspecifikke neurologiske symptomer som gik over af sig selv. Jeg har aldrig været langtidssygemeldt eller på anden måde uarbejdsdygtig. Jeg ejer i dag min egen

lægeklinik ... Jeg blev dengang meget grundigt undersøgt og man udelukkede neurologiske sygdom. Dette støttes fuldt ud af vedlagte speciallægeerklæring (jf. vedlagte i konklusionen)

På trods af det vurderede AP pension i 2007 at jeg ikke kunne tegne forsikringen, men anførte skriftligt (jf bilag) at jeg kunne søge igen i 2009. Da jeg genansøgte i 2010 fik jeg overraskende nok samme afslag uden yderligere begrundelse.

Jeg har klaget til dem og til Lægernes Pensionskasse over forløbet og de ændrede modvilligt til at jeg kunne tegne på skærpede vilkår.

Jeg klager over flg. to aspekter i sagen
1) at man ser bort fra speciallægeerklæringen fra den behandlende neurolog som er en af Danmarks mest respekterede neurologer, hvori der står at jeg 'rask og uden risiko for at udvikle neurologisk sygdom'. Det må være i strid med god forsikringsskik. Budskabet er nærmere uddybet i de vedlagte breve.
2) at man i 2007 (jf bilag) skriver at jeg kan søge igen i 2009 og således, mener jeg implicit accepterer at er der ikke yderligere progression accepterer man ansøgningen; man kan jo spørge hvorfor jeg ellers skulle kunne ansøge igen?

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
Påbud om at jeg skal kunne tegne den ansøgte erhvervsudygtighedsforsikring på almindelige betingelser."

Selskabet har i brev af 24/3 2011 til nævnet bl.a. anført:

"**Klagen …** klager over, at selskabet har antaget klagers frivillige erhvervsudygtighedsforsikring på skærpede vilkår.

Vi forstår også klagen således, at der klages over den rådgivning klager har fået, da selskabet i forbindelse med det oprindelige afslag på tegning opfordrede klager til at søge på et senere tidspunkt.

Selskabets holdning
…
For så vidt angår klagen finder selskabet, at selskabets tilbud om tegning af frivillig gruppeforsikring til forhøjet præmie på grund af forhøjet risiko er i overensstemmelse med selskabets forsikringsbetingelser, tegningsgrundlag, forretningsgange samt aftale med gruppepræsentant og genforsikringsselskab.

Det er selskabets opfattelse, at der på baggrund af de foreliggende oplysninger om fund af hvide læsioner i klagers hjerne, består en forhøjet risiko for, at forsikringen bliver aktuel, og at det ikke er urimeligt, at denne højere risiko deles mellem selskabet og klager i form af en forhøjet præmie.

Selskabet mener ikke, at selskabet har givet vildledende eller forkert rådgivning til klager, da selskabet i forbindelse med det oprindelige afslag i 2007 opfordrede klager til at søge senere, ligesom der ikke ligger noget tilsagn om tegning på normale vilkår heri.

Selskabet gør derfor gældende, at der ikke er forhold at bebrejde selskabet.

Begrundelse
Har klager krav på at tegne forsikringen på normale vilkår?

Klager, som er læge, har gennem sin pensionsordning i Lægernes Pensionskasse mulighed for frivilligt at supplere den obligatoriske dækning med en frivillig gruppeinvaliderente (erhvervsudygtighedsforsikring). Denne tegnes i AP Pension efter aftale med en frivillig gruppeinvaliderente (erhvervsudygtighedsforsikring). Denne tegnes i AP Pension efter aftale med Lægernes Pensionskasse. For forsikringen gælder vedlagte forsikringsbetingelser (Bilag ..).

Gruppeinvaliderente giver lægerne mulighed for at vælge udbetalinger på op til 722.000 kr. pr. år som supplement til deres obligatoriske invaliditetsdækning i Lægernes Pensionskasse. For at begrænse gruppens risiko på den enkelte forsikrede, er det aftalt med grupperepræsentanten, at gruppemedlemmer kun optages efter afgivelse af tilfredsstillende helbredsoplysninger. Dette forhold fremgår af betingelsernes § 1:

'Invalidepensionsforsikring på normale vilkår tegnes af fuldt førlige personer, der kan præstere tilfredsstillende helbredsoplysninger.

Forsikringen vil ofte kunne tegnes også for personer, der ikke opfylder nævnte krav, idet der, under hensyn til forholdene i det enkelte tilfælde, fastsættes højere præmie eller særlige betingelser.

AP Pension bedømmer forsikringsbegæringen, helbredsoplysninger mv. og afgør, om forsikringen kan antages.'

Klager søgte om første gang om, at blive omfattet af *den* frivillige gruppeinvaliderente ved begæring af 10. december 2006 (Bilag ..), hvor klager ønskede en dækning på 523.200 kr. pr. år. Sammen med begæringen modtog selskabet en helbredserklæring (Bilag ..) samt en række lægelige oplysninger.

I helbredserklæringen svarede klager bl.a. til spørgsmål 3: 'Har du indenfor de sidste 10 år været henvist til laboratorium, ambulatorium eller andet behandlingssted, herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik?', og uddybede dette ved at anføre, at han i maj 2002 havde været på neurologisk/reumatologisk ambulatorium på Rigshospitalet for isoleret monofasisk CNS-vasculitis, som var uden følger.

Som supplement til den personlige helbredserklæring modtog selskabet tillige Helbredsattest med udtalelse fra forsikringssøgende egen læge (Bilag ..), ligesom selskabet rutinemæssigt modtog HIV-attest, som var negativ.

På grund af størrelsen af den ønskede dækning, blev de helbredsmæssige oplysninger i henhold til sædvanlig forretningsgang forelagt selskabets reassuranceselskab, som afdækker en del af risikoen på gruppeinvaliderenten ved brev af 9. januar 2007 (Bilag ..). Reassurandøren, Swiss Re Copenhagen Reinsurance A/S ønskede yderligere oplysninger indhentet, hvilket blev fremsendt fra Rigshospitalet ved brev af 19. april 2007 (Bilag ..).

Det fremgår heraf, bl.a. af notat af 29. august 2003, at klager gennem 4 år havde lidt af paræstesifornemmelse (snurren) i venstre hånd og gennem 3 måneder havde lidt af synsforstyrrelser. MR-scanning havde vist *'en enkelt større og flere mindre hvid substansforandringer i højre hemisfære, mest udtalt bagtil og tæt på synsbarken'.* Samtidig konstateres cardiolipinantistoffer i blodet. Efter yderligere udredning vises normal PET-scanning men forhøjet spinalprotein og det konkluderes den 21. januar 2003, at *'Patientens cerebrale manifestationer kan fortsat ikke nærmere karakteriseres, muligheden er fortsat tromboemboliske fænomener eller DS.'*

Vurderingen af helbredsoplysninger sker i samarbejde med selskabets lægekonsulent og i overensstemmelse med retningslinjerne fra Helbred og Forsikring. I sager som denne, hvor der er tale om meget høj dækning, forelægges helbredsoplysningerne tillige for selskabets genforsikringsselskab til vurdering.

Oplysningerne blev derfor forelagt selskabets genforsikringsselskab, som meddelte afslag på tegning af invaliditetserstatning (Bilag ..). Det fremgik dog, at klager kunne få en ny vurdering i juni 2009.

Dette blev meddelt klager ved brev af 24. april 2007 (Bilag ..).

Klager ansøgte atter om dækning på 638.100 kr. om året ved begæring af 3. maj 2010 (Bilag ..) og tilhørende helbredserklæring, helbredsattest og HIV-attest (Bilag ..). Som bilag til ansøgningen vedlagde klager speciallægeerklæring af 24. juli 2007 fra overlæge, dr. med K. (Bilag ..), hvori det konkluderes, at de fundne forandringer i hjerne ikke kan forklares, og at klager må anses for rask og uden risiko for udvikling af yderligere neurologisk sygdom.

Oplysningerne blev forelagt selskabets genforsikringsselskab, Swiss Re Copenhagen Reinsurance A/S ved brev af 12. maj 2010. Ved brev af 17. maj 2010 (Bilag ..) afslog genforsikringsselskabet atter at tegne invaliditetserstatning til klager. Det anføres således, at:

'Årsagen til de fastsatte vilkår er, oplysningerne om uafklarede neurologiske symptomer. MR har vist forandringer i den hvide substans.

Selvom speciallægen udtaler, at udredning så vidt muligt har udelukket demyeliserende og vaskulit lidelse, er det desværre ikke nok i forsikringsmæssig forstand, da der for bl.a. disseminеret sklerose ikke findes en egentlig test der med sikkerhed kan be- eller afkræfte denne diagnose.'

På baggrund heraf blev klager meddelt afslag ved brev af 17. maj 2010 (Bilag ..). Klager indsendte skriftlig klage over afslaget den 21. september 2010 (Bilag ..). På baggrund af klagen genforsikringsselskabet ved brev af 12. oktober 2010 (Bilag ..) sin afgørelse med henvisning til, at der var tilbudt genoptagelse. I stedet for afslag tilbød Swiss Re, at påtage sig risikoen mod forhøjet præmie. Det fremgår bl.a. af brevet, at:

'de hvide læsioner der er fundet på MR-scanningen KAN være tegn på disseminеret sclerose... og eftersom det ikke med dagens teknologi er muligt 100 % at udelukke dette, at vi...som forsikringsselskab er nødt til at forholde os til, at der er en risiko for at der er en underliggende alvorligt neurologisk lidelse (DS). Visse former for DS har et meget langstrakt forløb, og der kan gå mange år mellem de enkelte 'attacks' (symptomer), så selv hos personer, der har været symptomfri i 7 år, er risikoen for DS altså ikke udelukket....'

Sagen blev herefter forelagt selskabets lægekonsulent, som udtaler, at DS (disseminеret sclerose) kan variere meget i forløb og selvom ansøgeren af neurolog i 2007 var erklæret for rask, er der ingen som sikkert kan skelne mellem DS 'whitematter leasions og 'uskyldige' ditto. Lægekonsulenten tilføjer, at det forhold at læsionerne er vaskulært betingede, skærper mistanken om DS, og konkluderer, at tilbud om tegning på skærpede vilkår må anses for meget favorabel for ansøgeren.

Desuagtet fremsender selskabet ved brev af 23. november 2010 (Bilag ..) tilbud til klager om tegning af den ønskede dækning på 9 moduler å 72.200 kr. og oplyser at

præmien vil være 19.838,76 kr. pr. år mod normalt 8.997,50 kr. Tilbuddet, som er begrundet, jf. ovenstående, var gældende til 7. december 2010.

Ved brev af 25. november klager ansøger over det nye tilbud (Bilag ..). Efter en ny henvendelse til genforsikringsselskabet fastholder selskabet tilbuddet ved brev af 22. december 2010 (Bilag ..), idet klager får ny frist til den 5. januar 2011 til at acceptere tilbuddet.

Selskabet har ikke modtaget klagers accept af tilbuddet, hvorfor tilbuddet er bortfaldet, og allerede derfor har klager ingen dækning.

Selskabet gør gældende, at det er selskabet, der beslutter hvilke risici, selskabet kan og vil påtage sig, når der ikke er tale om lovpligtige forsikringer. Forsikringssøgende har således ikke krav på at kunne tegne en forsikring på normale vilkår. Det afgørende er, at selskabet bedømmer de foreliggende risici i overensstemmelse med gruppeaftale og selskabets forretningsgange om accept og helbredsbedømmelse, som fastlægger at tegning sker i overensstemmelse med retningslinjer fra Videncenter for Helbred og Forsikring.

Til brug for sagens behandling ved Ankenævnet for Forsikring har oplysningerne været forelagt Videncenter for Helbred og Forsikring uden oplysning om, at der var tale om en klage. Videncenter for Helbred og Forsikring har i brev af 21. marts 2011 (Bilag ..) oplyst, *at 'der på baggrund af de foreliggende oplysninger ikke kan tilbydes forsikring ved invaliditet'. Videncenter for Helbred og Forsikring anfører, som begrundelse, at:*

'Baggrunden for vurderingen er oplysningen om, at [klageren] har haft uafklarede neurologiske symptomer, i form af ukarakteristiske synsforstyrrelse debuteret i 2002. [Klageren] er senest kontrolleret i juli 2007, hvor der fortsat ikke er fundet en ætiologisk forklaring på symptomerne...'

Har selskabet lovet klager at antage på normale vilkår i 2009?
Klager anfører endvidere, at han mener, at selskabet har anerkendt, at der ikke sker yderligere progression fra 2007, da selskabet opfordre klager til at søge igen i 2009.

For det første bestrider selskabet, at det har opfordret klager til at søge igen. I brev fra selskabet til klager af 24. april 2007, hvor selskabet giver afslag på tegning, anføres: 'Du har mulighed for en ny vurdering i juni 2009. Hvis du er interesseret, beder vi dig til den tid henvende dig til Lægernes Pensionskasse.'

Der er udtryk for en almindelig fremgangsmåde ved helbredsbedømmelse i sager, hvor ansøgers tilstand ikke er afklaret på ansøgningstidspunktet, således at ansøger får mulighed for en ny vurdering på et senere tidspunkt, når der foreligger nye oplysninger.

Der er derimod ikke udtryk for, at selskabet lover ansøgeren antagelse på normale vilkår, hvilket da heller ikke er udtrykt i brevet. Det eneste, selskabet lover ansøgeren er en ny vurdering.

Selskabet finder derfor ikke, at klager kan have haft en berettiget forventning om at blive antaget på normale vilkår ud fra brevet af 24. april 2007.

Sammenfatning
For det første gør selskabet gældende, at klager ikke rettidigt har accepteret det fremsatte tilbud om tegning af forsikring. Der består derfor ikke en forsikring, som klager er berettiget til at klage over, og dette beror udelukkende på klagers egne forhold.

For det andet gør selskabet gældende, at klager ikke har et retskrav på at tegne en forsikring, som den foreliggende i strid med selskabets almindelige tegningspolitik.

Den forsikring, som klager har ønsket at tegne, er en frivillig gruppeinvaliderente, som supplerer klagers obligatoriske pensionsordning i Lægernes Pensionskasse, og som tilbydes medlemmer af Lægernes Pensionskasse på baggrund af aftale mellem pensionskassen og AP Pension. Forsikrede vælger selv dækning op til p.t. 722.000 kr. pr. år.

Forsikring er populært sagt et væddemål mellem forsikrede og selskabet om at overtage en nærmere aftalt og uvis risiko. I dette tilfælde forsikres klagers erhvervsevne som læge. Til brug for vurdering af risikoen indhenter selskabet ved denne type forsikring udvidede helbredsoplysninger. Eventuelle oplysninger vurderes i henhold til gældende forretningsgange af selskabet i samråd med selskabets lægekonsulent og genforsikringsselskab, som bærer en del af risikoen.

Vurderingen sker af bedømmere, som er specialister i helbredsvurdering og under anvendelsen af de retningslinjer, der er fastsat af Videncenter for Helbred og Forsikring samt i samråd med læger, som har speciale indenfor det pågældende lægelige område. Der er ikke tale om en almindelig patientdiagnostik men om en særlig vurdering af, om de foreliggende oplysninger peger på en øget risiko, og i hvilket omfang selskabet kan og vil bære en eventuel øget risiko. Ved gruppeforsikringer som den foreliggende sker vurderingen også for at sikre, at de øvrige gruppemedlemmer ikke betaler for enkelte gruppemedlemmer højere risiko.

I den konkrete sag er det ubestridt, at der findes dokumentation for, at klager har indtil flere hvide læsioner i hjernen, og at han gennem en årrække har haft føleforstyrrelser og synsforstyrrelser svarende hertil, uden at årsagen hertil er afklaret.

I sagen har såvel selskabet sagsbehandler, som selskabets lægekonsulent, selskabets genforsikringsselskab samt Videncenter for Helbred og Forsikring vurderet, at risikoen er forhøjet med henvisning til, at det ikke kan udelukkes, at læsionerne skyldes en endnu ikke diagnosticeret lidelse, som fx dissemineret sclerose. På baggrund af aktuel teknologi og viden må vi konstatere, at sygdommen kan variere meget i forløb og til at risikoen anses for øget, fordi læsionerne er vaskulært betingede.

Ordlyden af selskabets brev til klager af 24. april 2007 kan ikke føre til et andet resultat, da klager ikke ud fra brevets ordlyd kan have haft en berettiget forventning om, at selskabet ville tilbyde en forsikring på normale vilkår i 2009.

På denne baggrund finder selskabet ikke, at der er anledning til at kritisere, at forsikringen er tilbudt til forhøjet præmie."

Hertil har klageren i brev af 4/4 2011 til nævnet bl.a. bemærket:

"Først og fremmest vil jeg gøre nævnet opmærksom på diskrepansen mellem konklusionen i speciallægeerklæringen fra ovl. K. og fra AP pensions lægelige konsulent

Det seks sider lange skrift bærer præg af at der er tale om et juridisk skrift snarere end stillingtagen til det lægefaglige.
Et centralt eksempel herpå som jeg erklærer mig uenig i findes på s. 6 afsnit 3, hvori det er anført: 'I den konkrete sag er det ubestridt, at der findes dokumentation for, at klager har indtil flere hvide læsioner i hjernen, og at han gennem en årrække har haft føleforstyrrelser og synsforstyrrelser svarende hertil, uden at årsagen er afklaret.'

I virkeligheden er det modsatte tilfældet, idet der ubestridt er bevis for at læsionerne i hjernens hvide substans INTET har med føle- og synsforstyrrelserne at gøre, fordi de er bilaterale (=begge sider) og derfor ikke kan stamme fra forandringerne som sidder i højre side af hjernen. Dette er specifikt anført i ovl. K.'s konklusion som udtrykkeligt angiver, at der ikke kan være årsagssammenhæng mellem læsionerne og de forbigående symptomer, hvorfor han naturligvis konkluderer, at læsionerne er tilfældige fund og formentlig altid har været der.

AP Pension hæfter sig meget ved om der kan være tale om Dissimineret Sclerose og at det ikke 100% kan udelukkes. Det er et absurd krav idet ingen sygdomme kan udelukkes 100%.
De afviser ovl. K.'s konklusion uden på nogen måde at komme med lægelig dokumentation for at han tager fejl.
I følgende publikation , Ugeskr Læger 2007;169(45):3853 'Diagnosticering af multipel sklerose: de reviderede McDonald-kriterier', er oplistet diagnosekravene for Dissimineret Sclerose. Jeg opfylder ingen af dem.
Ej heller opfylder jeg kriterierne for cerebral vasculitis (=årebetændelse i hjernen) hvilket også fremgår af speciallægekonklusionen.
Jeg vedlægger dokumentation for at 7,2% (jf. appendix A) af den normale baggrundsbefolkning har hvid substans læsioner som mine, der er tilfældige fund ved MR-scanninger.
Ligesom ovl. K. har gjort, vil jeg bede nævnet udfra almen sund fornuft vurdere hvad der er mest sandsynligt; nemlig at jeg på 9 år ikke har haft yderligere symptomer fra en teoretisk sygdom som ingen har kunnet påvise trods yderst omfattende udredning eller om jeg tilhører gruppen på 7,2% af befolkningen som har tilfældige MR forandringer i hjernen.
Igen støttes dette synspunkt i vedlagte speciallægererklæring fra ovl. K.

Vedr. brevet fra AP Pension af 24. april 2007 fastholder jeg opfattelsen af, at jeg ville blive godkendt i 2009 såfremt der ikke var yderligere progression.
Gennem et enkelt logisk ræsonnement udfra faktuelle kendsgerninger kan jeg bevise, at det ikke er mig der tager fejl, men derimod AP Pension som løber fra deres løfte.
Ved afslaget 24. april 2007 var AP Pension vidende om, at jeg var afsluttet og uden yderligere planlagte kontroller. AP Pension anfører i den nuværende skrivelse, at afslaget med den indbyggede revurdering efter 2 år gives til ansøgere, hvor der forventes en yderligere afklaring. I hvilken situation, når jeg er afsluttet fra al kontrol, forestiller AP Pension sig, at der skulle komme en yderligere afklaring? Det kan også undre mig, at man ikke i 2010 aflsaget igen beder om, at jeg kan ansøge i 2012 når jeg stadig, efter AP Pensions mening er uafklaret? Svaret er, at udtalelserne ikke giver mening. Det giver derimod mening at skrive sådan til mig som man gjorde i 2007, hvis man samtidig har et ønske om at godkende mig såfremt, der ikke er progression i sygdommen efter 2 år. I den forbindelse skal jeg anføre, hvilket ikke er nævnt tydeligt i AP Pensions skrivelse, at jeg første gang i 2010 ansøgningen fik blankt afslag og jeg først efter at have klaget modtog tilbuddet om tegning på skærpede vilkår. Det er således meget usædvanligt, hvilket jeg har fået bekræftet mundtligt fra AP Pension, at man overhovedet antager disse forsikringer på skærpede vilkår. Dette udsagn må kunne eftervises ved at spørge AP Pension hvor mange af disse forsikringer de har på skærpede vilkår; mit bud vil være meget få hvis ikke ingen!
Ergo fastholder jeg, at der implicit i brevet af 24. april 2007 ligger et løfte om tegning på almindelige vilkår efter 2009 såfremt der ikke er progression.

Konklusion:
Først og fremmest mener jeg, at det er i strid med god forsikringsskik, at se bort fra og selektere i en speciallægeerklæring fra en af de mest anerkendte neurologer i Danmark. Jeg mener ikke det er argument nok, at man ikke er enig og jeg udfordrer AP Pension til at præsentere en speciallægeerklæring som støtter deres holdning. Jeg stiller gerne den fulde journal og mig selv til rådighed, såfremt de ikke mener jeg er velundersøgt.

Det er min påstand, at forløbet med det implicitte løfte i afslaget fra 2007 er foregået på følgende måde:
2007 afviser de min ansøgning med mulighed for at tegne forsikringen på normale vilkår efter 2009. Da jeg søger i 2010 bliver den underkendt af deres genforsikringsselskab og da AP Pension ikke ønsker at tegne uden deres accept afviser de den.
Efter indsigelse fra mig direkte til AP Pension og pga. at jeg klager over fremgangsmåden til bestyrelsen i Lægernes Pensionskasse ved jeg definitivt, at AP Pension og Lægernes Pensionskasse har holdt et møde om AP Pensions generelle måde at håndtere helbredsoplysninger på. Hvad der er sket på det møde ved jeg ikke, men ikke desto mindre modtager jeg et brev fra pensionschefen i Lægernes Pensionskasse om at AP Pension vil komme med et nyt tilbud. AP pension sender mig herefter et tilbud på skærpede vilkår som jeg på ingen måde finder rimeligt.
Alt i alt er det min påstand, at 2007 afslaget indeholder et løfte om godkendelse på almindelige vilkår som AP Pension nu ikke ønsker at stå ved pga. at de ikke kan blive genforsikret. Dette er mig helt uvedkommende og AP Pension må efter min mening, gennem en afgørelse fra dette nævn, tvinges til at stå ved deres løfte fra 2007."

Herefter har selskabet i brev af 12/4 2011 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabets **holdning**
Selskabet henviser i det hele til vores svarskrift af 24. marts 2011, idet klagers nye henvendelse giver anledning til at fremhæve følgende:

Klager anfører, at vores brev af 24. marts 2011 bærer præg af at være et juridisk skrift. Dette er helt korrekt og skyldes, at det fremgår af vedtægterne for Ankenævnet for Forsikring § 12, stk. 4, at *'Afgørelse træffes efter en juridisk bedømmelse af sagens omstændigheder.'*

Selskabet bestrider, at Ankenævnet for Forsikring kan behandle spørgsmålet om hvilken præmie, en forsikring skal tilbydes til. Klager har i overensstemmelse med den indgåede gruppeaftale og selskabets almindelige tegningsregler tilbudt klager en forsikring, som han ikke har accepteret.

Klager er tilbudt tegning på selskabets almindelige tegningsvilkår, som fastsættes i overensstemmelse med regler fastsat af Videncenter for Helbred og Forsikring, hvilket er dokumenteret ved Videncenterets brev af 21. marts 2011, som tidligere er vedlagt. Sagen har desuden været forelagt selskabets genforsikringsselskab, som også besidder relevant forsikringsmæssig lægelig viden.

Det er således klagers eget valg, at der i dag ikke består forsikring i selskabet. Der består således ingen tvist om, hvorvidt en aftale er indgået, men derimod om at klager ønsker et andet tilbud, end det fremsatte. Dette forhold mener selskabet ikke kan rummes i Ankenævnets kompetence, jf. hertil § 2 i vedtægterne for Ankenævnet for Forsikring.

For så vidt angår klagers påstand om, at brevet fra 24. april 2007, var et løfte om senere tegning på normale vilkår, må selskabet afvise at brevets ordlyd kan give nogen forventning herom. Hertil kommer, at genoptagelsen i praksis førte til et tilbud på tegning til forhøjet præmie, hvor klager tidligere havde fået afslag.

I det omfang Ankenævnet for Forsikring kan tilslutte sig klagers holdning om, at sagen må afgøres ud fra en ren medicinsk vurdering, henstilles Ankenævnet for Forsikring til at afvise sagen med henvisning til vedtægternes § 4, stk. 1."

I neurologisk speciallægeerklæring af 24/7 2007 hedder det bl.a.:

"**Konklusion**
Det har trods ekstensiv udredning ikke været muligt at finde en ætiologisk forklaring på patientens i maj 2002 opståede diskrete og ukarakteristiske binokulære synsforstyrrelser.
De abnorme og i øvrigt helt stationære MR-fund kan ikke forklare patientens oprindelige symptomer, som førte til lægeundersøgelse og til den første MR. MR-forandringerne forbliver uforklarede, er formentligt et tilfældigt fund og har muligvis altid været tilstede. De har ikke kunnet tillægges nogen klinisk betydning.
Ekstensiv udredning har så vidt muligt udelukket cerebrovaskulære/demyeliniserende og vaskulit sygdom.
Nu 5 år efter debut må patienten anses for rask og uden risici for udvikling af yderligere neurologisk sygdom."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**1. Hvornår dækker forsikringen?**
Invalidepensionsforsikring på normale vilkår tegnes af fuldt førlige personer, der kan præstere tilfredsstillende helbredsoplysninger.

Forsikringen vil ofte kunne tegnes også for personer, der ikke opfylder nævnte krav, idet der, under hensyn til forholdene i det enkelte tilfælde, fastsættes højere præmie eller særlige betingelser.

AP Pension bedømmer forsikringsbegæringen, helbredsoplysninger mv. og afgør, om forsikringen kan antages."

Nævnet udtaler:

Et gruppelivsforsikringsselskab har ikke pligt til at tegne en forsikring, hvis det ikke finder risikooplysningerne tilfredsstillende. Hverken nævnet eller domstolene kan således pålægge et selskab at antage en forsikring, som selskabet ikke ønsker at tegne.

Herefter, og idet nævnet finder, at formuleringen i selskabets brev af 27/4 2007 ikke kan anses som et løfte om, at klageren i 2009 ville blive optaget i ordningen på normale vilkår, såfremt der ikke var yderligere progression af klagerens symptomer,

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand

udskriften bekræftes

Henning Jønsson