Ankenævnet for Forsikring

896/12

Den 26. juni 2012 blev i sag nr. 81.903:

xxxxxx xxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxx
xxxx xxxxxxxxx x

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har gruppelivsforsikring i Forenede Gruppeliv. Hun klager over, at selskabet har ophævet dækningen ved invaliditet fra tegningstidspunktet i 2005 med henvisning til, at hun har afgivet urigtige risikooplysninger, og som følge heraf afvist at udbetale invalidesummen.

Selskabet har annulleret dækningen ved invaliditet med tilbagevirkende kraft og tilbagebetalt præmien men henvisning til, at det ikke ville have tegnet denne dækning, såfremt det havde kendt til klagerens ryglidelse. Selskabet har konstateret forholdet i forbindelse med, at klageren i 2011 ansøgte om invalidepension.

I forbindelse med begæring om gruppeforsikring udfyldte og underskrev klageren den 16/6 2005 en helbredserklæring. Heraf fremgår bl.a.:

> "2. Har De indenfor de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse, fået udskrevet receptpligtig medicin eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l.?
>
> Nej Ja
> ☐ ☒
> Hvis ja:
> For Hvad?
> Mellemørebetændelse
> Hvor?
> [hospital]

Hvornår?
2004, juli
…

8	Ja	Nej
a. Er De fuldstændig rask?	☒	☐"

Af journal fra klagerens læge fremgår bl.a.:

"**06/10/04 *Imp.*/*Imp.***
Kroniske ryg prob nu forværring ingen rodtryk. henv fysiurg…
…
23/11/04 *Imp.*/*Imp.*
** SPECIALLÆGEEPIKRISE **
Modtaget fra Speciallæge i reumatologi
…
EPIKRISE:
Henvist grundet forværring af kroniske rygsmerter.
For 7 år siden debut af tværgående lændesmerter. Generne på beskedent niveau. For 5 år siden og for 1 år siden kraftig opblussen. Ikke radikulære symptomer. For 1 år siden behandlet hos kiropraktor og instr. i hjemmeøvelser. Har forsøgt disse øvelser, men hurtigt opgivet da disse forværrede smerterne. Lændesmerterne provokeres ved tungere løft og hvis pt. sidder i længere tid. Ingen gener ved almindelig gang.
Er færdiguddannede som sygepl., men har ikke arbejde. Rtg. billeder fra kiropraktor (dårlig kvalitet) viser normale forhold.
Objektivt: Høj, spinkel, spinkel rygmuskulatur. Affladiget lændelordose. Fin mob. i alle retninger også ekstension. Smerteprov. i yderstillinger. Ikke tegn til rodtryk. Neg. hudrulle, rokketest.
Myofaciel ømhed højt lumbalt til hø. Ikke andre palp. forandringer, intet lumbosakralt. Konklusion: Lændesmerter med provokation ved belastning specielt løft. Har tidligere forsøgt hjemmeøvelser, men måtte opgive grundet smerteprov. Der er behov for yderligere fys.vejledt rygøvelser/ træning og pt. henvises til lokal klinik."

I brev modtaget den 17/1 2012 af nævnet har klageren anført følgende:

"Jeg vil klage over behandlingen af min sag.

Jeg kan slet ikke forstå hvilke urigtige oplysninger der er tale om. Og pga dem, jeg har fået en afslag.

I 2004 har jeg haft problemer med ryggen. Jeg var også indlagt på … pga mellemørebetændelse. I 2005 har jeg oprettet min forsikring, og på den tidspunkt var jeg fuldstændig rask.
I 2006 gik jeg ned med stress, og har mistet min stemme. Har været igennem mange smertefulde behandlinger uden positiv resultat.. Har fået depression pga det.
Når man miste evnen til kommunikation, det er en alvorlig handikap.
Jeg mener at sagen er behandlet forkert. Jeg vil bede om få den lavet om.
Jeg har fået ulogiske forklaringer på hvorfor jeg kan ikke få udbetalt min forsikring.
Årsagen til at jeg har søgt udbetalingen er min talehandikap pga spastisk dystoni. Der blev slet ikke kontaktet neurologisk afdeling ud på …, hvor jeg blev behandlet, heller ikke min læge …, der blev slet ikke indsamlet oplysninger fra foniatrisk afdeling på … Hospital. Min sagsbehandler var vild med at indsamle gamle oplysninger fra 2004 om min daværende rygproblem.

3. 81.903

Jeg har læst Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring § 8, og kunne ikke forstå hvorfor skulle jeg beskrive alle lidelser, sygdomme, lægebesøg, alle receptpligtige medicin jeg har fået, ifølge min sagsbehandler. Hun mener at jeg har ikke givet det rette oplysninger. Hun henviser mig til helbredserklæringen, hvor jeg har givet ikke korrekte oplysninger.

Jeg har også læst igennem forsikringsaftaleloven.
Der er tale om **urigtige oplysninger eller fortiet omstændigheder**. Alle oplysningerne jeg har givet, er rigtige og jeg har ikke fortiet nogle omstændigheder.

I helbredserklæringen spørgsmål 2 har jeg svaret JA! Og det er det rigtige svar. Der var ikke plads til at beskrive alle det institutioner med adresser og alle de læge har jeg besøgt pga min ryg problem. Hun har fundet 4 navne på 4 forskellige læge. Hvordan mener I jeg kunne rumme alle de sammen på så lille afsnit på ansøgningen?! Jeg nævnte det største og værste jeg har oplevet den gang og det var indlæggelse på ...
I spørgsmål 8 blev der spurgt om jeg er fuldstændig rask. Her svarede jeg JA! Og det var fuldstændig det rigtig svar!

Jeg stadigvæk indbetale beløb til dækning ved dødsfald og dækning ved kritiske sygdomme. Er der logisk at gøre det? Hvis nu der sker et eller andet, mit rygproblem fra 2004 kunne stå i vejen igen.
Under alle omstændigheder er det vigtigt for mig at få et svar fra jer."

Selskabet har i brev af 16/2 2012 til nævnet redegjort for sagen og sin stillingtagen hertil. Af brevet fremgår bl.a.:

"Den 16. juni 2005 besvarede klager helbredsspørgsmål (bilag …) til brug for optagelse i gruppelivsaftale med dækning ved invaliditet (invalidesum), dækning ved kritisk sygdom og dækning ved død.

Da besvarelsen af spørgsmålene i bilag … ikke indeholdt helbredsforringende momenter af betydning for oprettelse af dækningen, blev forsikringen umiddelbart antaget.

Den 25. november 2011 søgte klager om udbetaling af invalidesummen pga. spastisk dystoni (bilag …) og til brug for vores vurdering af erstatningspligten modtog vi journaludskrifter fra forsikredes læge for perioden 11. juni 2002 til 19. december 2005 og journaltekst fra speciallæge i reumatologi, …, fra 23. november 2004 (bilag …).

Det fremgår af bilag …, at klager konsulterede sin læge den 26. oktober 2004 pga. kroniske rygproblemer som var forværret. Der blev givet henvisning til fysiurg (speciallæge i reumatologi).

Den 23. november 2004 var klager til konsultation hos speciallæge i reumatologi, ... Det fremgår af journaludskrift, at klager var blevet henvist på grund af forværring af kroniske rygsmerter. Klagers rygproblemer var debuteret 7 år forinden, hvor der to gange tidligere havde været kraftig opblussen. Klager var 1 år tidligere blevet behandlet med kiropraktik og instrueret i hjemmeøvelser. Øvelserne havde forværret smerterne.

Det fremgår endvidere, at klagers rygsmerter blev forværret ved tungere løft samt hvis klager sad i længere tid. Ved konsultationen hos … blev tidligere foretaget røntgen af ryggen gennemgået og billederne viste, at klager led af affladet lændelordose (manglende svaj i læn-

den). Speciallægens vurdering var, at klager skulle have fysioterapeut vejledte rygøvelser og klager blev henvist til klinik.

Det er vores opfattelse, at klager ved besvarelsen af spørgsmål 2 i bilag …, der lyder: 'Har De inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse, fået udskrevet receptpligtig medicin eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l.?', burde have oplyst om, at hun havde konsulteret egen læge, speciallæge og kiropraktor pga. kroniske rygsmerter, hvor der var påvist skævhed af ryggen ved røntgen, og at der uden held var forsøgt behandling ved kiropraktor og hjemmeøvelser.

Klager burde også have oplyst i spørgsmål 8, hvor det ene spørgsmål lyder 'Er De fuldstændig rask?', at hun led af kroniske rygsmerter samt at klager havde fået påvist skævhed i ryggen.

Det kan yderligere anføres, at det er en skærpende omstændighed, at der ved røntgen af ryggen, var påvist objektive fund af betydende karakter. De objektive fund giver en yderligere skærpelse ved helbredsbedømmelse når der skal ske optagelse i forsikring som dækker invaliditet. Dertil kommer, at klager er uddannet sygeplejerske, som betragtes som et erhverv med moderat til svært rygbelastende arbejde.

Kombination af de subjektive klager, objektive fund og klagers erhverv betyder, at der kun kunne ske optagelse i forsikringen, for så vidt angår dækning ved invaliditet, på skærpede vilkår.

Det er kun muligt at blive optaget i gruppelivsforsikringen, hvis der ikke foreligger en særlig sygdomsrisiko på optagelsestidspunktet, dvs. der kan kun ske optagelse på normale vilkår. På baggrund af ovenstående oplysninger, vurderer vi, at der forelå en forøget sygdomsrisiko på optagelsestidspunktet og vi ville efter fast praksis have afvist at etablere forsikringen for så vidt angår dækning ved invaliditet (invalidesum), hvilket vi meddelte klager i brev af 9. januar 2012 og 19. januar 2012 (bilag …).

Dækning ved kritisk sygdom og dækning ved død kan fortsætte uændret."

Hertil bemærker klageren i brev af 24/2 2012 til nævnet bl.a.:

"Den 23.november 2004 var jeg til konsultation hos speciallæge i reumatologi … pga. ond i ryggen.
Den 16.juni 2005 på optagelsestidspunktet var jeg fuldstændig rask og fuldt arbejdsdygtig. Det har jeg svaret i spørgsmål 8 i helbredserklæringen.
Selskabets 'objektive fund', som de kalder, er mit RTG billede af mit ryg, som viste skævhed i ryggen og manglende svaj i lænden. Min kommentar til det er: Jeg er 50 år gammel i dag, og min lille skævhed i ryggen, som jeg har haft i hele mit liv, har ikke generet mig. Og manglende svaj i lænden - det er det, som vi alle få med tiden. Der er mulighed for at få ondt i ryggen en gang imellem, men der slet ikke forøget sygdoms eller invalidets risiko."

5. 81.903

Nævnet udtaler:
Klageren har ved besvarelsen af helbredserklæringen ikke oplyst, at hun har haft tilbagevendende rygproblemer, som har givet anledning til konsultationer hos hendes praktiserende læge, kiropraktor og en reumatologisk speciallæge.

Nævnet finder, at klageren ved at undlade at oplyse herom har afgivet urigtige oplysninger, og at dette i det mindste kan tilregnes hende som uagtsomt. Herefter, og da nævnet finder det godtgjort, at selskabet ikke ville have oprettet dækningen for invaliditet, såfremt korrekte oplysninger var tilgået selskabet, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har annulleret denne dækning med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand

udskriften bekræftes

Henning Jønsson