Den 3. december 2014 blev i sag nr. 85295:

xxxxxx xxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

Europæiske Rejseforsikring A/S
Frederiksberg Alle 3
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har sygeforsikring i Europæiske Rejseforsikring A/S. Han klager ved sin advokat over, at selskabet har ophævet forsikringsaftalen og dermed afvist at yde forsikringsdækning for behandling af sygdommen, hepatitis C.

Det fremgår af sagen, at forsikringen trådte i kraft pr. 1/2 2012. I juli 2012 anmeldte klageren, at han havde fået konstateret sygdommen hepatitis C, og selskabet dækkede hans udgifter til undersøgelser og blodprøver i juni 2012. Han fremsendte efterfølgende krav på dækning for yderligere behandling, hvilket selskabet afviste, og den 8/7 2013 ophævede selskabet forsikringsaftalen mod tilbagebetaling af præmie for den resterende forsikringsperiode med henvisning til, at han havde fortiet vigtige helbredsmæssige oplysninger på tegningstidspunktet.

I oversættelse af russisk lægejournal fra oktober 2008 fremgår bl.a.:

> "Date of consultation: 15.10.2008
> …
> Complaints on skin rash on the right gluteal area. According to past history the patient felt ill during last 2-3 days, didn't try any medication without medical advice.
> After examination the patient was diagnosed with herperviral infection, unspecified (ICD-10 Code: B00.9) Treatment performed: Valtrex 500 mg per os 2 times a day – 5 days; Zovirax creme on affected areas; urologist consultation.
>
> Date of consultation: 17.10.2008
> …

Complaints on difficulties in urination.
Past history: Approximately 5 years ago underwent treatment because of prostatitis. Above mentioned complaints persist during 1 month. No urogenital infection detected.
The patient was diagnosed with inflammatory disorders of other specified male genital organs (ICD-10 Code: N49.8).
Lab tests and instrumental examinations recommended to perform: CBC; blood chemistry; urinalysis; ultrasound of prostate, kidneys, urinary bladder.

ECG performed – unremarkable

According to general practitioner chronic pancreatitis and chronic cholecystitis were suspected. Regular annual checkup was scheduled: neurologist, ophthalmologist, surgeon, endocrinologist.

Ophthalmologist's recommendations: avoiding overwork.
Surgeon's diagnosis: Varicose veins of lower extremities without ulcer or inflammation (ICD-10 Code: 183.9)."

Af dermatologisk lægejournal af 8/12 2009 fremgår bl.a.:

"**CURRENT CONSULTATION WITH A DERMATOVENEROLOGIST**

Appointment date: **08.12.2009**
…
COMPLAINTS
Complaints: Appearance of new skin rash on the anterior surface of the abdomen, remaining skin rash on the gluteal region.
…
Diagnoses:
{ B00.1} Herpesviral vesicular dermatitis closed}"

Af gastroenterologisk lægejournal af 10/12 2009 fremgår bl.a.:

"**GASRTOENTEROLOGIST (Initial visit)**

Appointment date: **10.12.2009**
…
Complaints
Complaints: No complaints at the moment of medical examination.
Medical history (anamnesis): In blood biochemistry elevated liver enzymes ALT, AST, GGT are observed. Now to specify the diagnosis, abdominal ultrasound should be performed.
…
Diagnosis
Diagnosis according to the ICD-10: {K76.9} Liver disease, unspecified
Procisional diagnosis: fatty liver disease."

I helbredserklæring underskrevet af klageren den 15/11 2011 fremgår bl.a.:

"**Important details before you fill in this document!**
- You have to fill in the declaration yourself and answer all the questions carefully.

3. 85295

- You must not fail to disclose anything, even though you think it is of no importance to Nordic Health Care.
- In case of incorrect or incomplete answering the insurance cover can be limited or cancelled in accordance with the Insurance Contract Act.

…

- If you have medical records or similar, which can contribute in answering questions, it would be an advantage to enclose copies of these.
- If space is not sufficient, when you fill in the form, please attach enclosure.

…

2

Have you suffered from hepatitis/ liver diseases at any time?	Yes ☐	No ☑	If yes, please fill in type and month/year below:

…

When was the last medical check?	Oct. 2011
When is the next medical check?	Munich

…

5

Have you within the last 10 years consulted, been examined or treated by a doctor or a medical specialist?	Yes ☑	No ☐	If yes, please fill in illness/disorder, method of treatment and month/year below:
(Records on colds, inflammation of the throat, transitory infections, ordinary childhood diseases and health checks without any findings shall not be listed)			Concussion of the brain (2001)

…

7

Have you within the last 10 years been hospitalised, examined treated in a hospital or private clinic?	Yes ☐	No ☑	If yes, please fill in illness/disorder, method of treatment and month/year below:"

I attest fra privat lægeklinik af 28/6 2013 fremgår bl.a.:

"**Ärztliche Bescheinigung**

...

Diagnosen:

- Transaminasenerhöhung unklarer Genese
- Verdacht auf chronische Hepatitis
- Nahrungsmittelallergie
- Histaminintolernaz
- Zelluläre Immunstörung
- Infusionstherapie

Der oben genannte Patient stellte sich wegen der angegebenen Diagnosen erstmals am 07.10.2011 in unserer Praxis vor. Im Rahmen von Voruntersuchungen wurden bei dem Patienten Transaminasenerhöhungen unklarer Genese festgestellt (eine Kopie der Laborbefunde fügen wir bei). Des Weiteren fand sich eine Histaminintoleranz mit erhöhten Histaminwerten und erniedrigtem DAO-Wert. Ein bei uns durchgeführter Hepatitis-Suchtest zeigte keinen Virusnachweis. Im Rahmen einer Infusionsbehandlung mit Heparcomp. Infusionen (Aminosäuren) verbesserten sich die Transaminase. Der Patient wurde ferner angehalten eine Nah-

rungsmittelkarenz gemäß Untersuchungsergebnis einer Nahrungsmittelallergietestung durchzuführen.

Im Rahmen einer externen Untersuchung wurde dann Verdacht auf eine Hepatitis C- Infektion erhoben. Bei positiven Nachweis für Hepatitis C-Antikörper (Befund vom 31.05.2012, möglicherweise handelt es sich hier um den Nachweis einer Serokonversion.

Die letzte Vorstellung des Patienten bei uns erfolgte am 02.05.2012. Hierbei ebenfalls Nachweis erhöhter Transaminasen jedoch insgesamt rückläufige Befunde.

Über den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten können wir keine Aussage treffen. Da die letzte Untersuchung des Patienten am 02.05.2012 war. Die von uns erhobenen Laborbefunde fügen wir bei. "

Klagerens advokat har i brev af 31/10 2013 til nævnet bl.a. anført:

"In the autumn of 2011 [klageren] took out insurance with NHC with effective date 1 February 2012. The policy and insurance conditions are attached as Exhibit 1 and Exhibit 2.

In connection with the insurance application [klageren] filled out a Health Declaration dated 15 November 2011 which is enclosed as Exhibit 3.

In the summer of 2012 [klageren] was diagnosed with Hepatitis C and filed a claim under the insurance in this respect. However, NHC has declined to cover the claim and has instead cancelled the insurance all together; cf. NHC's mail of 8 July 2013 (Exhibit 4).

The claimant [klageren] declined having given wrongful information in connection with the Health Declaration of 15 November 2011. In particular [klageren] held that he did not answer question number 2 (have you suffered from hepatitis/liver diseases at any time) wrongfully, as his medical records at that time show that his disease at that time was unspecified, and only in the summer of 2012 he received the diagnosis Hepatitis C. [Klagerens] medical record is attached as Exhibit 5.

Consequently [klageren] disputes that he has given wrongful information to NHC when the insurance was established within the meaning of § 66 of the Danish Insurance contract Act.

Even if the information given is considered wrongful within the meaning of § 6 of the Danish Insurance contract Act, it is disputed that NHC has evidenced that they would have excluded liver diseases from the insurance cover or would not have accepted the insurance at all, as ciaimed by NHC in their letter dated 8 July 2013 (Exhibit 4).

Also [klageren] claims that the wrongful information given, if any, was given without negligence or purposefully and that consequently the rule concerning consumer insurance in subsection 3 of § 6 of the Danish Insurance contract Act shall come into play."

Selskabet har i brev af 21/11 2013 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"**NHC s afgørelse:**
Indledningsvis henleder NHC opmærksomheden på, at vi har dækket EUR 1.080,78 for klager.

Klager anmoder ved sin ansøgning af 15. november 2011 at tegne forsikring hos NHC. Af ansøgningen fremgår det, at klager på spørgsmål nr. 2 '*Have you suffered from hepatitis/liver disease at any time'* har afkrydset 'nej'. Desuden fremgår det, at klager har dateret sit seneste medical check til oktober 2011 i München.

Af klagers skadeanmeldelse underskrevet 18. juli 2012 fremgår det, at diagnosen er hepatitis C.

Øverst på helbredserklæringen under *'Important details before you fill in this document'* fremgår det, *at: 'You must not fail to disclose anything, even though you think it is of no importance to Nordic Health Care'.*

Af journalen fra Dr.Med. ... og Dr.Med. ... fremgår det, at klager både den 10. og 26. oktober 2011fik taget omfattende blodprøver som bl.a. også indeholdt specifikke blodprøver relateret til leveren.

Af claimant's summery sendt til Ankenævnet for Forsikring fremfører klager selv, *at: 'The claimant... declined having given wrongful information in connection with the Health Declaration... In particular [klageren] held that he did not answer question number 2 ... wrongfully as his medical records at that time shows that his disease at that time was unspecified...'.*

Klager har således, i strid med helbredserklæringens krav, valgt selv at vurdere hvad han mente(der var af betydning for NHC i forbindelse med tegning af policen.
...
NHC anerkender, at klager først i maj 2012 får stillet diagnosen Hepatitis C. Dette ændrer dog ikke ved, at klager da han indsender underskrevet helbredserklæring til NHC i november 2011 er bekendt med, at der er taget omfattende blodprøver særligt omhandlende leveren. Klager ved således, da han accepterer NHC's forslag til police og eksklusion, at han har forhøjet levertal og symptomer på en endnu ikke specificeret diagnose som han ikke har oplyst NHC om.

Fra klager indsender helbredserklæringen i november og frem til at klager accepterer NHC's tilbud om forsikring i januar/februar går et par måneder, hvor klager har haft mulighed for at kontakte NHC og fortælle om sin faktiske helbredstilstand.

Det er således muligt at klager ikke har afgivet urigtige oplysninger, men det ændrer ikke ved det forhold at klager har undladt oplysninger af væsentlig karakter for selskabet.

Ved ikke at opfylde sin oplysningspligt har klager forholdt selskabet oplysninger, og i strid med helbredserklærings indledning selvstændigt vurderet, hvilke oplysninger der er af betydning for selskabets vurdering.

Selskabets medicinske team vurderer alle kunders helbredserklæringer med henblik på eventuelt at ekskludere visse lidelser fra forsikringen. Såfremt en kunde har symptomer, men endnu ikke fået diagnosticeret en lidelse vil det medicinske team bede forsikringstageren om at fremsende en ny helbredserklæring, når lidelsen er diagnosticeret. Dette fordi, NHC ikke ønsker at forsikre ukendte lidelser, der endnu ikke er en afklaring på.

NHC er som forsikringsselskab nødt til at kende risikoen ved at indgå i en forsikringsrelation med forsikringstager. Dette er selvsagt ikke muligt, hvis lidelsen ikke er diagnosticeret. Dette er sædvanlig kutyme i forsikringsbranchen og desuden indlysende at alle forsikringsselskaber ønsker at kende det fulde omfang af den risiko som de skal forsikre.

