Ankenævnet for Forsikring

894/12

Den 11. juni 2012 blev i sag nr. 81.332:

xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxx

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren er omfattet af en gruppeforsikringsordning med dækning for visse kritiske sygdomme i AP Pension. Hun klager over, at selskabet har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet og som konsekvens heraf har afvist at udbetale forsikringssummen for en anmeldt kritisk sygdom(brystkræft).

Selskabet har ophævet forsikringen med henvisning til, at klageren afgav urigtige helbredsoplysninger i forbindelse med forsikringens tegning, og at selskabet ville have afslået at etablere forsikringen, såfremt det havde modtaget korrekte oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Klageren udfyldte og underskrev den 14/2 2007 en helbredserklæring i forbindelse med optagelsen i gruppeforsikringsordningen. Af helbredserklæringen fremgår bl.a. at klageren svarede nej til følgende spørgsmål:

> "2. Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelser eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende?"

Af helbredserklæringen fremgår endvidere bl.a.:

> "Jeg erklærer, at mine oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at fortielser eller urigtige oplysninger kan medføre, at forsikringen nedsættes eller ophæves. Jeg giver mit samtykke til, at AP kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold."

Ved brev af 21/5 2011 ansøgte klageren om udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom. Til brug for sagens behandling indhentede selskabet en række af klagerens lægelige oplysninger. Af journalmaterialet fra klagerens egen læge fremgår, at klageren siden 1/3 2004 havde haft en lang række af konsultationer bl.a. vedrørende overvægt. Endvidere fremgår det af oplysningerne, at klageren havde konsulteret en psykoterapeut, en vægtkonsulent og en hypnotisør. Den 22/1 2007 blev klageren henvist til endokrinologisk afdeling(afdeling for behandling af bl.a. svær overvægt) på et regionshospital af sin egen læge. Ved brev af 31/1 2007 meddelte endokrinologisk afdeling, at klageren måtte påregne en ventetid på 3½ - 4 år for at komme i behandling.

Den 31/3 2007 var klageren til forundersøgelse på et privathospital, og den 6/6 2007 fik hun foretaget en laparoskopisk gastrisk bypass (fedmeoperation).

Ved udateret brev til klageren afviste selskabet at yde forsikringsdækning. Dertil har klageren i brev af 8/9 2011 til selskabet bl.a. oplyst:

> "Jeg står uforstående over for af I giver mig afslag derpå, da jeg på intet tidspunkt har forsøgt at give **urigtige oplysninger,** på min helbredserklæring af 14/2-2007, har jeg derimod givet jer mulighed for iht. FP601 - Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger.
>
> På jeres blanket vedr. Helbredserklæring læser jeg punkt 2, som **ene undersøgelser/ behandlinger** hos speciallæger, I burde lave en rubrik, hvor der står om man indenfor de sidste 3 år, har været hos sin **egen** praktiserende læge.
>
> Hvis det er jer muligt, vil jeg / min bank / sygehuset, meget gerne have tilbagemelding på, hvad at være for overvægtig/operation, har med kritisk sygdom at gøre, for ifølge jeres skema må man gerne veje 200 kg. Med risiko for både at kunne få en blodprop i hjertet, sukkersyge med risiko for blindhed, bare man ikke har været ved læge indenfor 3 år, det står jeg simpelthen uforstående overfor.
>
> I jeres brev henviser I til at jeg, har haft en henvisning til psykolog på grund af angst, jeg har ikke hørt fra psykologen endnu d.d. men har dog selv kunne finde en løsning derpå.
> Jeg vil ligeledes oplyse jer om, at jeg ikke længere får lykkepiller.
>
> På jeres kundevejlednings blanket skriver I nok så flot citat.
> Til gengæld får det ingen følger for erstatning, hvis de urigtige svar ikke betyder noget for de vilkår, forsikringen blev oprette på, og det kan jeg stadig ikke fatte at det har sammenhæng med hinanden.
>
> Men hvis I kan bevise at sådan en operation kan give kræft, tror jeg der er mange der vil anlægge sag mod sygehuset."

3. 81.332

Ved brev af 14/9 2011 til klageren fastholdt selskabet sin afgørelse.

I klageskema af 28/9 2011 har klageren krævet, at selskabet skal udbetale forsikringssummen. Til støtte herfor har hun i brev af 28/9 2011 til nævnet bl.a. anført:

> "Jeg står uforstående overfor, at jeg ikke er omfattet af udbetalingen af kritisksygdom da jeg udfylder helbredserklæringen den 14/2-2007 har jeg så godt som fået afslag fra Endokrinologisk Ambulatorium, da der er op til 3½ - 4 års ventetid.
>
> Senere ringer jeg ud til … sygehus og taler med en lægesekretær, efterlyser om der er mulighed for at komme til et andet sted, med mindre ventetid end 3- 4 år, jeg får en tilbage melding den 20/2-2007 fra Privathospital … , men dog kun til forundersøgelse, om jeg er egnet til en operation (se vedlagt kopi fra …)
>
> Samt at jeg giver AP Pension lov til at indhente personlige oplysninger.
>
> Jeg fastholder stadig vedr. Helbredserklæringen under punkt 2, at jeg forbinder det med speciallæger, jeg har **aldrig** troet at min egen praktiserende læge kom ind under dette punkt. Og hvem har ikke været hos sin læge inden for 3 år, når man er kvinde, eks. Underlivs undersøgelse, fornyelse af recept vedr. p-piller m.m.
>
> Jeg formoder også at AP Pension nu giver mig ret i ovenstående vedr. punkt 2, om at lave en rubrik helt for sig selv, om man har været ved egen praktiserende læge inden for de sidste 3 år, da de i deres brev af 14. september 2011 giver udtryk for at jeg nu heller ikke, har svaret korrekt under punkt 1. Vedr. alvorlige sygdom, jeg tolker ikke at være for tyk, eller have angst for at køre med bus, som en alvorlig sygdom, da jeg aldrig ikke har haft en sygedag/dage på nogle af disse to ting.
>
> Ønsket om at komme til psykolog, grundet jeg var angst for at køre med bus, var fordi det ikke skulle brede sig til andre ting, men fandt selv en løsning derpå."

Dertil har selskabet i brev af 17/10 2011 til nævnet bl.a. bemærket:

> "Det fremgår af klagers lægejournal **(bilag …),** at klager i den 3-årige periode op til tegning af forsikringen, dvs. fra den 14. februar 2004 til 14. februar 2007, var i seroxat- og paroxetinbehanding for angst og ønskede henvisning til psykolog. Klager var efterfølgende hos en psykoterapeut én gang.
>
> Det fremgår samtidig af de lægelige akter **(bilag …),** at klagers vægt siden 2004 og frem til tegning har varieret fra ca. 98 til 111,8 kg. Med en højde på 153 centimeter, har klager således løbende været voldsomt overvægtig med en BMI på over 30, hvilket ifølge Kræftens Bekæmpelse øger risikoen for udvikling af en række følgesygdomme, eksempelvis forskellige cancerformer, herunder brystkræft, som er den kræftform, som klager blev diagnosticeret med i 2011 **(bilag …).** Lægejournalen viser yderligere, at klager i perioden 21. april 2004 til 17. januar 2007 gik til konsultation hos egen læge 14 gange pga. den voldsomme overvægt, og i oktober 2006 kom i pillebehandling herfor, samt blev henvist til gastric banding operation i januar 2007. I forhold til udfyldelse af helbredserklæringen, har det i den forbindelse ikke betydning, hvor lang ventetid der er til en specifik behandling. Klager blev henvist til en operation en måned før tegning, og burde have informeret selskabet herom ved udfyldelse af erklæ-

ringen den 14. februar 2007. Selskabet gør for god ordens skyld opmærksom på, at klager i juni 2007 fik foretaget gastric banding operationen.

AP Pension skal gøre opmærksom på, at det ikke er afgørende, om der er årsagssammenhæng mellem den lidelse, som forsikrede har fortiet og den lidelse, som forsikrede søger udbetaling på grundlag af. Der skal i den forbindelse bl.a. henvises til Ankenævnet for Forsikrings afgørelser 75.582, 74.706 og 63.732. Herudover fremgår det klart af forarbejderne til FAL, at man fra lovgivers side har fravalgt et krav om årsagssammenhæng i fortielsessager. Det er således uden betydning, om der er årsagssammenhæng mellem klagers overvægt og den brystkræftdiagnose, som ligger til grund for klagers ansøgning om udbetaling ved kritisk sygdom.

AP Pension gør derfor gældende, at klager har afgivet urigtige oplysninger over for selskabet ved tegningen, da hun har svaret benægtende på, inden for de sidste 3 år (perioden 14. februar 2004 til 14. februar 2007) at have været undersøgt eller behandlet i lægeligt regi, herunder hos egen praktiserende læge. Det fremgår af lægejournalen, at klager igennem flere år forud for tegningen har lidt af voldsom overvægt som hun løbende gik til konsultation og konservativ behandling for hos egen læge, at hun inden for 4 måneder inden tegningen modtog medicinsk behandling for sin fedme, samt blev henvist til gastric banding operation. Hertil kommer behandling hos egen læge med seroxat og paroxetin mod angst, som klager tilsvarende har fortiet ved tegning.

AP Pension ville ikke have tegnet forsikringen, såfremt klager havde afgivet korrekte og fyldestgørende helbredsoplysninger ved tegning, hvorfor selskabet fastholder, at det er berettiget til at annullere forsikringen og afvise udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme.

AP Pension finder ikke, at der er forhold under FAL § 6, stk. 3, der kan begrunde, at selskabet, uanset at forsikringen er annulleret i overensstemmelse med FAL § 6, stk. 1, skulle dække helt eller delvist i klagers tilfælde, da der er tale om forhold, som ligger tæt på tegningstidspunktet, og som det derfor ikke er undskyldeligt at have fortiet overfor selskabet.

Yderligere bemærkninger

…

Det er almindelig procedure, at kunder i forbindelse med tegning af en kundeforholdsforsikring, for udleveret en samlet informations 'pakke' af sparekassen, hvori de kan orientere sig om væsentlige forhold vedrørende forsikringen. I forbindelse med tegningen får klager således udleveret en samlet informations 'pakke' hos sparekassen, indeholdende begæring, helbredsskema, forsikringsbetingelser samt kundevejledning. Det fremgår af kundevejledning **(bilag …),** hvad klager skal være opmærksom på ved afgivelse af helbredsoplysninger:

'[…]

Når du udfylder helbredserklæringen og evt. andre spørgeskemaer, er det meget vigtigt, at du

- *besvarer alle spørgsmål*
- *giver oplysninger om nuværende sygdomme*
- *giver oplysninger om tidligere sygdomme*
- *giver oplysninger om varigt eller midlertidigt forbrug af medicin*
- *giver oplysninger om alle undersøgelser og behandlinger hos læger, kiropraktorer, fysioterapeuter med flere.*

[...]

Hvis du er i tvivl, om du har det hele med, kan du bede din læge om at få supplerende oplysninger i din journal [...] Men vær opmærksom på, at det er dig og dig alene, der har ansvaret

for, at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende. Kommer du senere i tanke om noget, du har glemt at oplyse, skal du straks meddele det til AP Pension.
[…]
Erstatning
Gav du korrekte svar, da du oprettede forsikringen udbetaler vi erstatning, når sagsbehandlingen er afsluttet. Var oplysningerne derimod forkerte, kan din erstatning blive sat ned eller i værste fald helt falde bort. Det sker, hvis vi ikke ville have oprettet din forsikring på normale vilkår, hvis vi havde kendt de rigtige oplysninger. Det gælder også, selvom det ikke er den samme sygdom, som du senere søger erstatning for [...]'

AP Pension bestrider klagers påstand om, at brugen af ordet 'læge' i spørgsmål 2 i helbredserklæringen giver klager grund til at tro, at der med ordet alene menes speciallæge. Det er selskabets opfattelse, at en almindelig forståelse af ordet 'læge', også omfatter praktiserende læger, og hverken helbredserklæringen eller kundevejledningen efterlader tvivl om, at undersøgelser/behandlinger hos klagers egen læge falder ind under spørgsmål 2 i helbredserklæringen.

Selskabet giver derfor ikke klager ret i, at der bør laves en særskilt rubrik i helbredserklæringen vedrørende klagers egen læge, og gør samtidig opmærksom på, at kundevejledningen (nævnt ovenfor), som er en del af den 'pakke', der udleveres ved indgåelse af en Kundeforholdsforsikring, svarer til henstillingen fra Rådet for Dansk Forsikring og Pension **(bilag …),** hvorfor selskabet lever op til de branchemæssige anbefalinger.

AP Pension gør samtidig opmærksom på, at blanketten til afgivelse af helbredsoplysninger er en standard blanket, hvis udformning er aftalt mellem brancheforeningerne Forsikring & Pension og Lægeforeningen.

På baggrund af ovenstående gør AP Pension gældende, at klager i forbindelse med tegningen i 2007 afgav mangelfulde helbredsoplysninger, og at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, dersom klagers oplysninger havde været korrekte og fyldestgørende. Selskabet fastholder derfor annulleringen af forsikringen, samt at klager som følge heraf ikke er berettiget til udbetaling fra forsikringen."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 3. OPLYSNINGSPLIGT**
Stk. 1. Forsikrede bliver optaget i og er omfattet af Forsikring ved visse kritiske sygdomme på grundlag af oplysninger, som AP Pension modtager fra Sparekassen, FSS og forsikrede. Oplysningerne vedrører bl.a. forsikredes CPR-nr., og oplysninger om forsikredes helbred ved tegningen.

Stk. 2. Ved ændring af Forsikring ved visse kritiske sygdomme gælder samme regler som ved optagelse i Forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Stk. 3. Hvis oplysningerne er forkerte eller ufuldstændige, kan dækningerne blive mindre eller helt bortfalde. AP Pension kan annullere forsikringen, hvis AP Pension har fået vildledende, ufuldstændige eller forkerte oplysninger efter reglerne i forsikringsaftalelovens §§ 4-10.

§ 4. HELBREDSOPLYSNINGER
Stk. 1. Forsikrede optages i Forsikring ved visse kritiske sygdomme, hvis AP Pension vurderer, at forsikrede afgiver tilfredsstillende risiko- og helbredsoplysninger til AP Pension.

Stk. 2. Kan AP Pension ikke antage forsikringen ud fra de foreliggende oplysninger, meddeler AP Pension dette til forsikringssøgende."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren har afgivet urigtige oplysninger ved ikke at oplyse om lægekonsultationerne og henvisningen til endokrinologisk afdeling. Det er endvidere nævnets opfattelse, at afgivelsen af de urigtige oplysninger må tilregnes klageren i det mindste som uagtsom. Da nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt de korrekte oplysninger var tilgået selskabet, kan nævnet herefter ikke kritisere, at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet og som konsekvens heraf har afvist at yde forsikringsdækning.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen