Ankenævnet for Forsikring

915/13

Den 6. maj 2013 blev i sag nr. 83.579:

xxxxx xxxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxx xx xxxxxxxx
xxxx xxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft gruppelivsforsikring gennem sit engagement med 2 pengeinstitutter i PFA Pension. Hun klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning i anledning af et anmeldt erhvervsevnetab.

Selskabet har afvist at udbetale invalideydelser med henvisning til, at der er afgivet urigtige oplysninger i helbredserklæringen i forbindelse med tegningen af forsikringen.

Klageren, der er født i 1957, oprettede oprindeligt en gruppelivsforsikring i marts 2000 i selskabet via sit daværende pengeinstitut. Forsikringen blev antaget på normale vilkår på baggrund af en helbredserklæring underskrevet den 10/3 2000.

Klagerens engagement med dette pengeinstitut ophørte i 2005, og pengeinstituttet informerede selskabet herom. I brev af 3/1 2006 til klageren har selskabet bl.a. anført:

> "… Bank har fortalt os, at din Tryghed Livs-/invalidesum ophører. Forsikringsdækningen ophører derfor med virkning fra den 1. januar 2006. Det betyder, at du er uden dækning fra forsikringen fra denne dato.
> …
> Da din forsikring er en risikoforsikring, har du ikke sparet penge op på forsikringen.

Selskabet meddelte ophør af forsikringsdækningen til pengeinstituttet i brev af 3/1 2006.

Klageren blev samtidig hermed kunde i et andet pengeinstitut, hvor hun som kunde også blev omfattet af en gruppelivsforsikring i selskabet. I forbindelse med optagelse i denne ordning udfyldte hun en helbredserklæring den 28/11 2005. På spørgsmål 1, om hun for tiden er fuldstændig rask og arbejdsdygtig, har hun afkrydset i ja-feltet. På spørgsmål 2, om hun indenfor de sidste 3 år har lidt af nogen alvorlig sygdom, har hun afkrydset i nej-feltet. På spørgsmål 3, om hun indenfor de sidste 3 år har været undersøgt og/eller behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelser eller være indlagt, undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende, har hun ligeledes afkrydset i nej-feltet, og endelig har hun afkrydset i nej-feltet på spørgsmål 4, om hun nogensinde har været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned.

På baggrund af erklæringen blev hun herefter optaget i ordningen med virkning fra 28/11 2005.

I brev til klageren dateret september 2011 har selskabet informeret om ændring af forsikringen, idet det bl.a. er anført:

> "Den 1. januar 2012 ændrer vi din forsikringsdækning, så den fremover bliver dækket af to gruppeforsikringer. Din dødsfaldsdækning omfattes af Letsikring ved død, mens din dækning ved varig invaliditet omfattes af Invalidesum Basis. Det er fortsat PFA Pension, som leverer og administrerer forsikringerne.
>
> Du kan læse mere om ændringerne i din forsikring i vedlagte oversigt.
>
> Vi har også vedlagt forsikringsbetingelserne for Letsikring ved død (BX0182) samt Invalidesum Basis (BX0187), som gælder for dig fra 1. januar 2012."

I anmeldelse om helbredsmæssige forhold underskrevet den 28/11 2011 har klageren bl.a. anført, at hun pr. 1/6 2010 overgik til flexjob, men at hun har været sygemeldt siden 1/9 2011 på grund af en blodprop i hjertet. Om sine helbredsmæssige gener i øvrigt har hun bl.a. anført:

> "Sygdommen
> Diagnoser: Hypermobil, Fibromyalgi, Ehlers Donlos syndrom, dårlig, Psoriasis i ansigtet, Hjerte, svag psykl. Reumatol bympl. - smerter i led, sener og nakke og hoved, lam i fingrene, hvide hænder og fødder, dårlig mave, dårlig opheling, … smerter ved spisning, allergi, psori-

asis, mega træt, ofte blærebetændelse dvs. dårlig immunforsvar, glemsom og distal expresiv afasi. …"

Om arbejdsfunktioner, hun ikke kan udføre, har hun anført:

"Alle især i længere tid med samme stilling, kan ikke bruge arme og hænder ret længe/meget, ikke tåle larm, sidde og stå, læse ved PC el. bog, regelmæssige bevægelser, el vedvarende stillinger el. bevægelser, distræt og glemsom."

Selskabet indhentede på baggrund af ansøgningen det lægelige materiale. Det fremgår bl.a. af egen læges journal:

"**Dato: 05 08 2004 …**
T Kl. forts. over diffuse sm. i bev. apparatet, men vist nok overvejende lok. til ledomgivelser og sener. Gennemdrøfter tidl. udredningsprogram: ikke holdep. for systemisk bindevævslidelse.
…
Dato: 22 03 2005 …
T: Klager over sm diffus i kroppen og træthed. Har stået på gennem flere år. Aftaler forelb. lab. us. og eft. flg. kons når lab. sv. foreligger. …

Dato: 04 04 2005 …
K Lab svar: pos ANA med forhøjet U1 - RNP tydende på MCTD. Øvrige prøver normale. Samtale om forholdene. Jeg anbefaler vurdering af specialafd. hvilket pt er indforstået med.
Der er ingen umiddelbar forslag til behandlingsmæssige foranstaltninger. Henv til reumatologisk afd, …"

Af epikrise af 26/5 2005 fra reumatologisk sygehusambulatorium fremgår bl.a.:

"Patienten henvises via egen læge på grund af artralgier og universelle smerter i bevægeapparatet.
…
Aktuelle:
Symptomerne debuterede ved overgangsalderen omkring august 2001 med ondt i venstre knæ dette forsvandt efterhånden spontant. Herefter smerter i venstre håndled og venstre albueled.
Tiltagende symptomer over årene i alle led. Patienten mener selv at det ikke er ledsmerter, men smerter ved sener og ledbånd. Har hele tiden en baggrundssmerte med forværring i nogle dage ind imellem.
Patienten er også meget træt og er udbrændt kl. 12-13."

Af samme sygehus' epikrise af 20/7 2005 har overlægen bl.a. vurderet:

"Skønner at symptomerne skyldes det blandede billede af klimaterielle gener og måske lidt stress/humørsvingning som årsag til myalgierne og arthralgierne. Hvis pt.s kliniske billede skulle ændre sig, skal vi naturligvis bedømme igen, men afsluttes nu herfra."

Af sygehusets journal fra reumatologisk ambulatorium af 31/8 2007 fremgår bl.a.:

"Aktuelle

Pt. aktuelt her maj 2005 på grund af artralgier og universelle smerter fra hele bevægeapparatet. For detaljer - se tidligere journal.
Pt. afsluttedes under diagnosen artralgier.

Pt. har fortsat ondt i hele bevægeapparatet, forbigående hævelse af ve. hånd over radiale fingre og hovedsageligt MCP 1-3. Udtalt træt. I foråret fået Femanor, men beskriver vægtøgning på 10 kg efter 1 måned, og afsluttede hormonel substitution. Pt.s ledsmerter er af migrerende type. Har også ømhed i bløddele i underben og lige i underarme."

En speciallæge i reumatologi har i erklæring af 22/1 2008 bl.a. anført:

"2001 udviklede patienten smerter i muskler og led. Opstod efter at patienten var kommet i overgangsalderen. Havde på det tidspunkt også nervøst hjerte, som blev behandlet med amitriptylin, som imidlertid medførte hævelse i ansigtet.
2005 udtalt forværring, og patienten blev undersøgt på … sygehus. Her mistænkte man patienten for at have en bindevævssygdom, og hun blev grundigt undersøgt for Sjøgren. Behandlet med binyrebarkhormon, 5 mg daglig, over en periode med lidt effekt."

Af speciallægeerklæring af 23/9 2011 udfærdiget af speciallæge i fysiurgi og reumatologi fremgår bl.a.:

"**Aktuelt**
Patienten har siden 2001 haft tiltagende smerter overalt i bevægeapparatet. Smerterne er gradvist blevet værre.
…
Konklusion
Patienten opfylder kriterierne for Ehlers Dardos syndrom hypermobil type og har, hvilket ofte ses hos hypermobile, udviklet sensibilisering af nervesystemet med kroniske smerter - fibromyalgi.
Smerterne er tiltaget betydeligt de senere år.
Patienten er i fleksjob og kan ikke længere klare dette.

Hertil kommer at patienten 1. september 2011 fik en coronamcclusion og går til efterkontrol og er i medicinsk behandling.

Der er mistanke om Sjøgrens syndrom. Hvis dette skal undersøges yderligere kan foreslås øjenundersøgelse og læbebiopsi.

Endelig kan psoriasisartropati ikke helt udelukkes, hvad 30 % af patienterne med psoriasis har. Skal dette undersøges yderligere foreslås henvisning til MR-scanning af hænder og fødder.

Alene patientens Ehlers Danlos syndrom med fibromyalgi giver så betydelige symptomer, at jeg ikke finder, der er en restarbejdsevne af betydning."

Selskabet har i brev af 27/9 2012 til klageren afvist at udbetale invalidesum og har samtidig ophævet aftalen fra oprettelsen. Selskabet har som begrundelse herfor bl.a. anført:

"**Vi har truffet vores afgørelse på følgende grundlag**

5. 83.579

I helbredserklæringen fra den 28. november 2005 krydser du af i ja, på helbredserklæringen i spørgsmål 1: Hvor vi spørger om du for tiden er fuldstændig rask og arbejdsdygtig. Du svarer nej til at du inden for de sidste 3 år har lidt af nogen alvorlig sygdom og svarere nej, til at du indenfor de sidste 3 år har været undersøgt og eller behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l.

Du undlader at fortælle at du bl.a. i marts 2005 henvender dig til lægen fordi du har det dårligt med diffus smerter i kroppen og træthed. Du får også en henvendelse til reumatologisk afd. på … Sygehus. som du fortæller til lægen, har det stået på gennem flere år, fra omkring august 2001. Ind i mellem har venstre tommelfinger også været hævet.

Forkerte eller mangelfulde oplysninger
Vi har efter forsikringsaftalelovens § 4 og § 6 vurderet, at aftalen ikke er bindende for os, fordi du, dengang du oprettede forsikringen, vidste eller burde have vidst, at du gav os forkerte eller mangelfulde oplysninger. Oplysninger som betød, at den police vi sendte til dig, indeholder dækninger, som vi ikke ville have givet, hvis vi havde kendt til de rigtige oplysninger. Det er baggrunden for, at vi nu opsiger din forsikring Invalidesum Basis."

Klagerens advokat indtrådte herefter i sagen og har i brev af 15/10 2012 til selskabet bl.a. anført:

"Efter en gennemgang af sagen må det medgives, at min klient burde have oplyst om de træthedssymptomer, hun havde søgt læge på baggrund af, ligesom det nu dels må medgives at de nævnte symptomer kan have sammenhæng med den sygdom, som hun nu er diagnosticeret med og dels at fyldestgørende besvarelse fra min klients side på det pågældende tidspunkt ville have medført, at De havde afvist at tegne den omhandlede forsikring.

Sagen er imidlertid den, at min klient på det pågældende tidspunkt allerede var omfattet af en invalidedækning hos Dem, idet der var tegnet Livs/invalidesumsforsikring med virkning fra den 9. marts 2000, hvilken dækning ophørte samtidig med, at min klient indgik den nye forsikringsaftale. Der er således tale om at den nye, nu annullerede, forsikringsordning blev tegnet i stedet herfor, således at der er en direkte, indbyrdes sammenhæng mellem ophør af den ene ordning og etablering af den anden.

Min klient har ikke bevidst tilbageholdt oplysninger, men indså blot ikke relevansen af de, troede hun, forbigående symptomer i forhold til et varigt sygdomsbillede, hvilket muligvis skyldes at min klient på det pågældende tidspunkt var midt i en problematisk skilsmisse, som drænede hendes overskud og overblik.

Det er herefter min konklusion, at såfremt De med baggrund i fuldstændige helbredsoplysninger i 2005 havde afvist at etablere en ny invalidedækning for min klient, da havde hun blot bevaret den hidtidige ordning, som således havde været gældende for min klients sygdom.

Set i lyset heraf, er det min opfattelse, at De nu opnår en urimeligt gunstig situation ved først at lade den gamle ordning ophøre og derefter underkende den nye med henvisning til mangelfulde helbredsoplysninger."

Selskabet fastholdt afgørelsen i brev af 25/10 2012 til advokaten, hvorefter klagerens advokat i klage af 9/11 2012 indbragte sagen for nævnet med krav om, at klageren bli-

ver stillet, som om den gamle forsikringsordning af 9/3 2000 fortsat var gældende. Subsidiært at være omfattet af forsikringsordningen af 1/1 2006. Til støtte for kravet har advokaten bl.a. anført:

> "Klager har et langt og varigt sygdomsbillede startende tilbage i august 2001 med træthedssymptomer, ledsmerter m.v. Klager tegner med virkning fra den 9. marts 2000 invalidesumsforsikring m.v. i PFA Pension (Bilag …). Denne dækning ophører med virkning fra den 1. januar 2006 (Bilag …) samtidigt med, at klager tegner ny forsikringsaftale i samme selskab med virkning fra den 28. november 2005 (Bilag …). August 2012 anmoder klager om udbetaling på den nye forsikringsordning men får afslag med henvisning til, at de afgivne helbredsoplysninger (Bilag …) er forkerte (Bilag …). PFA Pension annullerer ved brev af 4. oktober 2012 'den nye' forsikring med virkning fra tegningstidspunktet den 28. november 2005 (Bilag …). Den 15. oktober 2012 klages der ved advokat … over selskabets afgørelse (Bilag …). Det fremgår bl.a. heraf, at der er en direkte, indbyrdes sammenhæng mellem ophør af den ene ordning og etablering af den anden, at selskabet opnår en urimeligt gunstig situation ved først at lade den gamle ordning ophøre og derefter underkende den nye med henvisning til mangelfulde helbredsoplysninger og en sådan konsekvens ikke er rimelig i forbrugerforhold.

Selskabet har over for nævnet i brev af 10/12 2012 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

> "**Begrundelse for at fastholde beslutningen**
> Da klager stoppede sit kundeforhold med … Bank i 2005 ophørte forsikringen Tryghed Livs-/invalidesum i henhold til forsikringsbetingelsernes § 11, stk.2 (bilag …). Det betyder, at forsikringen bortfaldt den 1. januar 2006, hvortil der var betalt præmie.
>
> Forsikringen er en gruppeordning og pengeinstituttets risikoregnskab bestemmes af medlemmerne (kunderne) i gruppen, og indtrædelse i forsikringen var bl.a. betinget af at klager havde en pensionsopsparing i … Bank, jf. betingelsernes § 2, stk.1, 1.pkt. (bilag …).
>
> Forsikringens opretholdelse var betinget af klagers kundeforhold med … Bank, og klager ville dermed ikke have haft mulighed for at opretholde sin forsikring hos … Bank, uanset om klager med det samme havde fået afslag på invaliditetsdækning hos [A] … Bank [den nye bank].
>
> At PFA har administreret forsikringerne for begge pengeinstitutter ændrer hverken på, at der er tale om to forskellige aftaleforhold mellem klager og de to pengeinstitutter, at pengeinstitutterne har haft hvert deres risikoregnskab, og at der ikke er tale om videreførelse af gruppeforsikringen.
>
> Der eksisterer ikke rimelige grunde for klager til at tro, at Gruppelivsforsikringen Tryghed Livs-/invalidesum fortsat skulle være gældende;
> 1. Klagers anmodninger om forsikring i hhv. 2000 og 2005 skete gennem to forskellige pengeinstitutter og vedrørte to forskellige forsikringer med hver deres vilkår og betingelser,
> 2. Ved begge anmodninger blev der anvendt særskilte helbredserklæringer med fokus på oprettelse af en ordning gennem pengeinstituttet (bilag …),
> 3. Klager blev gjort tydeligt opmærksom på at forsikringen Tryghed Livs- /invalidesum ved … Bank ophørte i 2006 (bilag …),
> 4. Klager har ikke betalt præmie til forsikringen Tryghed Livs-/invalidesum siden ophør i 2006,

5. Klagers oprettelse af ny forsikring gennem [A] … Bank var ikke betinget af ophør af forsikringen hos … Bank, og
6. Klagers ophævelse af forsikringen via … Bank var ikke betinget af, at dækning på forsikring via [A] … Bank blev etableret.

Der kan yderligere bemærkes, at klagers forsikringsbegivenhed ikke er sket i forsikringstiden ved forsikringen Tryghed Livs-/invalidesum.

I det tilfælde, at Ankenævnet skulle beslutte, at klagers forsikringsbegivenhed er opstået i forsikringstiden for denne forsikring, er et sådant krav forældet efter 6 måneder fra forsikringen ophør, jf. forsikringsbetingelsernes § 14 (bilag …).

Da klager udfyldte helbredserklæringen (bilag …) i november 2005 ved anmodning om forsikringen Invalidesum Basis, dengang Familiesikring Pension ved [A]… Bank, blev der afgivet urigtige oplysninger.
…
Klager angav ikke bemærkninger i helbredserklæringen, og har skrevet under på at oplysningerne er i overensstemmelse med sandheden og at intet er fortiet, og at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige eller fortielse har fundet sted (bilag …).

Oplysningerne i helbredserklæringen er objektivt forkerte, da klager siden 2001 har oplevet smerter i muskler og led, og havde fået behandling for nervøst hjerte. Særligt oplevede klager forværringer i sit helbred i 2005 og blev undersøgt på … sygehus i maj 2005.
…
Klagers smerter i muskler og led, der var forværret i 2005, kunne have været oplyst ved spg.1 i helbredserklæringen med bemærkninger om sygdommens karakter, såfremt de også var til stede den 28. november 2005.

Klagers smerter i muskler og led, samt diagnosen med artralgier i maj 2005, skulle have været oplyst ved spg.2 i helbredserklæringen.

Klagers undersøgelse på … sygehus i maj 2005 skulle have været oplyst ved spg.3 i helbredserklæringen, med bemærkninger om smerteforværring og mistanke om bindevævssygdom.

Klagers smerter i muskler og led, samt behandling for nervøst hjerte, skulle have været oplyst ved spg.4 i helbredserklæringen.

Der er derfor tale om urigtige oplysninger ved klagers afgivelse af helbredserklæringen, da de urigtige oplysninger var til stede i minimum tre af de fire relevante perioder for spørgsmålene. Spørgsmålene er klare og tydelige i sin udformning, hvorfor det har stået eller burde have stået klager klart, at spørgsmålene ikke er besvaret i overensstemmelse med sandheden.

Vi hverken kunne eller burde have været bekendt med klagers urigtige oplysninger, da helbredserklæringen ikke gav anledning til at bede klager om yderligere oplysninger. Vi har inden tegningsdatoen ikke modtaget andre helbredsoplysninger om klager.

De urigtige oplysninger er vigtige for gruppens risikoregnskab, da forsikringstagernes helbred inden oprettelse er afgørende for dækning. Helbredserklæringen er grundlaget for forsikringstegningen.

Sagen er forelagt vores lægekonsulent, der vurderer, at vi ville havde givet afslag på invalidedækning i 2005, såfremt klager havde afgivet korrekte helbredsoplysninger. Vi har derfor straks ophævet klagers invalidedækning fra tegningsdato, jf. vores brev af den 27. september 2012 (bilag …).

Sagen er efterfølgende forelagt for den lægelige komite i Videncenter for Helbred og Forsikring (bilag …), der har givet deres risikovurdering af den 5. december 2012, hvorfra der citeres (bilag …);

Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville vi have vurderet forsikringsrisikoen pr. 28-11-2005 til:
Dødelighed: D1 *Invaliditet: Afslag*

Begrundelse for vurderingen
Vurderingen er baseret på oplysningen om uafklaret bevægeapparatsymptomer og nervøst hjerte.

Vi fastholder derfor vores afslag og annullering af invalidedækningen. Klager vidste eller burde vide, at der var tale om urigtige oplysninger, og afgivelsen af de urigtige oplysninger må tilregnes klager som i hvert fald uagtsomt. På denne baggrund er forsikringen ikke bindende for PFA efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Vi har samtidig vurderet, at der ikke er særlige omstændigheder, som kunne tale for at vi alligevel hæfter for forsikringen, jf. reglen i forsikringsaftaleloven § 6, stk. 3.
…
Det må understreges, at PFA ikke har opnået en gunstig situation ved denne afgørelse. PFA har kun modtaget betaling for den periode, hvor vi administrerede en gældende invaliditetsdækning for klager.

En udbetaling af invalideydelse til klager vil pålægge gruppeordningen en uberettiget udgift for en begivenhed, der hverken er eller kan blive risikoafdækket.

Det kan bemærkes, at vi har underrettet klager om registreringen af klagers oplysninger i Helbred og Forsikrings edb-register, samt om adgang til oplysningerne og klage-muligheder.

Konklusion
PFA Pension må fastholde, at der med rette er afvist udbetaling af invalideydelse ved forsikringen Tryghed Livs-/invalidesum. Forsikringen ophørte den 1. januar 2006 og et eventuelt krav ved denne forsikring er forældet.

Dertil fastholdes afslag på udbetaling af invalideydelse ved forsikringen Invalidesum Basis på baggrund af de urigtige oplysninger, hvis afgivelse som minimum kan tilregnes [klageren] som uagtsomt, og som berettiget har medført at PFA Pension har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft fra tegningsdato."

Af forsikringsbetingelser - Tryghed livs-/invalidesum den 1/10 2004 fremgår bl.a.:

"**Forsikringsbetingelser den 1. oktober 2004, … Bank, Tryghed livs-/invalidesum**
…
Indtrædelse
§ 2. Optagelse i gruppeforsikringen kan ske, når flg. betingelser alle er opfyldt:

9. 83.579

1. Gruppemedlemmet skal have en pensionsopsparing i … Bank, …
2. Gruppemedlemmet må ikke være fyldt 60 år.
3. Der afgives risikooplysninger, herunder oplysning om helbredsforhold og erhverv, som efter PFA Pensions skøn findes tilfredsstillende.

…

Forsikringens bortfald

§ 11. Forsikringsdækningen bortfalder den 14. januar, efter at forsikrede fylder 60 år.

Stk. 2. Hvis gruppemedlemmets kundeforhold til … Bank ophører, bortfalder forsikringsdækningen fra den dato, hvortil der er betalt præmie.

Stk. 3. Forsikringsdækningen bortfalder ligeledes, hvis gruppeaftalen opsiges af … Bank.

…

Frist for anmeldelse af forsikringsbegivenheden

§ 14. Gruppeforsikringen dækker forsikringsbegivenheder, der er indtruffet i forsikringstiden, og som er anmeldt senest seks måneder efter gruppeforsikringens ophør."

Af forsikringsbetingelser for Familiesikring Pension pr. 1/10 2004 fremgår bl.a.:

"**Forsikringsbetingelser den 1. oktober 2004 Familiesikring Pension**

…

Indtrædelse

§ 2. Optagelse i gruppeforsikringen kan ske, når flg. betingelser alle er opfyldt:

1. Gruppemedlemmet skal have pensionsopsparing i pengeinstitut. …
2. Gruppemedlemmet må ikke være fyldt 60 år.
3. Der afgives risikooplysninger, herunder oplysninger om helbredsforhold og erhverv, som efter PFA Pensions skøn findes tilfredsstillende."

Af helbredserklæring ved oprettelse af Familiesikring Pension Gruppelivsforsikring af 28/11 2005 fremgår over underskriften bl.a.:

"Jeg erklærer hermed, at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarerne ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted."

Nævnet udtaler:

Indledningsvis bemærker nævnet, at forsikringen med det første pengeinstitut tegnet i 2000 er ophørt den 1/1 2006, idet kundeforholdet ophørte, jf. de oven for citerede forsikringsbetingelser. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet som sket har afvist at yde forsikringsdækning i henhold hertil.

Med hensyn til den senere aftale med selskabet via et andet pengeinstitut oprettet med virkning fra 28/11 2005 finder nævnet, at klageren har afgivet objektivt urigtige oplys-

ninger i helbredserklæringen af 28/11 2005 ved ikke at oplyse om årelange gener i bevægeapparatet i form af artralgier og universelle smerter samt undersøgelser på reumatologisk ambulatorium i maj 2005 forud for forsikringens tegning. Nævnet finder tillige, at undladelsen af at give selskabet oplysninger herom i det mindste kan tilregnes klageren som uagtsom. Nævnet finder det endvidere sandsynliggjort, at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet den 28/11 2005. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Henning Jønsson