Ankenævnet for Forsikring

914/13

Den 22. april 2013 blev i sag nr. 83.191:

xxxx xxxx xxxx xxxxx
xxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxx

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har gruppelivsforsikring med tilknyttet gruppeulykkesforsikring i AP Pension. Hun klager ved sin advokat over, at selskabet har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet og afvist at yde dækning for et anmeldt ulykkestilfælde.

Selskabet har ophævet forsikringen bestående af en livsforsikring og en ulykkesforsikring med henvisning til, at klageren i forbindelse med tegningen afgav urigtige helbredsoplysninger. Selskabet gør gældende, at der er tale om et samlet forsikringsprodukt, og at forsikringen ikke ville være antaget, såfremt selskabet havde været i besiddelse af korrekte oplysninger. Subsidiært gør selskabet gældende, at klageren ikke har en méngrad på mindst 25 %.

Klageren tegnede gennem sit pengeinstitut en kundeforholdsforsikring med ikrafttræden den 1/8 2007. Forsikringen består af en gruppelivsforsikring med dødsfaldsdækning og med tilknyttet ulykkesforsikring, der giver ret til udbetaling ved en méngrad på mindst 25 %.

I forbindelse med tegningen udfyldte og underskrev klageren den 21/8 2007 en helbredserklæring. Heri svarede hun benægtende på spørgsmålet, om hun inden for de

sidste 3 år havde været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelser eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende.

Klageren anmeldte den 17/1 2012, at hun den 10/10 2010 var kommet til skade med ryg og skulder, da hun trådte forkert i forbindelse med sit arbejde. Arbejdsskadestyrelsen anerkendte ved sin afgørelse af 17/10 2011 ulykken som en arbejdsskade og fastsatte det aktuelle varige mén til 8 %. Da tilstanden endnu ikke var stationær, ville spørgsmålet om méngradens størrelse blive genoptaget den 1/3 2012.

Selskabet modtog journal fra klagerens egen læge. Heraf fremgår bl.a.:

"**04-04-2006 Fedme BMI>30 123 kg**
Diagnoser
T82 Fedme BMI>30 123 kg

Kontakt tekst
Kommer med ønsket om vægttab, vejer nu 123 kg og er 183 cm høj, det vil sige et BMI på 37.
Da hun var 18 år vejede hun 70 kg.
Har det sidste års tid prøvet at tabe sig, går nu på motionscenter 4 gange om ugen, 2 timer ad gangen. Går hurtiggang, cykler og roer.
Kostmæssigt lyder det som om at hun har fat i det rigtige, tilrådes til næste gang at skrive op 2 dage i rap alt hvad hun spiser og drikker. ...

18-04-2006 Fedme BMI>30
Diagnoser
T82 Fedme BMI>30

Kontakt tekst
Har ikke skrevet ned, men kan huske hvad hun har spist og det er i orden, og vægten er da også i dag 121,2 kg. Vil også til at cykle på arbejdet, der er ca. 15 km hver vej. HUSK til forstoppelse, igen 4 uger.
...
11-09-2006 TK/TR
Fortvivlet over at hun ikke kan tabe sig. Vi aftaler at hun skal have tid.
...
18-09-2006 Fedme BMI>30 126 kg
Diagnoser
T82 Fedme BMI>30 126 kg

Kontakt tekst
BMI 38.
KAPH Xenical 120 mg
1 kapsel 3 gange daglig til et måltid, appetitnedsættende

Er desperat over at hun ikke kan tabe sig, og faktisk har taget lidt på igen. Aktuelle vægt 126 kg. Har siden hun var 18 stort set været konstant på kur, og trods dette ikke formået at tabe sig eller holde de små vægttab hun indimellem har fået. Dyrker motion 5 dage om ugen hvilket lyder ganske fornuftigt. Kostmæssigt er der umiddelbart heller ikke det store at komme efter. Vi snakker dog om at der jo alligevel må ryge noget ned ved siden af, når hun tager på. Får dog rigeligt med grøntsager og sparer meget på fedtet.
Hun er desperat over ønsker umiddelbart en operation på maven. Vi aftaler dog i første omgang at afprøve Xenical, er informeret om virkning og bivirkninger. Kan ikke umiddelbart få tilskud, da der ikke er følgesygdomme endnu.
Der laves blodprøvescreening. BF/It

29-09-2006 Fedme BMI>30 122 kg
Diagnoser
T82 Fedme BMI>30 122 kg

Kontakt tekst
Vægt 122 kg. Vægttab på 4 kg på 2 uger. Har haft det rigtig hårdt i starten med idelig diarre og har ikke kunnet passe sit arbejde. Nu går det imidlertid bedre. Vi aftaler, at give pillerne en chance i endnu 1-2 uger, men det skal selvfølgelig ikke være så hun ikke kan passe arbejde og øvrige aktiviteter. Vi gennemgår kost m.v. bf

08-11-2006 Fedme BM1>30 122 kg
Diagnoser
T82 Fedme BMI>30 122 kg
N79 Hjernerystelse

Kontakt tekst
Vægt 122,5 kg, således taget 5 mg på siden sidst, men tabte også meget hurtigt 4 kg i starten. Har kun taget Xenical højst halvdelen af tiden pga. en del bivirkn.
Hun synes dog det går bedre og bedre med pillerne og vi aftaler et forsøg endnu en måned. Er der ikke noget vægtmæssigt resultat efter den næste måned ell. probl. med bivirkn. skal pillerne seponeres."

Af journalen fremgår endvidere, at klageren fra 2005 til 2007 tillige kontaktede lægen vedrørende bl.a. blærebetændelse, lændehold, svejseøjne og hudinfektion.

På baggrund af oplysningerne om klagerens vægtproblemer hævede selskabet forsikringen fra tegningstidspunktet.

Over for nævnet gør klagerens advokat gældende, at selskabet skal tilbagetrække annulleringen af forsikringen og anerkende erstatningspligten. Til støtte herfor har han i brev af 4/9 2012 bl.a. anført:

"Ud fra [klagerens] lægejournal fremgår det, at hun i tidsrummet 4. april 2006 til og med 8. november 2006 har haft nogle rådgivningssamtaler med egen læge, fordi hun ønsker at tabe sig.

Som det er beskrevet i brevet til AP Pension pr. 24. juli 2012 (bilag ...), har 'konsultationerne' hverken haft behandling, undersøgelse, diagnosticering, forebyggelse eller vejledning til formål.
Der er tale om rådgivningssamtaler, og det er min klient, der selv har taget initiativ til at komme til disse med henblik på at tabe sig.
Det er således ikke et lægeligt krav (behandling), at hun skal tabe sig.

Dette faktum understøtter, at det ikke med rimelighed kan lægges min klient til last, at hun tager hånd om sin egen sundhed og opsøger rådgivning i den forbindelse - nærmest at spørge til råds, er egen læge.

Hun kunne også have spurgt om rådgivning på apoteket eller på egen hånd have opsøgt en diætist.

AP Pension henviser i sit brev pr. 8. august 2012 (bilag ...), til udskrift fra [klagerens] lægejournal. Jeg skal i den forbindelse rette opmærksomheden på d. 29. juni 2008, hvor der står: *'Diagnoser: Fedme (...)'Jeg* finder det af stor vigtighed at understrege, at fedme ikke lægefagligt er anerkendt som en sygdom.

Mange sygdomme kan medføre fedme, men overvægt og fedme er ikke en lidelse, den pågældende ikke selv har ansvaret for og ikke selv kan gøre noget ved. Det kan betragtes som en *livsstilssygdom,* hvor 'behandlingen' er en livsstilsændring - altså noget personen selv har ansvaret for.

Denne kategorisering af fedme som en sygdom, der kan diagnosticeres, og hvor man pludselig er en patient, synes at have haft afgørende betydning for AP Pensions beslutning om annullering.

Min klient, [klageren], har aldrig kunnet diagnosticeres med sygdommen fedme, fordi denne ikke findes.
Dette er en af grundene til, at hun besvarede spørgsmålet om lægebesøg indenfor de sidste 3 år benægtende.

Endvidere vedlægger jeg kopi af vejledning til udfyldelse af helbredserklæringen (bilag ...) i forbindelse med tegning af forsikringen. Jeg henleder i den forbindelse opmærksomheden på, at affatteren er den nærmeste til at bære risikoen for sproglige ukorrektheder og misforståelser. Man har pligt til at oplyse om 'sygdomme' og 'alle undersøgelser og behandlinger', hvilket min klient ikke er omfattet af, da hun ikke er syg og kun kommer til lægen i rådgivningsøjemed.

Jeg mener således, at AP Pension ikke er berettiget til at annullere forsikringen med tilbagevirkende kraft."

Af vejledningen, som advokaten henviser til, fremgår bl.a.:

"**Hvilke helbredsoplysninger skal du give?**
Når du udfylder helbredserklæringen og eventuelt 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."

Over for selskabet har klagerens advokat tidligere henvist til U 2006.1732 H vedrørende, om der i forbindelse med afgivelse af helbredsoplysninger var udvist uagtsomhed.

Selskabet fastholder i brev af 19/9 2012 til nævnet afgørelsen. Af brevet fremgår bl.a.:

"**Selskabets synspunkt**
Selskabet har annulleret Kundeforholdsforsikringen, som er et samlet forsikringsprodukt, bestående af en gruppelivsforsikring og en ulykkesforsikring. Forudsætningerne for tegning af gruppeulykkesforsikringen er bristet, idet gruppelivsforsikringen er blevet annulleret på grund af urigtige helbredsoplysninger. Selskabet fastholder annulleringen, da selskabet ikke ville have antaget forsikringen, hvis de korrekte helbredsoplysninger var blevet afgivet ved forsikringens tegning.

Subsidiært gøres det gældende, at [klageren] ikke opfylder betingelserne for udbetaling af ménerstatning, da ulykkestilfældet ikke har medført en méngrad på mindst 25 pct. som det fordres i forsikringsbetingelserne.

Begrundelse
...
[Klageren] har igennem sit pengeinstitut, tegnet en kundeforholdsforsikring i selskabet. Ordningen trådte i kraft den 1. august 2008.

Indledningsvis skal opmærksomheden henledes på, at den pågældende Kundeforholdsforsikring er et produkt bestående af en gruppelivsforsikring ved død og som tillæg hertil en gruppeulykkesforsikring.

Produkttypen Kundeforholdsforsikring består således af to produkter, hvoraf gruppelivsforsikringen er det primære produkt. Gruppelivsforsikringen er tilknyttet en gruppeulykkesforsikring, jf. blandt andet den til [klageren] udstedte forsikringsmeddelelse **(bilag ...):** '*Der er til gruppelivsforsikringen tilknyttet en ulykkesforsikring, hvor forsikringssummen kommer til udbetaling ved erstatningsberettigede ulykkestilfælde, der medfører en rnéngrad (invaliditetsgrad) på mindst 25%, jf. forsikringsbetingelserne.'*

Når kunden gennem sit pengeinstitut begærer gruppelivsforsikringen, bliver helbredet *alene* bedømt i relation til dødsfaldsdækningen. Forudsat gruppelivsforsikringen kan antages, medfølger gruppeulykkesforsikringen således automatisk.

Gruppeulykkesforsikringen kan *ikke* i denne produkttype tegnes som et selvstændigt produkt, hvorfor en annullering af gruppelivsforsikringen grundet urigtige oplysninger, altid vil medføre at hele forsikringen annulleres, inklusive gruppeulykkesforsikringen.

Idet selskabet ikke ville have tegnet gruppelivsforsikringen, såfremt de korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, har selskabets løfte tabt sin bindende virkning, idet forudsætningerne for tilsagnet om gruppeulykkesforsikringen er bristet på grund af

urigtige helbredsoplysninger. Forudsætningerne har været såvel afgørende som væsentlige for selskabets antagelse af forsikringen, jf. forudsætningslæren.

Spørgsmålet er herefter, hvorvidt AP Pensions annullering af gruppelivsforsikringen er berettiget.

De for ordningen gældende forsikringsbetingelser er vedlagt **(bilag ...).** Det følger af forsikringsbetingelsernes § 3, at

'Stk. 1. Forsikrede bliver optaget i og er omfattet af Kundeforholdsforsikring 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. 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.'

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, at såfremt forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger, er selskabet fri for ansvar, hvis det kan antages, det ikke ville have overtaget forsikringen, hvis det rette forhold havde været oplyst.

I forbindelse med Kundeforholdsforsikringens tegning udfyldte [klageren] en helbredserklæring dateret og underskrevet den 21. august 2007 **(bilag ...).** I det følgende citeres alene de punkter, der har betydning for den konkrete sag.

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?'

***Svar ad* 2 '**Nej'
Spørgsmål 2 findes ikke fyldestgørende besvaret, idet selskabet i forbindelse med [klagerens] anmeldelse af et ulykkestilfælde, har fået kendskab til [klagerens] helbredsoplysninger, som selskabet ikke tidligere har været i besiddelse af.

I den forbindelse har vi blandt andet lagt vægt på følgende helbredsoplysninger: Følgende fremgår af journaludskrift fra egen læge **(bilag ...):**

04-04-2006: 'Kommer med ønsket vægttab, vejer nu 123 kg og er 183 cm høj, det vil sige et BMI på 37.

18-04-2006: 'Fedme'

11-09-2006: Fortvivlet over at hun ikke kan tabe sig. Vi aftaler at hun skal have tid.'

18-09-2006: 'Xenical 120 mg 1 kapsel 3 gange daglig til et måltid, appetitnedsættende. Er desperat over at hun ikke kan tabe sig, og faktisk har taget lidt på igen. Aktuelle vægt 126 kg.... Dyrker motion 5 dage om ugen hvilket lyder ganske fornuftigt. Kostmæssigt er der umiddelbart heller ikke det store at komme efter. Vi snakker dog om at der jo alligevel må ryge noget ned ved siden af, når hun tager på. Får dog rigeligt med grøntsager og sparer meget på fedtet. Hun er desperat og ønsker umiddelbart en operation på ma-

ven. Vi aftaler dog i første omgang at afprøve Xenical, er informeret om virkning og bivirkninger. Kan ikke umiddelbart få tilskud, da der ikke er følgesygdomme endnu.'

29-09-06: 'Diagnoser: Fedme BMI>30 122 kg... Har haft det rigtig hårdt i starten med idelig diarre og har ikke kunnet passe sit arbejde. Nu går det imidlertid bedre. Vi aftaler, at give pillerne en chance i endnu 1-2 uger, men det skal selvfølgelig ikke være så hun ikke kan passe arbejde og øvrige aktiviteter. Vi gennemgår kost m.v.'

08-11-06: 'Diagnoser: Fedme... Vægt 122,5 kg, således taget 5 mg på siden sidst, men tabte også meget hurtigt 4 kg i starten. Hun har taget Xenecal højst halvdelen af tiden pga. en del bivirkninger. Hun synes dog det går bedre med pillerne og vi aftaler et forsøg endnu en måned... Er der ikke noget vægtmæssigt resultat efter den næste måned ell. Probl. med bivirkn. skal pillerne seponeres.'

Spørgsmål 2 findes ikke korrekt og fyldestgørende besvaret da [klageren] rent faktisk har været undersøgt og behandlet af læge. Ovenstående er alle forhold som [klageren] skulle have oplyst om ved besvarelsen af spørgsmål 2.

[Klageren] har således fortiet væsentlige helbredsforhold ved besvarelsen af spørgsmål 2 i helbredserklæringen.

Selskabet har ladet antagelsesvilkårene ved korrekte og fyldestgørende oplysninger vurdere af vores lægekonsulent, der har vurderet helbredsoplysningerne ud fra sædvanlig forsikringspraksis. Såfremt oplysningerne havde foreligget på tegningstidspunktet, ville selskabet have afvist at tegne den af Kundeforholdsforsikringen omfattede gruppelivsforsikring og dermed også gruppeulykkesforsikring, idet det er en forudsætning for gruppeulykkesforsikringens tegning, at gruppelivsforsikringen kan antages.

[Klagerens] advokat henviser i klagen til, at fedme ikke er en diagnose, hvilket er årsagen til, at [klageren] ikke oplyste herom ved besvarelsen af spørgsmål 2. Ligeledes gør [klagerens] advokat gældende, at der ikke har været tale om behandling, undersøgelse mv. men derimod om rådgivningssamtaler.

Selskabet er ikke enigt i denne betragtning. I den forbindelse skal det præciseres, at der ikke spørges til diagnoser, men derimod til 'undersøgt/behandlet', hvorfor de er uden betydning for fortielsen, hvorvidt fedme/svær overvægt er en diagnose eller ej. Faktum er, at [klageren] har kontaktet egen læge grundet fedme/svær overvægt med henblik på vægttab. I den forbindelse er [klageren] blevet målt, vejet og rådgivet ligesom [klageren] er blevet behandlet med det receptpligtige slankemiddel Xenecal. Yderligere skal opmærksomheden henledes på, at der er drøftet fedmeoperation, bivirkninger mv. selskabet er derfor af den opfattelse, at de mange lægebesøg har karakter af undersøgelse/behandling af læge. Det vil sige forhold, der skulle have været oplyst om ved udfyldelsen af helbredserklæringen.

Selskabet gør på baggrund af ovenstående gældende, at de manglende oplysninger med rette har givet anledning til at annullere gruppelivsforsikringen, og at [klageren] som følge heraf ikke har haft adgang til at tegne gruppeulykkesforsikringen alene, og at gruppeulykkesforsikringen er bortfaldet på baggrund heraf.

Subsidiær påstand

Såfremt Ankenævnet for Forsikring finder, at selskabet ikke har været berettiget til at annullere forsikringen, gøres det subsidiært gældende, at ulykkestilfældet ikke har medført en méngrad på mindst 25 pct., hvorfor [klageren] ikke er berettiget til udbetaling af ménerstatning.

I henhold til forsikringsbetingelsernes afsnit 3 **(bilag ...)** gælder, at *'Ulykkesforsikring dækker hele døgnet og forsikringssummen udbetales, såfremt forsikrede ved et dækningsberettiget ulykkestilfælde pådrager sig en méngrad på 25% eller mere.'*

Af skadeanmeldelsen **(bilag ...)** fremgår, at [klageren] ved ulykkestilfældet den 10. oktober 2010 har beskadiget sin ryg, arm og skulder i forbindelse med et fald.

Sagen har været anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen, der traf afgørelse i sagen den 17. oktober 2011 **(bilag ...).** Af denne fremgår, at Arbejdsskadestyrelsen har vurderet méngraden til 8 pct. Ulykkestilfældet har således ikke medført en méngrad på mindst 25 pct., hvorfor der ikke er grundlag for at udbetale erstatning fra ulykkesforsikringen.

For god ordens skyld skal opmærksomheden afslutningsvis henledes på, at Kundeforholdsforsikringen er pantsat til sparekassen. En eventuel forsikringssum anvendes således til at indfri en restgæld i sparekassen. Et eventuelt overskydende beløb bliver udbetalt til forsikrede, jf. forsikringsbetingelsernes § 7."

Klagerens advokat har i brev af 5/3 2013 oplyst, at méngraden nu af Arbejdsskadestyrelsen er fastsat til 30 %.

Nævnets sekretariat har sendt brev af 4/2 2013 til selskabet. Af brevet fremgår følgende:

"Forbrugerrådet har udtrykt ønske om, at nævnets sekretariat rutinemæssigt indhenter selskabernes acceptregler i sager vedrørende afgivelse af urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning. Vi skal derfor venligst bede Dem om at fremsende kopi af acceptreglerne for den pågældende kundeforholdsforsikring."

Hertil svarede selskabet i brev af 14/2 2013 til nævnet bl.a. følgende:

"Vi har modtaget Ankenævnet for Forsikrings brev af 6. februar 2013, hvor Ankenævnet for Forsikring anmoder AP Pension om at fremlægge selskabets acceptregler.

Såfremt det er tegningsreglerne for denne type af kundeforholdsforsikring, der efterspørges henviser vi til svarskrift af 19. september 2012. Yderligere kan der henvises til forsikringsbetingelsernes § 1, stk. 2 (bilag …), hvor følgende fremgår *'Kundeforholdsforsikring består af en samlet forsikringsdækning ved død og ulykkestilfælde i:*

AP Pension Livsforsikringsaktieselskab (AP Pension)
CVR-nr. 18530899
Østbanegade 135
2100 København Ø

og

AP Skade Forsikringsaktieselskab (AP Skade)

9. 83.191

CVR-nr. 14592385
Østbanegade 135
2100 København Ø'.
…
Er det derimod AP Pensions helbredsmæssige acceptregler for denne type gruppelivsforsikring, der efterspørges, skal AP Pension gøre opmærksom på, at selskabets acceptregler er et internt dokument, der af konkurrencemæssige årsager ikke kan udleveres.

Rammerne for hvor store forsikringsrisici, selskabet påtager sig er aftalt med grupperepræsentanten under hensyntagen til ordningens størrelse og pris. Selskabet kan ikke fremlægge aftaler med tredjemand for Ankenævnet for Forsikring.

I henhold til selskabets vurdering af den konkrete risiko på kunden, følger selskabet Helbred og Forsikrings retningslinjer for antagelse af forsikringsmæssige risici. Ydermere kan det oplyses, at alle kunder bliver vurderet efter de samme regler henset til blandt andet ordningens størrelse og pris.

Det er oplyst i Ankenævnet for Forsikrings brev, er der tale om en rutinemæssig indhentelse af selskabernes acceptregler. Da det nye rutinemæssige tiltag er af indgribende karakter overfor selskaberne, har AP Skade videresendt nærværende brev inklusive brevet fra Ankenævnet for Forsikring i anonymiseret udgave til Forsikring & Pension."

Nævnet udtaler:

Efter det oplyste finder nævnet det ubetænkeligt at fastslå, at klageren har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning ved ikke at oplyse om bl.a. lægekonsultationerne vedrørende sine vægtproblemer samt ordineringen af receptpligtig slankemedicin, som efter nævnets opfattelse har karakter af undersøgelse/behandling. Nævnet finder tillige, at undladelsen af at give selskabet oplysning herom må tilregnes klageren i det mindste som uagtsomt.

Efter det oplyste om selskabets acceptpolitik finder nævnet det sandsynliggjort, at selskabet ikke ville have antaget kundeforholdsforsikringen, herunder ulykkesforsikringen, såfremt korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning som sket, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

10. 83.191

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen

Udskriftens rigtighed bekræftes

Henning Jønsson