Ankenævnet for Forsikring

Den 6. maj 2015 blev i sag nr. 86620:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

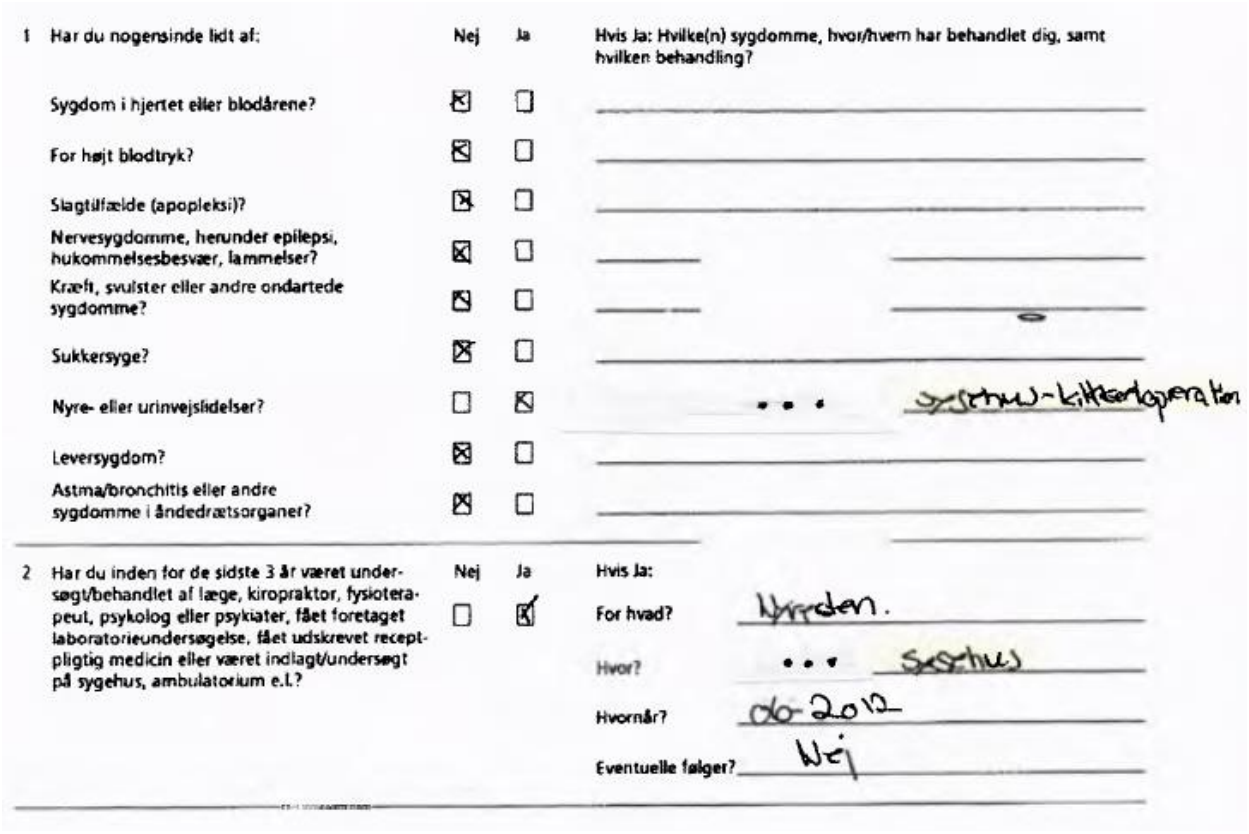
Forsikringstageren har tegnet forsikring mod visse kritisk sygdom i Forenede Gruppeliv. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssum for en kritisk sygdom, Limb Girdle muskeldystrofi (muskelsvind), som han anmeldte i juli 2014.

Selskabet har henvist til, at klageren har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med tegning af forsikringen ved ikke at oplyse om, at han de seneste tre år havde haft snurren i benene og i perioden oktober 2013 til december 2013 havde konsulteret læge, som henviste ham til neurolog.

Selskabet har gjort gældende, at forsikringen ikke ville være oprettet, såfremt klageren havde afgivet disse helbredsoplysninger.

2. 86620

I forsikringsbegæringens helbredserklæring, som klageren underskrev den 24/12 2013 fremgår det bl.a.:



	Nej	Ja	Hvis Ja: Hvilke(n) sygdomme, hvor/hvem har behandlet dig, samt hvilken behandling?
1 Har du nogensinde lidt af:			
Sygdom i hjertet eller blodårene?	☒	☐	
For højt blodtryk?	☒	☐	
Slagtilfælde (apopleksi)?	☒	☐	
Nervesygdomme, herunder epilepsi, hukommelsesbesvær, lammelser?	☒	☐	
Kræft, svulster eller andre ondartede sygdomme?	☒	☐	
Sukkersyge?	☒	☐	
Nyre- eller urinvejslidelser?	☐	☒	... Cystitis - Lillerlogperation
Leversygdom?	☒	☐	
Astma/bronchitis eller andre sygdomme i åndedrætsorganer?	☒	☐	
2 Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut, psykolog eller psykiater, fået foretaget laboratorieundersøgelse, fået udskrevet receptpligtig medicin eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l.?	Nej	Ja	Hvis Ja:
	☐	☒	For hvad? Nyresten.
			Hvor? ... Sygehus
			Hvornår? okt 2012
			Eventuelle følger? Nej

...

	Nej	Ja	Hvis ja:
6 Modtager du behandling eller bruger du for tiden nogen form for medicin?	☐	☒	Hvilken?
			For hvad? Nyresten.

I klageskemaet af 23/8 2014 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> **"Sagsfremstilling**
> …
> Anmoder Forenede Gruppeliv om udbetaling af sum ved kritisk sygdom den 15 Juli 2014. Dette afvises den 29 Juli (Bilag 1) i henhold til Forsikringsaftalelovens § 6, stk.1 Om at jeg skulle have givet urigtige oplysninger på udfyldte helbredserklæring (Bilag 2) Denne afgørelse finder jeg ikke acceptabel i henhold til forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1. Dette klages der over den 11. august (Bilag 3)
> Da jeg den 24. december 2013, udfylder og underskriver helbredserklæringen, burde og kunne jeg ikke vide den nu opståede kritiske sygdom. Derfor kan jeg ikke have givet urigtige oplysninger. Yderligere er det mig nu oplyst den 5 august(Bilag 4) af Forenede Gruppeliv, at det er fast praksis at hente journal fra forsikredes praktiserende læge, for at se, om der ved oprettelse/udvidelse var mangel i det oplyste på helbredserklæringen. Derfor har Forenede Gruppeliv været bekendt med de daværende oplysninger og godkender dette. Men nu, ud fra selvsamme oplysninger vælger at afvise anmodning om udbetaling af sum ved kritiske sygdom.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Udbetaling af sum på 142.000 kr. ved kritisk sygdom."

Selskabet har i brev af 23/9 2014 til nævnet bl.a. bemærket:

"Den 24. december 2013 besvarede klager helbredsspørgsmål (bilag A) til brug for udvidelse af gruppelivsforsikring til også at omfatte dækning ved kritisk sygdom.

Klager oplyste i helbredserklæringen, at han i juni 2012 havde haft nyresten og var blevet behandlet på … Sygehus. For at få yderligere oplysninger om sygdommen, udfyldte klager et spørgeskema vedrørende Nyrekolik (nyresten). Vi bad også klager indsende resultatet af forskellige blodprøver for status af nyrefunktionen, se bilag B.

Da besvarelsen af spørgsmålene/blodprøvesvarene i bilag B ikke indeholdt helbredsforringende momenter af betydning for udvidelse af forsikringen, blev udvidelse umiddelbart antaget.

Den 9. juli 2014 søgte klager om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom pga. Limbgirtle muskeldystrofi (bilag C).

Når en forsikret søger om udbetaling fra en forsikring og forsikringen er oprettet/udvidet inden for de sidste 5 år, indhenter FG efter fast praksis journaloplysninger for den periode, hvor der skulle gives oplysninger i helbredserklæringen.

Vi modtog på den baggrund journaloplysninger fra Lægerne … for perioden 25. januar 2011 til 1. december 2013 (bilag D).

Det fremgår af bilag D, at klager konsulterede sin læge 31. oktober 2013, da klager gennem tre år havde haft tendens til snurren i begge ben. Klager oplevede også hurtig udtrætning af muskulaturen i benene, dårlig balance og klager havde svært ved at stå på hæl og tå. Ved konsultationen blev der ordineret blodprøver.

1. december 2013 konsulterede klager igen sin læge. Det beskrives i journalen fra konsultationen, at klager måtte støtte sig til gelænder ved trappegang og klager havde fortsat snurren i begge ben og tæer.

Den objektive undersøgelse viste lidt dårlig balance og klager havde svært ved at stå på hæle. Derudover havde klager lidt dårlig udviklet muskulatur i begge ben, men ingen sikker atrofi. Lægen skrev i journalen, at diagnosen var uklar og klager blev under konsultationen henvist til neurolog.
Det er vores opfattelse, at klager ved besvarelsen af spørgsmål 1 i bilag A, som lyder: 'Har du nogensinde lidt af: Nervesygdomme, herunder epilepsi, hukommelsesbesvær, lammelser?' burde have oplyst om føleforstyrrelse og nedsat muskelkraft i begge ben med hurtig udtrætning, hvor der 1. december 2013 blev givet henvisning til neurologisk udredning.

Det er også vores opfattelse, at klager ved besvarelse af spørgsmål 2 i bilag A, som lyder: 'Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut, psykolog eller psykiater, fået foretaget laboratorieundersøgelse, fået udskrevet receptpligtig medicin eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l?', burde have oplyst om konsultationer hos egen læge i oktober-december 2013 pga., at klager

gennem tre år havde lidt af føleforstyrrelser og nedsat kraft i begge ben, balancebesvær samt besvær med at stå på hæl og tå. Klager fik i perioden foretaget laboratorieundersøgelse (blodprøvetagning) samt blev henvist til neurologisk udredning.

Hvis klager havde oplyst om konsultationerne, hvor der blev beskrevet neurologiske symptomer samt bl.a. henvisning til neurologisk udredning, ville vi efter fast praksis have opsat bedømmelse af sagen indtil udredningen var afsluttet og der forelå en endelig diagnose.

Der kan kun ske optagelse i forsikringen, hvis den person der ønsker optagelse, ikke har en forøget helbredsmæssig risiko for nedsat levetid og/eller sygdom.

Det er ikke muligt at blive optaget i gruppelivsforsikringen mod betaling af forhøjet præmie eller med indskrænkning i forsikringsbetingelserne ved f.eks. klausul om, at en nærmere bestemt lidelse ikke dækkes af forsikringsbetingelserne.

Det betyder, at der kun kan ske optagelse i forsikringen på normale vilkår — se uddrag af tegningsregler for gruppelivsforsikring i FG i bilag E. Endvidere vedlægges Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring som bilag F.

Klager mener ikke, at sagen skal vurderes efter forsikringsaftaleloven, § 6, stk. 1, men i stedet vurderes efter forsikringsaftaleloven § 5, stk.1 om god tro, da klager ikke var bekendt med sin diagnose på tidspunktet for udfyldelse af helbredserklæringen.

En vurdering af god tro efter forsikringsaftaleloven § 5, stk. 1 hviler ikke på, om forsikrede på underskriftstidspunktet havde kendskab til den diagnose, som forsikrede var under udredning for, men derimod, om forsikrede gav oplysning om de konsultationer, der var inden for den periode, hvor der skulle gives oplysninger i helbredserklæringen.

Da klager var bekendt med de ovenfor nævnte konsultationer, er det vores opfattelse, at sagen ikke vurderes efter forsikringsaftaleloven § 5, stk. 1. Vi fastholder, at vurderingen skal ske efter forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1.

Sammenfattende kan det konkluderes, at såfremt vi havde fået de nævnte helbredsoplysninger, ville vi efter fast praksis have afvist at udvide forsikringen, hvilket vi meddelte klager 29. juli 2014, 5. august 2014 og 13. august 2014 (bilag G)."

Hertil har klageren i brev af 28/9 2014 til nævnet bl.a. bemærket:

"Jeg kan nu læse at FG mener at jeg skulle have føleforstyrrelser ved min første konsultation hos egen læge …. Dette er mig bekendt ikke korrekt, og hvor FG får disse oplysninger om er jeg uvidne om.
FG mener at jeg skulle have svaret ja til, at jeg på daværende tidspunkt, da jeg underskrev helbredserklæringen led af nervesygdomme, herunder epilepsi, hukommelsesbesvær og lammelser.
Da jeg som almindelig borger, og uden nogen form for lægelig baggrund skal besvare dette spørgsmål i helbredserklæringen, mener jeg ikke, at kunne forbinde mine 'Trætte ben' med en nervesygdom. Var på dette tidspunkt af den overbevisning om, at jeg nok bare var i dårlig form. Hvilket der ej heller var andre indikationer på, da jeg underskrev helbredserklæringen.(Laboratorieundersøgelse og konsultation hos egen læge) FG mener at jeg skulle have oplyst om min konsultation og blodprøvetagning, da ikke blodprøver var unormale på dette tidspunkt, og at egen læge ikke mente at der var noget galt. Lagde jeg

> ikke til vægt at dette kunne have betydning for denne forsikring. Derfor handlede jeg i god tro, da jeg svarede nej til dette. Sagen bør derfor vurderes efter forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1."

Nævnet har fået forelagt uddrag af selskabets tegningspolitik, der henviser til retningslinjer for risikovurdering fra Videncenter for Helbred og Forsikring. Nævnets sekretariat har følgelig anmodet selskabet om at modtage de retningslinjer, der er relevant for sagen.

I brev af 12/2 2015 til nævnet har selskabet hertil bl.a. anført:

> "Ankenævnet har i brev af 26. januar 2015 bedt om at modtage retningslinjer fra Videncenter for Helbred & Forsikring, som beskriver klassificeringen af D0/D1 —I0/I1.
>
> En beskrivelse af retningslinjerne vedlægges til fortrolig brug, som betyder, at Ankenævnet ikke må videregive oplysningerne.
>
> I den konkrete sag fremgår det, at klager konsulterede sin læge i oktober 2013 og december 2013, som var umiddelbart før helbredserklæringen blev udfyldt og underskrevet den 24. december 2013.
>
> Under konsultationerne frembød klager flere neurologiske symptomer og udfald og klagers læge kunne ikke stille en diagnose, hvorfor klager blev henvist til udredning hos neurolog.
>
> Som beskrevet i svar af 23. september 2014, side 2, afsnit 3, ville vi have opsat bedømmelsen af sagen til der forelå en endelig udredning af klagers symptomer og der var blevet stillet en diagnose.
>
> Der henvises til fremhævede afsnit på side to i vedlagte retningslinjer fra Videncenter for Helbred & Forsikring.
>
> På den baggrund kunne klagers helbredsoplysninger ikke klassificeres til D0/D1 og/eller I0/I1, men FG ville have opsat bedømmelsen som beskrevet."

Nævnet har gennemgået de fremlagte bilag i sagen herunder lægejournaler og uddrag af selskabets tegningspolitik.

I klagerens lægejournal fremgår det bl.a.:

> "Torsdag d. 31. oktober 2013
>
> **Journaltekst almen**
> gennem 3 år tendens til snurren i begge ben til tæer, samtidig oplevet hurtig udtrætning af muskulatur i begge femora især, obj lidt dårlig balance, svært ved at stå på hæle, kommer

op på tæer, knæ-hæl på begge sider kompromeitteret. Finder normal sens bilat, reflekser ok, Babinsky sløv bilat men ikke positiv. Ingen ten til sygdom i øvrigt, lab, og ringer,
…

Mandag d. 4. november 2013

Journal tekst - Almen
Labtal er i orden, jeg skal tale med ham, skal henvises grundet sine ben, obs muskellidelse …

Torsdag d. 7. november 2013

Journal tekst - Email til/fra patient
* Mail fra patient *.
Hej … [læge].
Vil lige høre om der er kommet svar på mine blodprøver fra i fredags??

MVH … [klager]

Mandag d. 18. november 2013

Journal tekst - Email til/fra patient
Hej … [klager], du anbefales at kontakte … [læge] når han er hjemme fra kursus i næste uge. Det ser ud til at han gerne selv vil tale med dig. Du kan evt. ringe til ham om morgenen eller vi kan finde en tid til dig. Med venlig hilsen Sekr. … .
…

Søndag d. 1. december 2013

Journal tekst - Almen
3 år med tiltagende besvær med kræfter begge ben. Må støtte sig og hive sig op ad gelænder, når han skal bare op til 1. sal. Samtidig oplever han snurren i begge ben gående til tæer bilat. Obj finder jeg lidt dårlig balance, knæ_hæl bilat lidt tøvende, normal sensibilitet påp begge sider, synes reflekser er normale. Ingen rygproblemer. babinski neg. Lidt dårligt udviklet muskulatur bilat, men inge ikker atrofi.
Svært ved at stå på hæle. der er taget lab, alt normalt, tsh, hgb bs, crp osv. Jeg har dog ikke taget muskelenzymer.
Diagnosen for mig uklar, henvisning neurolog"

I uddrag af selskabets tegningspolitik fremgår det bl.a.:

"Der etableres kun forsikring til normal præmie i FG. Som følge heraf er det kun helbredsoplysninger, der klassificeres som D0, D1 og I0 og I1 (normal præmie) jf. retningslinjer for risikovurdering, publiceret af Videncenter for Helbred og Forsikring, som giver mulighed for at tilbyde forsikring i FG."

I forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"§ 1. Forsikringsaftalen
…

Stk. 3. Lov om forsikringsaftaler gælder som supplerende aftalegrundlag, hvis loven ikke er fraveget ved bestemmelser i forsikringsaftalen.
…

§ 5. Indtræden af forsikrede
…
Stk. 3. Hvis forsikringstageren eller forsikrede giver FG urigtige oplysninger ved indtræden under forsikringsaftalen eller ved ændring af forsikringsdækningen, er retsvirkningerne som anført i Forsikringsaftalelovens §§ 4 - 10."

Nævnet udtaler:

Klageren havde i helbredserklæringen af 24/12 2013 pligt til at oplyse, om han havde været undersøgt eller behandlet af en læge de seneste tre år. Klageren oplyste ikke, at han i perioden oktober 2013 til december 2013 havde været hos egen læge på grund af snurren og svækkelse i benene, og at han den 1/12 2013 blev henvist til neurologisk vurdering. Lægebesøgene ligger inden for tre år før klagerens underskrift af helbredserklæringen, og der er derfor objektivt set givet urigtige oplysninger.

Efter en gennemgang af sagen og ud fra en samlet bedømmelse finder nævnet, at undladelsen af at oplyse om lægebesøgene kan tilregnes klageren som uagtsomt. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren var i kontakt med lægen flere gange i den omhandlede periode kort før forsikringens tegning, og at symptomerne havde en karakter, der medførte henvisning til neurolog. Besøgene har efter nævnets opfattelse ikke været ubetydelige i forhold til selskabets risikovurdering af klageren.

På denne baggrund finder nævnet, at klageren burde have indset, at disse oplysninger var relevante og burde være oplyst som svar på selskabets spørgsmål 2 i helbredserklæringen.

Efter en gennemgang sagen, herunder selskabets tegningspolitik og retningslinjer for risikovurdering fra Videncenter for Helbred og Forsikring finder nævnet det bevist, at selskabet ikke ville have udvidet klagerens forsikring til at omfatte dækning ved visse kritiske sygdomme, såfremt de korrekte helbredsoplysninger var afgivet ved anmodningen herom.

8. 86620

Selskabet har herefter i medfør af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, været berettiget til at afvise at udbetale forsikringssummen for den anmeldte kritiske sygdom.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand