908/13

Den 4. februar 2013 blev i sag nr. 82.788:

xxxxx xxxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Genworth Financial
Kirkebjerg Allé 86b
2605 Brøndby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har i forbindelse med optagelsen af et banklån tegnet "ØkonomiSikring for kredittagere i … Bank" i Genworth Financial. Han klager over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning (indfrielse af lånet) i anledning af midlertidig uarbejdsdygtighed.

Det fremgår af sagen, at klageren den 5/7 2006 oprettede en konto med visakort i … Bank. Den 4/3 2009 tegnede han hos det indklagede selskab en økonomisikringsaftale, der gælder i forbindelse med kreditter etableret i … Bank.

Klageren anmeldte den 25/6 2011, at han fra den 28/4 2011 havde været sygemeldt fra sin stilling som taxachauffør og dermed var midlertidig uarbejdsdygtig. Han anmodede derfor selskabet om at indfri sin restgæld på lånet i … bank. I skadesanmeldelsen anførte han bl.a.:

> "På hvilken måde er du forhindret i at arbejde? (beskriv sygdommen/ulykken)
> Min ryg er slidt, og dette giver rygsmerter samt tilbagevendende migræneanfald, hvorfor jeg ofte må afbryde arbejdet eller undlade at starte på det daglige job. Hyppigheden er tiltaget det sidste 1/2 år fra ca. 1/2-2011."

Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren som 14-årig brækkede nakken, og at nakkesmerterne i 2003 blev forværret i forbindelse med et trafikuheld, hvorfor hans uarbejdsdygtighed ifølge selskabet var opstået som direkte eller indirekte følge af

en sygdom eller personskade, som han var bekendt med før forsikringens ikrafttræden den 4/3 2009. Klageren er født i 1954.

Klageren blev den 6/1 2012 registreret i RKI. … Bank indledte den 16/1 2012 en inkassosag mod klageren med påstand om, at han havde misligholdt sin betalingsforpligtelse. Klageren blev ved udeblivelsesdom den 4/4 2012 ved byretten dømt til at betale banken 24.506,75 kr. samt renter og sagsomkostninger. Sagen blev efterfølgende genoptaget på klagerens anmodning, og byretten meddelte den 22/6 2012, at sagen i medfør af retsplejelovens § 361, stk. 1, blev sendt til Ankenævnet for Forsikring.

Klageren har herefter indbragt sagen for nævnet med påstand om, at selskabet skal indfri hans gæld til … Bank, friholde ham for omkostninger og gebyrer i mellemværendet med banken samt foranstalte, at registreringen af ham i RKI ophæves.

Af klageskemaet dateret den 4/6 2012 fremgår bl.a.:

"**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …**
I starten af 2009 fik jeg flere henvendelser fra … Bank om ikke det var en ide at tegne en forsikring for at sikre mig mod hvis jeg blev syg eller arbejdsløs for som de sagde jeg var jo ikke så ung længere.
Jeg blev så kontaktet af Genworth med et 'fantastisk tilbud' og at det var en rigtig god ting at sikre sig idet jeg ikke kom til at mærke det lille gebyr det var hver måned og jeg lod mig overtale til at tegne denne.
Jeg spurgte om der var nogen hindring fordi jeg netop vidste jeg havde haft brækket nakken som 14 årig og hertil var svare klart NEJ *'overhovedet ikke, du har jo fungeret optimalt og gør det stadig, så det er der ingen problemer med og hvis der er så får du det af vide, da vi altid indhenter lægeerklæring inden vi sende policen'.* Af dette kunne jeg derfor tolke, at jeg ikke skulle få problemer hvis nu uheldet var ude.

Jeg havde selvfølgelig ikke forudset at jeg allerede den 28. april måtte sygemelde mig og havde heller ikke regnet med at ugerne bare gik, hvorfor jeg blev langtidssygemeldt og efterfølgende fyret. I forbindelse med min sygemelding forsøgte jeg at få forskellige aftaler med mine kreditorer om at betale mindre få nedsat renten og andre tiltag der skulle lette byrden nu hvor jeg var langtidssyg stort set alle med undtagelse af …[bank] var interesseret i en eller anden ordning … [bank] henviste til at jeg jo havde en forsikring der dækkede Ved gennemgang af forsikringen stod der ganske rigtigt at jeg havde selvrisiko på 60 dage (2 måneder) hvilket jeg overholdt og jeg fortsatte endda med at betale ind i forventning om at man så ville efterbetale indbetalte beløb således indbetale jeg 1000 kr. den 8-6-11 selvom jeg vitterligt kun skulle betale 690 et beløb jeg i øvrigt indbetalte den 26-7-11 som var normalbidraget. Det til trods gav … [bank] ingen respit eller forståelse. Da så afgørelsen på min anmodning om at forsikringen dækkede som oplyst i policen blev jeg temmelig vred og tilbød dem et forlig der gik ud på enten så tilbagebetalte de alle indbetalinger der til dato var indbetalt til forsikringen altså nulstillede mig efter en negativ kontraktopfyldelse så jeg var stillet som om jeg aldrig

havde indgået nævnte økonomisikring eller også måtte selskabet simpelthen erstatte fra 28. april eller førstkommende betaling derefter indtil jeg igen kunne genoptage mit arbejde hvilket endnu ikke er sket. Loyal som jeg er kontaktede jeg igen banken/advokaten og fortalte at jeg agtede at søge førtidspension og at jeg derfor ikke agtede at betale mere på lånet idet det efter min opfattelse var dækket af en forsikring og at de måtte overtage i forhold til den forsikring de havde prakket mig på. Jeg kunne samtidig oplyse at uanset om de ikke ville betale efter sygeanmeldelsen var jeg i øvrigt fyret og derfor ledig så måtte forsikringen også dække dette forhold. Jeg havde i mellemliggende periode forsøgt … [bank] at stoppe indbetalingerne til forsikringen som jeg åbenbart ikke havde nogen gavn af det ville de ikke, hvorefter jeg så oplyse at jeg så heller ikke agtede at betale så længe de ikke godskrev mig de indbetalinger der havde været til en ubrugelig forsikring og særlig set i lyset af, at de ikke ville stoppe indbetalingerne - i dag skal jeg måske være glad for dette for det viser med al tydelighed at det ikke er en dækning for de forsikringsbegivenheder der er oplyst i forsikringen selskabet er interesseret i, men alene en indtægt man absolut ikke har tænkt sig skal nedskrives uanset hvor ringe en dækning man tilbyder. Det er også en anden historie de fortæller når man indgår kontrakten. Jeg vil uden tøven kalde den indgåede aftale indgået ved svig idet selskabet var bekendt med alle de forhold de nu påstår fritaget dem fra at opfylde deres part/pligt. Alligevel reagerede de ikke ved indhentning af lægeerklæringer forud for at de fremsendte policen, sådan som de selv havde oplyst fra start af og uagtet jeg bad dem stoppe forsikringen når den nu ikke var noget værd fortsatte selskabet med at opkræve via … bank præmie for en forsikring der reelt ikke var noget værd i forhold til mig hvis altså selskabet Genworth skulle få medhold. Omvendt vil det sende et signal til selskabet om at indhente tilstrækkelig med lægelige udtalelser inden de fremsender policen og det burde de have gjort som professionelle aktører i denne sag. Nej de lod bare tiden gå og regnede lige som jeg selv med at intet skete. Man kan jo aldrig på forhånd vide hvornår en ulykke indtræder og det er som med gigt det kan man leve med i mange år før det pludselig bryder ud og så skal man altså også kunne komme og sige nej du får ingenting fordi du jo har haft gigt i mange år. Man kan vel først reagere når man ikke længere fungere optimalt og det er vel det forsikringen tegnes for at netop være en sikring for at man ikke kan betale sine fast forpligtelser. Indskydes skal også at jeg loyalt oplyste om relevante forhold og pludselig fik Genworth/advokaten meget, meget travlt med dels at rejse sagen til pådømmelse og stort set før denne var afgjort havde man ligeledes indgivet den til fogedretten uden interesse i forlig af nogen form. Dette vidner kun at man er 'grisk på tid' og vil prøve at 'få så meget ud af det som muligt' af en ulykkelig situation. Indskydes skal også at jeg anmeldte det som midlertidige uarbejdsdygtighed idet jeg i god tro regnede med at det var midlertidigt. Jeg har således også haft migræne på min fødselsdag i 2000 det var ikke sjovt men det har reelt ingen sammenhæng at forsikringsbegivenheden indtræder på det ene eller det andet tidspunkt, så at det er en tilfældighed at jeg havde migræne den 28. februar kunne for den sags skyld lige så godt være den 18. april det er noget mange menneske lider af fra tid til anden.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
At Genworth betaler i henhold til deres forpligtelse i policen således, at det ikke længere er en pligt undertegnede har i forhold til … Bank. At alle pålagte omkostninger og gebyrer er undertegnede uvelkommen og at registrering i kreditbureauer fjernes på Genworths foranledning."

Selskabet har i brev af den 11/8 2012 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"Til orientering behandler Genworth Financial alene forsikringssagen. Selskabet henviser derfor til lånegiver … Bank vedrørende lån, lånets omfang, tilbagebetaling af lån, rente på lån m.v. Til yderligere orientering, har selskabet på ingen måde været en del af en retssag mod forsikrede, heller ikke ved advokat. løvrigt gør selskabet for god ordens skyld opmærksom på,

at det vedlagte bilag til klageskemaet fra Ankenævnet, er et bilag omhandlende en fogedretssag på et SEB kort og ikke om et lån hos … Bank?

**Salg af forsikring**
Som ovenfor nævnt behandler Genworth Financial alene forsikringssagen. Salg af forsikring, opkrævning af præmie m.v. varetages af … Bank. Det er dermed … Bank der har kontaktet klager om salg af forsikring tilknyttet lånet hos … Bank og ikke Genworth Financial. Selskabet har indgået aftale med … Bank som er forsikringstager, om at dække kredittagere på de vilkår, der fremgår af fremsendte forsikringsbetingelser. Her henviser vi til betingelserne punkt 1.

… Bank indhenter dog aldrig lægelige oplysninger forud for tegning af forsikring, og både selskabet og … bank afviser at have oplyst til klager, at der ville blive indhentet lægelige oplysninger. Dette ville iøvrigt kræve en samtykkeerklæring fra klager, hvilket aldrig er fremsendt.

Årsagen til at der ikke indhentes lægelige oplysninger om forudbestående lidelser, sygdomme og uheld, er at det alene, er det der opstår, når man som forsikrede er i forsikringsdækning, der er dækkes ved forsikringsydelse. Det vil sige, at alt der opstår eller sker forud for forsikringstegning ikke er dækket. Alt der opstår eller sker efter ophør af forsikringsdækning er heller ikke dækket. Her henviser vi til betingelserne punkt 2, stk. 5. Derudover henviser vi til betingelserne punkt 2 stk. 7.

**Afslag af forsikringsdækning:**
**Ryg og nakke**
Den 28. juni 2011 modtog selskabet anmeldelse af midlertidig uarbejdsdygtighed (Bilag …), hvor klager anmelder for uarbejdsdygtighed på grund af slidt ryg og migræne. Den 4 juli 2011 skriver selskabet til klagers egen læge for at få yderligere oplysninger om rygsmerter. Der udbedes oplysninger fra 1. august 2008 til 4. juli 2012 (Bilag …). Selskabet modtog den 29. juli 2011 kopi af journal fra 8. januar 2009 til og med 9. juni 2011 (Bilag …).

Ved gennemgang af journalen fremgår det imidlertid ikke, at klager har opsøgt læge på grund af rygsmerter. I journalen nævnes derimod nakkesmerter. Derudover fremgår det af journalafsnit den 29. april 2011, at klager føler sig syg i 2 dage m. feber, så 2 dage rask samt at klager føler sig generelt slidt. Ifølge betingelserne punkt 16 afsnit 3 fremgår det, at det er en betingelse for dækning af midlertidig uarbejdsdygtighed, at man er undergivet jævnlig og løbende behandling mod sygdommen eller ulykkens følger. Derudover fremgår det, at den midlertidige uarbejdsdygtighed regnes for indtrådt den dag, hvor man ifølge lægeerklæring blev uarbejdsdygtig. Da rygsmerter ikke fremgår som årsag til sygemelding i april 2011, og da det i øvrigt ikke fremgår at klager er uarbejdsdygtig i selvrisikoperioden på minimum 60 hele dage jf. betingelserne punkt 17, ser selskabet sig ikke i stand til at dække forsikringsydelse ved midlertidig uarbejdsdygtighed på grund af slidt ryg.

For at afdække eventuel sygemelding på grund af nakkesmerter valgte selskabet også at behandle sagen ud fra de i journalen nævnte nakkesmerter. Imidlertid fremgår det ikke af journalen, at klager i april 2011 blev sygemeldt på grund af nakkesmerter. Her henvises igen til betingelserne punkt 16 afsnit 3, samt til punkt 17. I journalnotat af den 16. maj 2011 oplyses det, at klager som 14 årig brækkede nakken og der blev indsat skruer for at holde nakken sammen. Efter en sådan operation er der ifølge vores lægekonsulent en velkendt øget risiko for slidgigt. Klager blev i 2003 kørt ned bagfra og fik herved forværret nakkesmerterne. Ifølge klagers indsigelse (bilag …) som selskabet modtog den 22. august 2011, fremgår det i øvrigt, at klager derudover styrtede på cykel i 2007 med yderligere forværring i nakken til følge. Selskabet vurdere derfor, at generne i nakken stammer fra ulykker sket forud for forsikringen

trådte i kraft. Selskabet henviser her til betingelserne punkt 2, hvoraf det fremgår, at det er en betingelse, at man ved forsikringens ikrafttræden, er indforstået med, at sygdom eller person skade som man har eller burde have kendskab til ved forsikringens etablering og som man senere anmelder, ikke er dækket af forsikringen.

**Migræne**
På anmeldelsen som selskabet modtog den 28. juni 2011, anfører klager også uarbejdsdygtighed på grund af migræne.

Ifølge journalen fremgår det, at klager har lidt af migræne siden 50 års alderen, hvilket svarer til at klager begyndte at lide af migræne i 2004. Her henviser selskabet igen til kendskab til sygdom før forsikringen trådte i kraft og til de ovenfor nævnte undtagelser i betingelserne.

På anmeldelsen oplyser klager, at han grundet migræne må afbryde arbejdet eller undlade at starte på det daglige job. Før forsikringen dækker for midlertidig uarbejdsdygtighed, er det gældende at selvrisikoperiode på 60 dage er udløbet. Da klager ifølge egen oplysning ikke er sygemeldt på grund af migræne i samlet 60 dage, kan selskabet ud over kendskab før tegning af forsikring, ikke imødekomme kravet om forsikringsdækning. Her henviser vi til betingelserne punkt 17.

Selskabet har afvist dækning af forsikringsydelse i brev af den 19. august 2011 (bilag …).

Den 22. august 2011 modtog selskabet indsigelse fra klager og i brev af den 29. august 2011 til klager, fastholdt selskabet afslag (bilag …).

Vores hovedbegrundelse for at afvise forsikringsdækning, er at klager havde kendskab til de anmeldte sygdomme før forsikringen trådte i kraft i 2009.

Derudover har klager ikke sandsynliggjort, at klager er sygemeldt på grund af nedslidt ryg.

Vores supplerende begrundelse er, at klager ikke har sandsynliggjort at han er sygemeldt i selvrisikoperioden på sammenhængende 60 hele dage."

Klageren har i brev af den 30/8 2012 til nævnet til dette bl.a. bemærket:

"Korrekt er det, at jeg tegnede forsikring netop mod sygdom og ufrivillig ledighed og begge ting er som bekendt indtrådt. At Genworth derfor forsøger at løbe fra deres del af en sådan aftale er jo beklageligt. Derfor har klagen med baggrund i verserende sag været nødvendigt.

At Genworth alene tager sig af forsikringen er ligeledes korrekt, men da det er … Bank der både tilbyder, sælger og opkræver, gør at de på lige fod kan sidestilles med befuldmægtiget til at handle i forhold til undertegnede og repræsentere således Genworth.

Man må derfor ud fra almindelig forståelse opfatte forsikringen som stadig værende i kraft, minimum frem til … [bank] har afbrudt låneaftalen og standset opkrævningerne, på det tidspunkt hvor dette skete, var begivenheden allerede indtrådt, hvorfor Genworth er pligtig til at udrede beløb for begivenheden som forsikringen jo er dækkende for inden for den periode hvor forsikringen var og er i kraft.

Yderligere kan jeg oplyse at jeg også er blevet ledig, altså endnu en af de i forsikringen omhandlende begivenheder som er præcist dækket af policen.

I nærværende sag handler det dog om hvorvidt Genworth er pligtig at betale for den begivenhed der omhandler sygdom og som skal sikre, at jeg netop ikke skal komme i den situation ikke at kunne dække min kreditor her … [bank], som Genworths samarbejdspartner og som vel begge parter har en væsentlig interesse i ikke at skulle opfylde deres forpligtelser.

Da jeg som tidligere nævnt af flere omgange blev overtalt til at tegne forsikringen spurgte jeg loyalt (telefonisk) begge steder, om det havde nogen betydning for forholdet, at jeg som 14 årig havde haft brækket nakken? Her oplyste man; 'nej du har jo fungeret optimalt til dato og du er jo i arbejde, så det er uden betydning for forsikringsforholdet'. Man argumenterede yderligere med, at jeg jo ikke var helt ung længere og det derfor nok var meget fornuftigt af mig, at tegne omhandlede forsikring.

Dette var udslagsgivende for at jeg tegnede forsikringen og årsagen til at jeg ikke havde tegnede den fra start, var at jeg ikke fandt det nødvendigt for jeg var jo i arbejde og regnede med hurtigt at betale min gæld tilbage.

At selskabet så postulere at min nakke/ryg er årsag til sygdommen er jo ren spekulation. Lad mig forklare det således:
Den udtalelse jeg gav kommunen efter jeg havde fået trykket mine ribben 1. september 2010, hvilket … Hospital og min egen læge kan bevidne. Ved den lejlighed fik jeg netop grundigt undersøgt nakke/ryg og man konstaterede, at jeg ikke havde lidt overlast på disse dele af kroppen.

Da jeg på et senere tidspunkt bliver spurgt om min egen teori på om de forskellige begivenheder havde haft indflydelse på mit helbred, var min egen gisning, at alt sammen har haft en medvirkende årsag til, at jeg i dag står med de problemer som jeg gør og det ville almindelige mennesker, uden samme hændelsesforløb, måske også have stået i med almen slidtage efter lang tids virke på arbejdsmarkedet. Så intet unormalt i dette.

Dette er altså min egen teori (gentaget i bilag …) ikke fakta som er blevet konstateret, men alene en hypotetisk teori brugt af Genworth for at slippe for sine forpligtelser.

Et faktum som Genworth ikke nævner og som dokumenterer min påstand er, at uheldet i 2007 var uden betydning for min nakke og ryg (trykkede ribben) og **IKKE** som selskabet antyder, har forværret min situation.

Alene den kendsgerning, at jeg fik fysiurgisk behandling i 2007 (bilag …) og ikke har fået det igen før engang i oktober 2010, fastslår altså at jeg har genoptaget mit arbejde i fuldt omfang uden gener, en kendsgerning som dermed tilbageviser selskabets påstand om en forværring.

Genworth oplyser i øvrigt, at de aldrig indhenter lægeerklæring uden samtykke. Den har de fået og de har da også gjort brug af denne ved at få udleveret mine lægejournaler.

I forsikringsbranchen er det så vidt jeg ved helt almindeligt, at man ved sygeforsikringer og livsforsikringer netop indhenter denne form for oplysninger og gør man ikke det må man altså bevist gamble med en kalkuleret risiko. Den har nu ikke været der, men uheldige omstændigheder har gjort det nødvendig at bringe den i anvendelse - for der er ikke noget jeg hellere ville, at fortsætte med at betale til Genworth/… [bank] og så have mit helbred intakt - det er jeg desværre ikke selv herre over.

Min 'sygdom/ulykke' sker i en tid hvor jeg er forsikret. Som selskabet selv skriver, at forsikringen tegnet den 4. marts 2009 og anmeldelsen kommer den 28. juni 2011 altså mere end 2 år

efter tegningen og mere end 60 dage efter (som oplyst) efter, at min sygdom fik karakter af længerevarende. At hæfte sig ved 2 dages sygdom og 2 dage på arbejdet for så at få tilbagefald, har intet med nærværende sygdom generelt at gøre. Jeg arbejdede stadig den 20. april hvorefter jeg blev syg og ikke siden har kunne genoptage mit arbejdet. Altså kan man se, at de 60 dages samlet sygdom 'for egen regning' hvis det hedder sådan, de er ligeledes overholdt og jeg er derfor i den situation, som netop er beskrevet i policen og af Genworth, at undertegnede har opfyldt sine betingelser for at blive dækket.

En anden kendsgerning er, til trods for mine protester, at selskabet stadig blevet ved med at opkræve præmien og derfor er jeg stadig dækket således som i bilag 3 er der opkrævet præmie for maj-juni 2011 og flere måneder efter, ja helt frem til i år, og dommeren i Lyngby var ligeledes forundret over, at dette ikke var stoppet med disse pålæg, når nu jeg var stoppet med at betale på lånet, dels fordi jeg ikke kunne og dels som min eneste mulighed for at nægte at betale en forsikring der ikke dækkede mig. Jeg tilbød endda både Genworth og … [bank], at komme ud af forpligtelsen skitseret i bilag …, men det ville man ikke og så må man efter min overbevisning stå ved sine forpligtelser.

Det skulle også gerne fremgå af bilag …, at den af selskabet fremsatte påstand om, at man skal have løbende jævnlige behandlinger, synes at være dokumenteret i og med, at jeg hele oktober og november gik regelmæssigt til behandling men var stadig syg og altså var i overgang til en permanent sygemelding, der nu har ført til dels ledighed dels et afslag fra kommunen om førtidspension. Dvs. længerevarende sygdom og her må det igen henvises til, at forsikringen er dækkende. At rygsmerter ikke er nævnt udtrykkeligt, men er årsag til hovedpine, synsforstyrrelser og div. undersøgelser før at det konstanters at det er ryg og nakke pga. sliddtage der er årsagen - ligesom almen slidgigt - så er der her tale om et tilbagefald som kan opfattes på samme måde, som almen sygdom influenza, feber etc. og det kan kun understreges af, at jeg ikke siden april 2011 har haft en reelle arbejdsdag tælles som derved hører med til hele sygdomsperioden. Dette burde der ikke være nyt, end ikke for Genworth.

På anmeldelsen sådan som selskabet selv udtrykker det, er **også** migræne, altså en erkendelse af at der er flere årsager til min sygdom. Men sikkert er det, at sygdommen er indtrådt i april 2011 og jeg har været syg siden, hvilket jeg tillader mig at betegne, som ikke et midlertidigt forløb, hvorfor selskabet bør erkende, at det har pligt til at yde nævnte dækning til … Bank.

Man skal heller ikke glemme, at jeg ikke får noget ud af det, det er alene … [bank] som Genworths samarbejdspartner der bliver dækket, sådan som forsikringen er tegnet vel vidende om, at jeg kunne risikerer at blive syg og når det så - desværre - sker, må Genworth altså også vedgå sig sine forpligtelser i hht. policen."

Selskabet har i brev af den 11/9 2012 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"Så vidt selskabet læser klagers anke af den 9. juli 2012, så omhandler tvisten ikke hvornår forsikringen trådte i kraft eller hvornår den ophørte, men for god ordens skyld gør vi opmærksom på at klager var i forsikringsdækning fra den 4. marts 2009 til den 1. januar 2012.

Samtykkeerklæring blev først indhentet til behandling og vurdering af sagen om midlertidig uarbejdsdygtighed. Samtykkeerklæringen var vedlagt anmeldelsen som selskabet modtog fra klager den 28. juni 2011. … Bank indhenter ikke lægelige oplysninger forud for en forsikringstegning, da al sygdom og gener fra sygdom og ulykker opstået før forsikringsdækning ikke er omfattet af forsikringen. Dette fremgår af betingelserne punkt 2 stk. 5. Derfor har klager ikke tidligere indsendt / afgivet samtykkeerklæring til indhentelse af lægelige oplysninger.

I øvrigt fastholder selskabet, at vi ikke har kontaktet klager med henblik på tegning af forsikring. Selskabet behandler alene forsikringssagen. Selskabet har slet ikke adgang til … Banks kunderegistre, hvilket er i overensstemmelse med gældende Persondatalov. Først når der er tegnet forsikring, modtager selskabet information om de relevante oplysninger i forbindelse med den tegnede forsikring, hvilket igen er i overensstemmelse med gældende Persondatalov. Her henvises til betingelserne punkt 10.

For god ordens skyld gør selskabet opmærksom på, at vi ikke postulere at det er nakke/ryg der er årsag til 'sygdommen'. På side to i klagers anmeldelse til selskabet under punktet 'På hvilken måde er du forhindret i at arbejde? (Beskriv sygdommen/ulykken)' skriver klager: 'Min ryg er slidt og dette giver rygsmerter. Samt tilbagevendende migræne anfald, hvorfor jeg ofte må afbryde arbejdet eller undlade at starte på det daglige job. Hyppigheden er tiltaget det sidste 1/2 år fra ca. 1.2-2011'.
Ryglidelsen som klager anmelder, er ikke nævnt i klagers journal. Den anmeldte migræne er dokumenteret i journalen som en behandlingskrævende lidelse opstået forud for tegning af forsikringen. Derudover er migræneanfaldende ikke af en varighed, der kan give ret til erstatning jf. betingelserne punkt 17.
Hvis klager lider af en anden sygdom der er årsag til uarbejdsdygtigheden, så var det denne sygdom klager skulle have været anmeldt.

Vedrørende den af klager vedlagte udskrift af aftalesøgning fra klinik fra 12. juli 2007 til 31. august 2008, så fremgår det ikke hvad klager har modtaget behandling for. Udskriften viser alene, at klager har opsøgt læge, i øvrigt også forud for forsikringsdækning. Dog fremgår det under den 6. oktober 2011, at der blev elektronisk henvist for nakke/ ryg, med **'obs gl. col.fraktur'**, hvilket er frakturen sket for klager i 14 års alderen. Dermed er lidelsen i nakken ikke opstået i forsikringstiden. Som nævnt i vores svarskift af den 11. august 2012, så er slidgigt en almindelig og kendt risiko efter knoglebrud. Hvis man tidligere har haft en ledlidelse eller knoglebrud i eller i nærheden af et led, optræder slidgigt som en komplikation."

Af klagerens lægejournal fremgår bl.a.:

"24-09-2010 14:47:01
Gn 2 mdr flere episoder m. flimren for øjnene og samtidig lidt sløret syn. Herefter hovedpine, lokaliseret frontalt á timers varighed.
Ingen kraftnedsættelse, eller sens.forstyrrelser.
Ingen smerter, lysfølsomhed eller tåreflod. Intet dobb.syn. Ingen lysglimt.
Ingen feber eller sygdomsfølelse. Ingen ledgener eller GI-sympt. Ingen tygge-claudicatio.
Ifl tidligere journal:
RU af columna cervicalis viser svære morbus
Bechterew-forandringer og pt oplyser om at der er foretaget stabiliserende operation fra processus spinosus C3 til C6. Ingen klager fra columna aktuelt.

Søgte øjenlæge i juli måned, angiveligt alt ia. Anbefalede dog henv. neurolog ved fortsatte symptomer.

obj:
BT: 162/93 156/90 normalt synsfelt.
Uøm a.temporalis.

Formentlig migræne-tilfælde.
Henv. neurolog for vurdering

9. 82.788

Og kontrol BT her om 4 uger

16-12-2010 10:51:15
pt har været henvist til MR scanning for at afklare symptomerne
se epikrise fra neurolog.
Har aflyst scanningen. Kan ikke ligge på ryggen pgra mavesyre + frygter metal i columna vil flytte sig + klaustrofobi. Han tør ikke får lavet den MR Slet ikke tryg ved det.
Tilrådet at gå tilbage til neurologen mhp om man måske kan lave en CT eller ultralyd i stedet - selvom det jo selvfølgelig ikke er nær så godt.

16-12-2010 11:05:39
I årevis generet af ructus og pyrosis. Nu også fornemmelse af fødestop. For flere år siden henv til gastroskopi men den kunne ikke gennemføres. Han kan psykisk på ingen måde klare denne us. Dengang anbefalede kirurgen alm rtg.
henvises mhp rtg af esophagus og ventrikel.
…
29-04-2011 12:28:01
Akut tid. crp <5, føler sig syg i 2 dage m. feber så 2 dage rask og så syg igen. Ingen fokale symptomer andet end at han føler sig generelt slidt og træt særlig af taxakørsel. Drømmer om flexjob
får tid til helbredschek også bt etc.

09-05-2011 11:19:45
UDEBLEVET UDEN AFBUD. HT.

16-05-2011 15:23:09
57 årig mand, uddannet jurist og elektriker, har de sidste mange år kørt taxi. Han har gennem årene følt sig generelt slidt. Generel helbredsattest bedes udfyldt idet han ikke mener at kunne varetage stillesiddende arbejde ?
som 14 årig brækkede han nakken og der blev indsat osteosyntesemateriale.
d. 7/3-2003 påkørt af anden bil bagfra, var på arbejde som taxichauffør. Fik airbaggen op i ansigtet så det gav ryk i nakken. Var på skadestuen, hvor der ikke fandtes mistanke om brud. Der blev ikke taget rtg
12-10-2010
Henvist til neurolog pgra migræneaura, sent opstået, ca. efter 50 års alderen. Aldrig efterfølgende hovedpine.
Spredt optræden, men enkelte gange har auraen varet 2-3 dage.
Intet abnormt at finde ved neurologisk undersøgelse. Pt.s halsbevægelse er indskrænket pga tidligere fraktur.
CT af cerebrum (kontrast er ikke omtalt) viser helt normale forhold.
Neurolog … skriver,
Pt's 2-3 dage varende migræneaura'er rammer ham økonomisk, fordi han ikke kan køre hyrevogn. De forekommer måske 5-7 gange om året.
pt er viderehenvist til hovedpineklinik mhp om man kan afhjælpe ham."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**2. Forsikrede**
Forsikringen kan etableres af en eller flere personer, der har optaget kredit hos … [bank]og som har et dansk CPR-nummer. Den eller de personer, der er dækket af forsikringen, står anført som 'forsikrede' på forsikringsbeviset.

10. 82.788

Etableringskriterier
Det er en betingelse, at du ved forsikringens ikrafttræden:
…
- Er indforstået med, at sygdom eller personskade, som du har, eller burde have kendskab til ved forsikringens etablering og som du senere anmelder, ikke er dækket af forsikringen.

…
Hvis du ved forsikringens etablering har, eller burde have, kendskab til:

- Sygdom eller personskade, som senere måtte give anledning til, at du anmelder en forsikringshændelse som ufrivillig arbejdsløshed, midlertidig uarbejdsdygtighed eller dødsfald

…
- vil vi alligevel forsikre dig. Du er dog ikke berettiget til forsikringsdækning, som direkte eller indirekte relaterer sig til den arbejdsløshed eller den sygdom eller personskade, som du havde, eller burde have, kendskab til på ethvert tidspunkt før forsikringens etablering.
…
**8. Hvornår ophører forsikringsdækningen?**
…
Automatisk ophør af forsikringsdækningen

Forsikringsdækningen ophører automatisk:

- Når kreditten er udløbet
- Hvis kreditten er opsagt af … [bank] eller kreditten er misligholdt

…
**10. Behandling af oplysninger**

Ved anmodningen om etablering af forsikring tilkendegiver du udtrykkelig accept af, at de afgivne oplysninger kan behandles af såvel … [bank] som Genworth Financial med henblik på vurdering af forsikringsdækningen.

Behandlingen af oplysninger sker til enhver tid i overensstemmelse med reglerne i lov om behandling af personoplysninger (lov nr. 429 af 31. maj 2000 med senere ændringer).
…
**Ufrivillig arbejdsløshed for lønmodtagere**

**13. Vilkår for udbetaling af forsikringsydelser**

Forsikringsdækningen gælder udelukkende, hvis den ufrivillige arbejdsløshed indtræder i forsikringens løbetid og under forudsætning af, at du har været beskæftiget som lønmodtager (aflønnet for min. 16 timer pr. uge) i en periode på mindst 12 måneder umiddelbart før første arbejdsløsheds indtræden, som berettiger til udbetaling af forsikringsydelse. Arbejdsløshedsperioder på sammenlagt 14 dage eller mindre afbryder ikke perioden. Perioder hvor du er på supplerende dagpenge, tæller ikke med i beregningen af de 12 måneder.

Udbetaling af forsikringsydelser er betinget af, at du er arbejdsløs, er tilmeldt dit lokale Jobcenter, og står til fuld rådighed for det almindelige danske arbejdsmarked.
…
**Midlertidig uarbejdsdygtighed**

**16. Vilkår for udbetaling af forsikringsydelser**

11. 82.788

Forsikringsdækningen gælder udelukkende, hvis uarbejdsdygtigheden indtræder i forsikringens løbetid og under forudsætning af, at du på tidspunktet for uarbejdsdygtighedens indtræden, er beskæftiget som lønmodtager (aflønnet for min. 16 timer pr. uge) eller er selvstændig erhvervsdrivende (og beskæftiget hermed i mere end 30 timer pr. uge).

Uarbejdsdygtighed, der indtræder, eller er opstået eller pådraget, indenfor de første 30 dage efter at forsikringen er trådt i kraft, er ikke omfattet af forsikringen. Dette gælder også selv om uarbejdsdygtigheden først anmeldes på et senere tidspunkt.

'Midlertidig uarbejdsdygtighed' betyder, at du på grund af sygdom eller en ulykke, er fuldstændigt forhindret i at udføre dit almindelige, lønnede arbejde eller drive din selvstændige virksomhed. Det er samtidig en betingelse, at du, mens du er uarbejdsdygtig, ikke udfører noget andet arbejde, som er lønnet eller som normalt ville være det, og at du er undergivet jævnlig og løbende lægelig behandling mod sygdommen eller ulykkens følger.

Den midlertidige uarbejdsdygtighed regnes for indtrådt den dag, hvor du ifølge lægeerklæring blev uarbejdsdygtig.

**17. Forsikringsydelser**

Selvrisiko

De første 60 hele dage efter at uarbejdsdygtigheden er indtrådt, er en selvrisikoperiode. Det vil sige, at du selv skal betale de ydelser på kreditten som forfalder i løbet af perioden. Først når den midlertidige uarbejdsdygtighed har varet i 60 sammenhængende hele dage, har du ret til udbetaling fra forsikringen.

Ydelser

Efter udløbet af selvrisikoperioden på 60 sammenhængende hele dage, betaler vi et beløb svarende til restgælden, ifølge den seneste månedsopgørelse, på din kredit på tidspunktet, hvor du ifølge lægeerklæringen blev erklæret syg/uarbejdsdygtig, dog tidligst når vi har modtaget dokumentation for din midlertidige uarbejdsdygtighed i perioden og vi har anerkendt din anmeldelse.

**18. Undtagelser i dækningen**
Vi udbetaler ikke forsikringsydelser ved midlertidig uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden er opstået som en direkte eller indirekte følge af:
**...**
• Sygdom eller personskade, som du var, eller burde have været bekendt med, eller som du søgte læge for, indenfor 12 måneder før forsikringens ikrafttræden.

• Ryglidelser eller nakkelidelser eller skade på ryg eller nakke, med mindre der fra lægeligt hold kan påvises objektive fysiske årsager til sådan lidelse eller skade."

12. 82.788

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at der til sagens afgørelse kræves en nærmere bevisførelse både vedrørende klagerens sygdomme, disse sygdommes sammenhæng med tidligere lidelser, klagerens afskedigelse og om han er arbejdssøgende.

En sådan bevisførelse må efter nævnets opfattelse ske for retten, og ikke i nævnet, der kun kan afgøre sagerne på et skriftligt grundlag.

Det fremgår af punkt 8 i forsikringsbetingelserne, at forsikringsaftalen automatisk ophører, hvis kreditten er misligholdt. Ifølge kontoudtog, som klageren har fremsendt, overskred klageren den 1/12 2011 fristen for betaling af et restancebeløb på 718,20 kr. Forsikringsaftalen er som følge heraf efter nævnets opfattelse automatisk ophørt på denne dato. Af klagerens kontoudtog fremgår det imidlertid, at … Bank pr. 17/12 2011 har trukket et forsikringsgebyr på 146,76 kr. fra klagerens konto. Selskabet har ikke over for nævnet redegjort for, hvordan præmieopkrævningen i forsikringsaftalen er foregået, men har blot oplyst, at … Bank varetager opkrævning af præmie. Det indklagede selskab skal på denne baggrund anerkende, at forsikringsaftalen ophørte pr. 1/12 2011 og tilbagebetale klageren al opkrævet præmie efter dette tidspunkt.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

---

Selskabet, Genworth Financial, skal anerkende, at forsikringsaftalen ophørte den 1/12 2011, og skal tilbagebetale klageren al opkrævet præmie efter dette tidspunkt.

Nævnet kan ikke afgøre resten af klagen.

Svend Bjerg Hansen

Udskriftens rigtighed bekræftes

Henning Jønsson