888/12

Den 2. april 2012 blev i sag nr. 80.716:

xxxxxxxx xxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxx xxx
xxxxxxxx
xxxx xxxxxx

mod

Nykredit Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har en individuel pensionsordning i Nykredit Livsforsikring A/S med dækning ved tab af erhvervsevne. Hun klager over, at selskabet har standset invalideudbetalingerne og præmiefritagelsen og slettet hendes forsikring for tab af erhvervsevne.

Selskabet har bevilget præmiefritagelse og invalideydelser fra 1/12 2006 til 1/1 2011. Under klagerens revalidering i perioden 1/2 2007 til 1/9 2007 har selskabet ydet præmiefritagelse og udbetalt nedsatte invalideydelser. Herefter har selskabet genoptaget fulde udbetalinger og præmiefritagelse i perioden 1/6 2010 til 1/1 2011.Ved brev af 3/12 2010 til klageren har selskabet meddelt, at selskabets lægekonsulent ønsker yderligere oplysninger fra klagers egen læge. I brev af 29/4 2011 til klageren har selskabet meddelt, at erhvervsudygtighedsrenten og retten til præmiefritagelse bortfalder grundet urigtige oplysninger i helbredserklæringen pr. 19/2 2005.

Klageren, der er født i 1983, er uddannet butiksslagter i februar 2005. Under uddannelsen begyndte hun at få tiltagende gener fra højre hånd og skulder (epicondylitis medialis et lateraris), og der blev første gang ydet lægehjælp den 7/8 2006. Efterfølgende blev hun i kommunalt regi revalideret til procesteknolog. Det viste sig imidlertid, at hun heller

ikke grundet generne magtede arbejdet inden for dette område, og der tilstødte stress-reaktion/krise i forbindelse med det langvarige sygdomsforløb.

Det fremgår af sagen, at dækningen på forsikringen trådte i kraft fra den 1/1 2005.

I helbredserklæring - underskrevet af klageren den 9/12 2004 fremgår bl.a.:

"1) Har du inden for de sidste 5 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler eller fået foretaget laboratorieundersøgelser? Nej ☐ Ja ☒
Hvis ja: Hvor, for hvad, hvornår, hvor længe?
Fysioterapeut i …
fået ca. 10 behandlinger - 2002 med ryggen.

Hvilke følger: *ingen*"

På baggrund af helbredserklæringen blev klageren anmodet om at udfylde spørgeskema vedrørende nakke- og ryglidelser. Det fremgår bl.a. heraf:

"

5 Har du eller har du haft ondt i **ryggen** eller haft gener fra ryggen i fx balde, hofte eller ben? *Hvis du svarer NEJ, gå videre til spørgsmål 9.* *Jeg fik første behandling februar 2001 og sidste behandling d. 9. maj 2001 (12 behandlinger over 4 måneder)*	**NEJ JA** ☐ ☒ ← – – –	Hvis JA, hvilke ryggener? ☐ Muskelspændinger/træthed i ryggen, over taljen ☐ Muskelspændinger/træthed i ryggen, under taljen ☐ Smerter med udstråling til ben (iskias) ☐ Hold i ryggen (lumbago) ☐ Diskusprolaps ☒ Andet *Hold i ryggen mellem skulderbalde* Hvornår var første periode? *Februar 2001* Hvornår var sidste periode? *Februar 2001*
6 Har du haft **ryggener:** For mere end 7 år siden? Fra 4 til og med 7 år siden? Fra 1 til og med 3 år siden? Indenfor det sidste år? *NB! Alle spørgsmål skal besvares med NEJ/JA*	**NEJ JA** ☒ ☐ ☐ ☒ ☒ ☐ ☒ ☐	Hvis JA, udfyldes her Hvor mange perioder i alt? Hvor mange perioder i alt? *1 periode* Hvor mange periode i alt? Hvor mange perioder i alt?
7 Har du været uarbejdsdygtig på grund af **ryggener?**	**NEJ JA** ☒ ☐	Hvis JA, udfyldes her: …
8 a. Er du påvirket af ryggener i det daglige arbejde?	**NEJ JA** ☒ ☐	Hvis JA, hvor ofte? …

b. Har du i forbindelse med ryggener haft brug for smertestillende medicin? c. Har du stadig gener fra ryggen	☒ ☐ ☒ ☐	

1 Periode = 4 måneder Februar til Maj

9 a. Er du blevet behandlet/undersøgt for **nakke-** eller **ryggener** hos egen læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler? *NB: Sæt streg under de benyttede behandlere* …	**NEJ JA** ☐ ☒ …	Hvis JA, udfyldes her Hos hvem? *Fysioterapien …* *…*
…		…
11 Vælg den af beskrivelserne, der passer **bedst** til dit **arbejdsforhold**, også selv om beskrivelsen ikke præcist svarer til din situation: …	… ☒	… Jeg har gående eller stående arbejde med en del tunge løft, bøjede og/eller forvredne arbejdsstillinger svarende til rengøring, malerarbejde, automekaniker, postombæring.
…	…	…

Evt. uddybning af svar:
Hvis I har spørgsmål til mine svar, vil I ikke være søde at ringe på tlf. …"

Selskabet antog herefter forsikringen på normale vilkår pr. 1/1 2005.

Efter at have bevilget ydelser og præmiefritagelse i perioden fra 1/12 2006 og indtil 1/1 2011, bliver selskabet bekendt med klagerens egen læges journal.

Det fremgår bl.a. heraf:

"**30/11/00 …**
(Import fra …)
Thoracalt facetsyndrom.
FORMULAR→Henvisning til fysioterapi (A4 bred)

24/06/02 …
Thoracalt facetsyndrom, manipuleres med tydelig effekt.

16/07/03 …
Igen med ryggen. Manipulrer og får en god snak om rygtræning og fremtidigt arb. etc."

På baggrund heraf har selskabet i brev af 4/4 2011 til klageren oplyst om, at oplysningerne fra lægejournalen vil blive forelagt Videncenter for Helbred og Forsikring, og at denne forelæggelse vil kunne resultere i, at invaliderenten vil bortfalde grundet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning.

Af erklæring fra Videncenter for Helbred og Forsikring af 13/4 2011 fremgår bl.a.:

> "De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komité i Videncenter for Helbred og Forsikring. Havde oplysningerne foreligger på tegningstidspunktet, ville vi have vurderet forsikringsrisikoen pr. 19-02-2005 til:
> … Invaliditet: Afslag
> ...
> **Begrundelse for vurderingen**
> Vurderingen er baseret på oplysningen om tre episoder med ryggener, senest i juli 2003. Det i kombination med et rygbelastende erhverv.
>
> Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læge og psykolog. Heraf fremgår det, at forsikrede har konsulteret lægen pga. episoder med henholdsvis facetsyndrom i brystrygsøjlen og senest ryggener i juli 2003. Det er sammenholdt med at forsikrede har et rygbelastende erhverv."

Selskabet meddelte i brev af 29/4 2011 klageren, at dækningen for erhvervsudygtighed og præmiefritagelse bortfaldt, da hun i erklæringen ved tegningen ikke havde oplyst om lægekonsultationen i 2003 sammenholdt med rygbelastende erhverv. Dækningen ophørte i konsekvens heraf pr. 1/1 2011.

Klageren har som reaktion herpå i brev af 8/5 2011 til selskabet bl.a. anført:

> "Jeg spurgte også til, om min arbejdsskade i min højre arm er blandet ind i denne nye sag omkring ryggene fra 2003. Der blev der sagt fra …, at det var den ikke, og at det gjorde man ikke. Jeg spørger derfor så: 'Hvorfor går forsikringen så tilbage til oplysninger omkring ryggen, som jeg i øvrig ingen problemer har med, og i øvrigt ikke har henvendt mig omkring dette i min Tab af erhvervsevne forsikring, men derimod har søgt om hjælp og udbetaling af forsikring pga. en arbejdsskade i min højre arm?' Dette er ikke det samme, og hænger slet ikke sammen, at der så siges, at man ikke blander de to ting sammen. Det er jo lige netop det der bliver gjort!, og der bliver hentet oplysninger omkring andre ting som ikke har noget med den oprigtige sag at gøre, altså min arm.
> Jeg har oplyst at jeg har været til lægen med min ryg to gange samt fysioterapeut. (disse papir er I i besiddelse af). Men at jeg så åbenbart ikke har oplyst et enkeltstående tilfælde i 2003 hos lægen med ryggen gør at forsikringen frafalder? Er det så bedre at være bevidst uærlig og skrive ingenting end at skrive at jeg trods alt har været af sted to gange? Er det sådan det hænger sammen?. Jeg har ikke været uærlig omkring mine oplysninger. Jeg har ikke spekuleret på at jeg har været af sted i 2003 fordi det ikke var et problem i 2005, da jeg tegnede forsikringen på dette tidspunkt og for den sags skyld heller ikke i dag.....
> …

> Det er da tegn på at forsikringen ikke har hentet de oplysninger eller gjort sit arbejde godt nok som de skulle i sin tid. Det er da forsikringens opgave/ pligt at indhente de oplysninger som jeg har opgivet i sin tid, og følge op på disse oplysninger når de har spurgt om ekstra. Hvad får forsikringens personale ellers deres penge for, hvis de ikke skal lave dette stykke arbejde også?! Jeg har også givet mit samtykke til at forsikringen må indhente alle relevante oplysninger omkring mine svar, samt at jeg på bagerste blanket højt og tydeligt har skrevet: 'Hvis I har spørgsmål til mine svar, vil I så ikke være søde at ring på tlf. … Det er også et tegn på at forsikringen ikke har gennemgået oplysningerne ordentlig!' i år 2005, når jeg har nævnt at jeg har været af sted. Jeg blev under telefonsamtalen med … gjort opmærksom på at forsikringsselskabet ikke har tid til at undersøge/hente oplysninger fra forsikringstagerens journaler. (dette er et direkte citat)
>
> Det forventer jeg da at forsikringsselskabet gør på sådan et grundlag, når de har bedt om mere dybdegående oplysninger og spørgsmål. Samtidig forventer jeg da også en tilbagemelding fra forsikringsselskabet, hvis der er manglende information fra min side. Det har jeg i øvrigt også bedt om på min sidste side af svarene! Dette burde have været foretaget da forsikringen skulle tegnes i 2005 og ikke i år 2011!"

Selskabet har fastholdt sin afgørelse ved brev af 24/5 2011 til klageren, idet selskabet har henvist til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Over for nævnet har klageren indsendt klageskema underskrevet den 9/6 2011 med krav om, at de fremadrettet vil udbetale ydelser og yde præmiefritagelse, og at selskabet ikke kræver tilbagebetaling vedrørende arbejdsskaden i hendes højre arm. Til støtte herfor har hun bl.a. anført:

> "Jeg erkender at jeg har glemt og oplyse det enkeltstående lægebesøg angående ryggen i 2003. Det er ikke gjort bevidst og ikke i ond mening.
> Jeg mener ikke at der er sammenhæng mellem ryggenen fra 2003 og min nuværende arbejdsskade i min højre arm.
> Jeg har ikke på noget tidspunkt anmodet eller ansøgt forsikringsselskabet om hjælp til udbetaling af Tab af Erhvervsevne forsikring omkring eller i forbindelse med ryggener, men tværtimod omkring min arbejdsskade i min højre arm.
>
> … jeg er i tvivl om de supplerende oplysninger drejer sig om min arbejdsskade i min højre arm, når jeg så senere modtager et brev om ryggener. d. 4.4.2011.
> Forsikringsselskabet har yderligere udbetalt og godkendt Tab af erhvervsevneforsikring i min højre arm to gange. Første gang i 2006 og igen i 2010.
> Yderligere har Videncenter for Helbred og Forsikring vurderet afslaget ud fra læge- og psykolog oplysninger. Der er ikke overensstemmelse mellem de oplysninger Videncenter for Helbred og Forsikring anvender og dem Nykredit Forsikring bruger."

Selskabet har over for nævnet i brev af 12/7 2011 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

"Som følge af sygemelding og [klagers] helbredsforhold bevilgede Nykredit Forsikring A/S fra den 1. juni 2010 til og med den 31. december 2010 udbetaling fra Tab af erhvervsevnedækningen og præmiefritagelse.

I forbindelse med anmeldelsen indhentede Nykredit Livsforsikring journaloplysninger fra [klagers] egen læge, Lægeklinikken … (bilag …), samt fra … Kommune (bilag …). I journaloplysningerne fra forsikredes egen læge er der anført 3 lægebesøg vedr. ryggener, som forsikrede hverken har oplyst om i begæringen/helbredserklæringen (bilag …) eller i spørgeskema om nakke og ryglidelser (bilag …). Af journaloplysningerne fra … Kommune fremgår det, at [klager] i en samtale den 27. september 2006 har oplyst, at hun under uddannelsen som butiksslagter 'døjede noget med sin ryg'.

Da [klager] efter Nykredit Livsforsikring A/S opfattelse havde afgivet urigtige oplysninger på tegningstidspunktet, blev hendes helbredsoplysninger sendt til vurdering hos Videncenter for Helbred & Forsikring med henblik på fastsættelse af antagelsesvilkårene for forsikringen og dermed om Nykredit Livsforsikring A/S ville have tegnet forsikringen, såfremt der havde foreligget korrekte oplysninger på tegningstidspunktet.
…
Vurderingen fra Helbred & Forsikring betød, at Nykredit Livsforsikring ikke ville have antaget forsikringen, hvis de korrekte oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, da forsikringen ikke kan tegnes med klausul. Som en konsekvens heraf blev forsikringen slettet og udbetalingerne og præmiefritagelsen blev standset med virkning fra den 1. januar 2011.

For god ordens skyld skal det bemærkes, at Nykredit Livsforsikring har valgt alene at slette forsikringen med virkning fra den 1. januar 2011 og dermed ikke med virkning helt tilbage fra ikrafttrædelsestidspunktet. Dermed har Nykredit Livsforsikring heller ikke gjort et krav gældende på tilbagebetaling af dels de udbetalte forsikringsydelser dels præmiefritagelsen, som forsikrede har fået udbetalt i perioden fra den 1. juli 2010 og frem til den 31. december 2010.

I forbindelse med at forsikringen er slettet, har Nykredit Livsforsikring returneret den præmie, der er indbetalt efter ophøret af præmiefritagelsen - dvs. siden 1. januar 2011.
…
[Klager] anfører, at der ikke er årsagssammenhæng mellem ryggenerne og den arbejdsskade i højre arm og skulder, som hun mener, der berettiger hende til udbetaling fra forsikringen og præmiefritagelse. Forsikringen kunne imidlertid ikke være tegnet med klausul for forudbestående lidelse, jf. ovenfor. På den baggrund er det uden betydning, om der ikke er årsagssammenhæng mellem ryggenerne og arbejdsskaden, da forsikringen slet ikke ville have været tegnet, såfremt [klager] havde afgivet fyldestgørende helbredsoplysninger.

Der er således ikke tale om, at Nykredit Livsforsikring kunne have tegnet forsikringen på andre (skærpede) vilkår. Nykredit Livsforsikring kan derfor heller ikke bringes til at hæfte i det omfang, i hvilket Nykredit mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2.

Da begæringen/helbredserklæringen er udfyldt og underskrevet kun henholdsvis 2-5 år efter lægebesøgene, er det Nykredit Livsforsikrings opfattelse, at [klager] ikke kan have været i god tro ved udfyldelsen af denne.

Som følge af ovenstående finder Nykredit Livsforsikring ikke, at forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, vil kunne føre til, at Nykredit Livsforsikring bør hæfte hverken helt eller delvist for den indtrufne skade."

Der har efterfølgende været ført nogen korrespondance mellem parterne, men der er ikke herunder fremlagt afgørende nyt.

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 de konsekvenser, som følger 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 er 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.

Stk. 2. Er fortielsen eller den urigtige oplysning givet af forsikringstageren, forsikredes arbejdsgiver, en læge eller anden sagkyndig, har det samme virkning, som hvis oplysningen var givet af forsikrede."

Nævnet udtaler:

Nævnet har gennemgået sagen og finder, at det foreliggende tilfælde kan henføres til § 6, stk. 3, i forsikringsaftaleloven.

Bestemmelsen fordrer, at der skal være tale om særlige omstændigheder for, at selskabet skal dække helt eller delvis. Ved bedømmelsen heraf skal der navnlig lægges vægt på, om det forhold, hvorom der er givet urigtig oplysning, må antages at have haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden eller skadens størrelse, på forsikringstagerens udviste uagtsomhed og på den tid, der er forløbet fra afgivelsen af urigtig oplysning til forsikringsbegivenhedens indtræden.

Med hensyn til klagerens manglende oplysning om konsultationen hos lægen i 2003 vedrørende ryggen finder nævnet at kunne lægge til grund, at dette ingen indflydelse overhovedet har på forsikringsbegivenheden, som er arbejdsskaden i form af epicondy-

litter. For så vidt angår spørgsmålet om uagtsomhed finder nævnet, at henset til, at klageren som 22-årig ved forsikringsbegæringen har oplyst om, at hun over en periode på 4 måneder har fået fysioterapeutisk behandling, og at hun derudover i spørgeskemaet har oplyst om, at hun har gående og stående arbejde med en del tunge løft, bøjede og/eller forvredne arbejdsstillinger m.v., og at hun ikke har anset sig for at have haft problemer med ryggen ved tegningen eller senere, og i øvrigt har anmodet selskabet om at henvende sig, såfremt oplysningerne ikke var tilstrækkelige, at hun alene kan anses at have udvist en uagtsomhed, som må betegnes som beskeden.

Nævnet lægger endvidere vægt på, at der gik 2 år fra klagerens afgivelse af den urigtige oplysning til forsikringsbegivenhedens indtræden, og at selskabet bevilgede ydelsen i 4 år, før selskabet indhentede yderligere lægelige oplysninger.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Nykredit Livsforsikring A/S, skal genoptage sagsbehandlingen af klagerens anmeldelse af erhvervsevnetab i henhold til den tegnede forsikring.

Marianne Højgaard Pedersen
formand