Såfremt klager havde vidst, at der var tale om Hepatitis C havde vores medicinske team kunne forholde sig konkret til denne sygdom. Klager, som på daværende tidspunkt, havde symptomer på en ukendt lidelse vælger derimod at fortie symptomer og omfattende helbredsundersøgelse, og har dermed ikke givet NHC mulighed for, at tage højde for eventuelle efterfølgende risici.

NHC henleder desuden opmærksomheden på, at selskabet som udgangspunkt ikke har kontraheringspligt, og også selvstændigt har ret til at afgøre, hvilke risici de vil overtage.

Som følge af ovenstående valgte NHC at annullere klagers police i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne punkt 1.13 *'Duration and cancellation', ...*

NHC mener således at have argumenteret for, hvorledes selskabet ville have forholdt sig, såfremt klager havde afgivet korrekte og fyldestgørende helbredsoplysninger på tegningstidspunktet.

Konklusion:
Ud fra ovenstående, fastholder NHC sin afgørelse og kan ikke imødekomme klagers krav."

Klagerens advokat har i brev af 28/11 2013 til nævnet heroverfor bl.a. bemærket:

"Klager bemærker ... at indklagede er enig i, at der ikke er afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med klagerens tegning af forsikringen hos indklagede, jf. det af indklagede i svaret på side 5 mf. anførte.

Indklagede gør derimod gældende, at klageren havde en selvstændig forpligtelse til at oplyse indklagede om helbredsundersøgelsen i oktober 2011, og resultatet heraf, til trods for, at der ikke blev stillet spørgsmål i helbredserklæringen, som krævede dette. Klageren bestrider, at han var forpligtet til at oplyse om helbredsundersøgelsen i forbindelse med forsikringens tegning, når der ikke blev stillet spørgsmål i helbredserklæringen, som forudsatte dette, og det bestrides endvidere, at klageren var forpligtet hertil på andet grundlag, navnlig idet det ikke er hverken godtgjort eller sandsynliggjort, at klageren svigagtigt har fortiet oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 7.

For god ordens skyld fastholder klageren endvidere, at indklagede ikke har godtgjort, at man ikke ville have tegnet forsikringen, selvom man ved tegningen havde fået oplyst resultatet af klagerens helbredsundersøgelse i oktober 2011, og at indklagede som følge heraf under alle omstændigheder er afskåret fra at afvise forsikringsdækningen."

Selskabet har i brev af 10/12 2013 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"NHC ønsker på det kraftigste at pointere, at selskabet ved svar af 21. november 2013 skrev: '*Det er således muligt at klager ikke har afgivet urigtige oplysninger, men det ændrer ikke ved det forhold, at klager har undladt oplysninger af væsentlig karakter for selskabet'.*

Ved at påstå, at NHC hermed har givet klager ret i, at der ikke er afgivet urigtige oplysninger er ifølge selskabet at fordreje NHC's udtalelse og tage selskabets svar ud af en sammenhæng.

NHC gør fortsat gældende, at klager burde have oplyst om den omfattende helbredsundersøgelse, idet det af helbredserklæringen fremgår, at: '*You must not fail to disclose anything, even though you think it is of no importance to Nordic Health Care'.*

Klager fik ved helbredsundersøgelsen i 2011 taget omfattende blodprøver som bl.a. også indeholdt specifikke blodprøver relateret til leveren.

Da klager tegner forsikringen er han således bekendt med, at hans læge har sat et undersøgelsesprogram i gang. At klager på dette tidspunkt ikke er bekendt med en specifik diagnose gør ikke, at han ikke var syg på tegningstidspunktet.

Helbredserklæringen som udfyldes i forbindelse med ansøgning om forsikring er generel, og derfor kan der ikke spørges specifikt til alt. Netop derfor, skriver selskabet, at kunden ikke må undlade oplysninger, selvom kunden ikke tror at det er af betydning for selskabet. En kunde kan således altid sende en skrivelse ved siden af.

Selskabet fastholder således, at klager i strid med indledningens ordlyd har undladt oplysninger af væsentlig betydning for selskabet."

Nævnets sekretariat har anmodet selskabet om at fremsende kopi af de for sagen relevante interne tegningsregler. Selskabet har i brev af 18/5 2014 til nævnet heroverfor bl.a. bemærket:

"Europæiske ERV henviser til forsikringsbetingelserne fremsendt med vort brev af 21. november 2013.

Selskabet gør opmærksom på, at vi ikke har øvrige tegningsregler udover forsikringsbetingelserne.

NHC er som forsikringsselskab nødt til at kende risikoen ved at indgå i en forsikringsrelation med forsikringstager. Dette er selvsagt ikke muligt, hvis forsikringstager selv vurderer hvad der er af betydning for selskabet. Dette er sædvanlig kutyme i forsikringsbranchen og desuden indlysende at alle forsikringsselskaber ønsker at kende det fulde omfang af den risiko som de skal forsikre.

Ved kundens anmodning om forsikring vurderer selskabets medicinske team den medsendte helbredserklæring med henblik på eventuelt at forsikre en eksisterende lidelse mod forhøjet præmie eller helt at ekskludere lidelsen. Den medicinske vurdering er individuel og foretages på baggrund af de oplysninger kunden sender.

Øverst på helbredserklæringen under '*Important details before you fill in this document*' fremgår det, at: *'You must not fail to disclose anything, even though you think it is of no importance to Nordic Health Care'.*

Ved ikke at opfylde sin oplysningspligt har klager forholdt selskabet oplysninger, og i strid med helbredserklærings indledning selvstændigt vurderet, hvilke oplysninger der er af betydning for selskabets vurdering.

NHC medsender eksempler på kunder med virushepatitis som har ansøgt om forsikring. Som det fremgår af vedlagte har NHC enten tilbudt præmieforhøjelse eller helt undtaget for-

sikringsdækning for kunder med virushepatitis. To af eksemplerne er blot mails, eftersom kunderne ikke efterfølgende har antaget forsikringen, men er alligevel medsendt for at kunne dokumentere NHC's praksis omkring forsikringstagere med virushepatitis.

Overordnet har NHC afvist kunder med virushepatitis, hvis:

- Kunden på tegningstidspunktet har aktivitet i sygdommen verificeret gennem blodprøver og øvrige undersøgelser
- Kunden har tegningstidspunktet modtager medicinsk behandling eller denne behandling er planlagt fremadrettet

Vi håber, at vi med vedlagte har dokumenteret, hvorledes kunder med virushepatitis sædvanligvis bliver vurderet og nogle gange afvises forsikringstegning."

Klagerens advokat har i brev af 26/6 2014 til nævnet heroverfor bl.a. bemærket:

"On behalf of my client [klageren] I maintain the complaint and the arguments in support of the claim, in particular that my client has not given wrongful information in connection with the health declaration of 15 November 2011. Even if the information given is considered wrongful within the meaning of section 6 of the Danish Insurance Contracts Act, it is disputed that Europæiske ERV (Nordic Health Insurance) has evidenced that they would have excluded liver diseases from the insurance cover or would not have accepted the insurance at all as claimed by Europæiske ERV in their letter dated 8 July 2013 (Exhibit 4) and repeated in their letter dated 28 May 2014.

In particular, I dispute that the examples given by Europæiske ERV of cases in which Europæiske ERV has either declined acceptance or demanded higher premiums from customers with hepatitis and liver disorders have any relevance. In that respect I would stress that at least one of the three examples relates to the situation having arisen after my client had raised his claim against Europæiske ERV under the insurance taken out by my client and thus that example has no relevance what so ever.

That leaves only two cases, and in one of the cases the individual was actually offered an insurance against a premium surcharge of USD 2,500, while in the other case an insurance with an exclusion clause concerning hepatitis C and liver diseases and tumors of the kidneys and all consequences hereof was offered.

Thus, it is evident that Europæiske ERV has no standard practice concerning customers with liver diseases or risks of liver diseases, and as a consequence hereof any wrongful information given by my client with regard to his liver condition, if any, has absolutely no consequences, as Europæiske ERV has not evidenced that they would not have accepted the insurance or would only have accepted the insurance on different terms, had they known about his liver condition.

Hence, the two examples given by Europæiske ERV show no standard practice as one of the cases resulted in exclusion while the other case resulted in a premium surcharge."

Selskabet har i brev af 10/7 2014 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"De medsendte sager var alene *eksempler* på sager hvor vi enten har hævet præmien eller helt ekskluderet dækning for lidelsen.

Selskabet kan af indlysende årsager ikke fremsende samtlige sager, hvor kunden ved tegning af forsikringen har angivet at lide af hepatitis.

Vi mener, at vi med medsendte eksempler har dokumenteret, at selskabet har en praksis med at forholde sig til kundens diagnose og enten kræve præmiestigning eller eksklusion.

At klagers advokat bestrider et eksempel på en kunde, som har oplyst at lide af hepatitis efter klagers skade viser blot, at denne praksis også gjaldt efter klagers skade. Hvis klager ved afgivelsen af helbredsoplysninger havde udfyldt denne fyldestgørende, havde vi ligesom i de fremsendte eksempler forholdt os hertil ved enten at kræve præmieforhøjelse eller helt ekskludere lidelsen."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"CHAPTER 1 - PRELIMINARY PROVISIONS

1.1 Acceptance and commencement of the insurance
The insurance shall enter into force, if Europäische Reiseversicherungs AG , hereinafter 'the Company', has accepted the application and health declaration from the applicant and informed the applicant on which terms the insurance will be issued, and the agreed premium has been paid to the Company in due time.

If the state of health of the applicant alters during the period from the proposal is signed and the Company accepts the insurance, the applicant must inform the Company thereof at once.

Upgrading of the medical cover is considered a new insurance, where the applicant is under obligation to submit new health declarations for medical underwriting. The upgrade shall only enter into force upon acceptance of the Company and after expiry of any applicable waiting periods. Until the expiry of waiting periods the applicant is covered by the previous cover.
…
1.13 Duration and cancellation of the insurance
…
d) The Company can cancel the insurance, if it is found that the policyholder or the Insured has withheld information important to the Company or disclosed incorrect information at the time of taking out the insurance.

e) The Company can cancel the insurance, if it is found, that the policyholder or the Insured has committed a fraudulent action in connection with a claim or otherwise supplied incorrect information at the time of the claim."

Nævnet udtaler:

Det fremgår af oversættelse af russisk lægejournal af oktober 2008, at klageren omkring 2005 blev behandlet for prostata, og at han ved en urologisk lægekonsultation den 15/10 2008 fik stillet diagnosen, herperviral infektion, uspecificeret.

Endvidere fremgår det, at klageren hos en hudlæge den 8/12 2009 fik konstateret hudsygdommen, dermatitis herpetiformis, og at han i den forbindelse også besøgte en allergilæge den 10/12 2012 og den 19/2 2010. Desuden fremgår det, at han ved konsultation hos en gastroenterologisk læge den 10/12 2009 fik stillet diagnosen, uspecificeret leversygdom.

Den 7/10 2011 henvendte han sig i en privatlægeklinik i München, og det fremgår af lægeattest af 28/6 2013, at der i den forbindelse blev konstateret, at han havde forhøjede levertal, og at der til trods for, at den test, der blev foretaget, ikke kunne påvise det, var mistanke om kronisk hepatitis. Han blev i den forbindelse behandlet med aminosyrer, hvilket forbedrede hans levertal.

Den 15/11 2011 udfyldte og underskrev han en helbredserklæring i forbindelse med begæring om sygeforsikring hos det indklagede selskab. Af erklæringen fremgik det, at klager skulle besvare alle spørgsmål omhyggeligt, og at der ved besvarelsen af spørgsmålene ikke burde udelades noget, ej heller hvis han mente, at det ikke måtte have betydning for selskabet.

Helbredserklæringen indeholdt bl.a. spørgsmål om, hvorvidt klageren nogensinde havde lidt af hepatitis eller leversygdomme, hvornår han sidst havde været til lægeundersøgelse, og om han indenfor de seneste 10 år havde konsulteret eller var blevet undersøgt eller behandlet af en læge ud over tilfælde af forkølelser, forbigående infektioner, børnesygdomme og undersøgelser uden fund, samt om han indenfor de seneste 10 år havde været indlagt, undersøgt eller behandlet på et hospital eller en privat klinik.

Af klagerens besvarelse fremgik, at han aldrig havde lidt af hepatitis eller leversygdomme, at han senest havde været til lægeundersøgelse i oktober 2011, at han indenfor de seneste 10 år kun havde opsøgt læge i forbindelse med en hjernerystelse i 2001 og at

han ikke i den samme periode havde været indlagt, undersøgt eller behandlet på et hospital eller en privat klinik.

Den 18/7 2012 anmeldte klageren, at han havde fået konstateret en hepatitis C-infektion. Diagnosen var blevet stillet den 31/5 2012, og selskabet dækkede hans udgifter til undersøgelser og blodprøver i juni 2012. Han blev efterfølgende behandlet yderligere, men selskabet afviste at dække udgifterne hertil og ophævede den 8/7 2013 forsikringsaftalen mod tilbagebetaling af præmie for den resterende forsikringsperiode.

Det fremgår af punkt 1.13, d) i forsikringsbetingelserne, at selskabet kan ophæve aftalen, hvis forsikringstageren har fortiet vigtige informationer eller afgivet urigtige oplysninger på tegningstidspunktet. Af punkt 2.10 fremgår det, at forsikringen ikke dækker udgifter til sygdom, skade og medfødte lidelser eller symptomer herpå, som forsikringstageren havde kendskab til på tegningstidspunktet.

Nævnets flertal finder efter en samlet vurdering af sagen, at klageren har afgivet urigtige risikooplysninger ved i helbredserklæringen at svare benægtende på spørgsmålene, om han de seneste 10 år havde konsulteret eller var blevet undersøgt eller behandlet af en læge eller været indlagt, undersøgt eller behandlet på et hospital eller en privat klinik udover et tilfælde af hjernerystelse i 2001.

Afgivelsen af de urigtige risikooplysninger finder nævnets flertal kan tilregnes klageren som uagtsom. Nævnets flertal har i den forbindelse lagt vægt på, at der er tale om en ikke uvæsentlig lidelse, og at der har været tale om flere konsultationer ved en række forskellige speciallæger, og nævnets flertal finder endvidere, at der ikke foreligger sådanne særlige omstændigheder, at selskabet kan pålægges at yde dækning i henhold til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3.

Spørgsmålet er herefter, om selskabet har bevist, at det ikke ville have antaget forsikringen eller antaget den på andre vilkår, hvis de rette forhold var oplyst.

Nævnets flertal finder, at selskabet på det foreliggende grundlag har været berettiget til den 8/7 2013 at opsige forsikringen i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 1.13 (d og e) mod tilbagebetaling af præmie for den resterende forsikringsperiode, og at selskabet i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 2.10 har været berettiget til at afvise at dække omkostningerne til behandling af lidelsen udover, hvad det allerede har dækket. Nævnets flertal kan på denne baggrund ikke kritisere selskabets afgørelse.

Nævnets mindretal finder, at klageren ikke har udvist uagtsomhed, da lægeundersøgelsen i oktober 2011 ikke viste tegn på kronisk hepatitis. Mindretallet finder det endvidere ikke godtgjort, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen, hvis de rette forhold var oplyst.

Afgørelsen træffes efter stemmeflertallet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand