Ankenævnet for Forsikring

Den 3. juni 2015 blev i sag nr. 87043:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren havde via sin bank en gruppelivsordning i PFA Pension. Nu afdøde forsikringstagers datter klager over, at selskabet har afvist at udbetale dødsfaldssummen.

Selskabet har afvist at udbetale dødsfaldssummen med henvisning til, at forsikringstageren afgav urigtige helbredsoplysninger i forbindelse med tegningen af forsikringen. Selskabet har anført, at det ikke ville have tegnet forsikringen, hvis korrekte oplysninger havde været givet. Som konsekvens heraf har selskabet ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og tilbagebetalt præmien til dødsboet.

I klage af 5/10 2014 har klageren krævet dødsfaldssummen udbetalt og har til støtte herfor anført:

> "[Afdøde forsikringstager] tegner en livsforsikring i forbindelse med et lån i … bank den 27. november 2011, (se vedlagte): Hun svarer: 'Ja' til symptomer fra nervesystem, da hun lider af Partiel Epilepsi. Men 'Nej' til at have haft angst, depression eller andre psykiske problemer.
>
> [Afdøde forsikringstager] har været i behandling med Lamictal Teva siden 2001 på grund af hendes Partiel Epilepsi og ikke for depressionen.
>
> [Afdøde forsikringstager] var sygemeldt med stress, da hun opsøgte egen læge den 19. oktober 2011. I journalen står der, at hun er ked af det, er ensom, har ingen venner og en stram økonomi. Ingen behandling sættes i gang.

På grund af økonomien, havde hun derfor planer om, at hun ville flytte til en billigere lejlighed og i den forbindelse ansøger hun om et lån i … Bank.
[Afdøde forsikringstager] søger egen læge igen den 7. december 2011,som henviser hende til en psykolog.

[Afdøde forsikringstager] får det dårligere og dårligere og i juli 2012 får hun angstanfald, og i november 2012 henvises [afdøde forsikringstager] til en psykiater og hvor hun diagnosticeres med depression.

[Afdøde forsikringstager] kommer ikke i behandling for svær depression, før hun får diagnosen i november 2012, 1 år efter afgivelsen af helbredsoplysninger."

Selskabet har over for nævnet i brev af 19/1 2015 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor blandt andet anført:

" **Hvilken forsikring er der tale om?**
Forsikringstager (og forsikrede) … (herefter forsikringstager), som var mor til klageren, underskrev den 2/12 2011 en aftale med [bank], om LETSIKRING i PFA, og forsikringen LETSIKRING AF LÅN OG KREDIT blev antaget den 6/12 2011 af [bank] på vegne af PFA Policen indeholdt ved forsikringstagerens død en sum ved død (koncession nummer 115).
…
Hvori består uenigheden?
Forsikredes datter klager over, at PFA i forbindelse med behandling af sagen ved forsikredes *død* den 27/1 2014 har ophævet forsikringen med virkning fra oprettelsen med henvisning til, at der ved oprettelsen var afgivet urigtige oplysninger.
PFA fastholder, at forsikringen er hævet med rette. Hvis forsikrede havde opgivet de korrekte oplysninger, ville forsikringen ikke være blevet antaget.
Hvad er der sket?
Forsikringstageren har søgt tre forsikringer i PFA. Ankenævnssagen handler om den sidste af disse (nedenfor betegnet som **Forsikring 3).**

Forsikring 1: Forsikringstageren søgte ved begæring af 17/3 1999 **(Bilag C)** at tegne en gruppelivsforsikring 'Tryghedsgaranti - Livs-/ulykkessum" gennem Jyske Bank, Lyngby.
Til brug for PFA's antagelse af forsikringen afgav forsikringstageren samtidig helbredsoplysninger **(Bilag D),** hvoraf det fremgår, at forsikringstageren har været undersøgt og behandlet for depression i perioden 8/4 1997 til 31/7 1998, og at hun havde været syg eller sygemeldt i denne periode.
På baggrund heraf, og da PFA ikke kan bedømme depressioner, før forsikringstageren har været fuldt arbejdsdygtig i mere end et år efter depressionens ophør, fik forsikringstageren afslag på sin forsikringstegning ved brev fra PFA fra den 4/5 1999 **(Bilag E);** men det blev i samme brev tilkendegivet, at forsikringstageren havde mulighed for at få sagen taget til endelig bedømmelse i august 1999, hvis hun på dette tidspunkt rettede fornyet henvendelse til PFA herom. Til orientering vedlægges "Antagelsesbilag til Gruppeliv" med henvisninger til Helbred og Forsikrings (HEFO's) såkaldte blå bog **(Bilag F).**
Forsikringstageren rettede ikke fornyet henvendelse til PFA, og den omtalte forsikring blev aldrig etableret.
Forsikring 2: I kraft af et ansættelsesforhold i [arbejdsgiver] blev forsikringstageren med virkning fra den 1/6 2007 omfattet af en firmapensionsordning, som bl.a. indeholdt dækning ved tab af erhvervsevne og PFA Helbredssikring.
Forsikring 3: Forsikringstageren underskrev den 2/12 2011 en aftale med [bank] **(Bilag A)** om LETSIKRING i PFA, og forsikringen LETSIKRING AF LÅN OG KREDIT blev anta-

get den 6/12 2011 af [bank] på vegne af PFA på baggrund af helbredsoplysninger afgivet af forsikringstageren den 27/11 2011 **(Bilag 1).** For denne forsikring gælder forsikringsbetingelserne * **(Bilag B)**

Blandt de afgivne helbredsoplysninger har forsikringstageren den 27/11 2011 besvaret følgende spørgsmål: "Har du inden for de sidste 10 år haft episoder med angst, depression eller andre psykiske problemer?" med et *"Nej".*

Da forsikringstageren afgik ved døden den 27/1 2014, undersøgte vi rutinemæssigt, om der var omstændigheder i dødsattest eller andre dokumenter, som kunne antyde muligheden af, at der ved oprettelsen var afgivet urigtige oplysninger.
Det viste sig herved, at forsikringstageren på ovennævnte **"Forsikring 2"** - firmaforsikringsordningen i [arbejdsgiver] havde søgt om følgende to forsikringsydelser:

1. Helbredssikring - og i den forbindelse havde forsikringstagerens læge … indsendt brev af 7/12 2011 **(Bilag G),** som PFA modtog den 14/12 2011, hvori det hedder: "Som praktiserende læge for ovennævnte og med indgående kendskab til hende kan jeg anbefale at hun får psykologsamtaler til bearbejdning af stress -der ikke er arbejdsmæssigt baseret men udløst af mange svigt tidligere i livet."
2. Invalidepension - og i den forbindelse havde forsikringstagerens læge … den 1/3 2013 udfyldt en "Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1" **(Bilag H).**

I den under pkt. 2 omtalte lægeattest havde lægen, som angiver at have været forsikringstagerens læge siden 2003, som svar på spørgsmål 3 og **4** oplyst følgende:

	a) Hvilke sygdomme/symptomer har patienten, eller hvilken skade er sket? (Diagnosen anføres på dansk og latin) Hvad oplyser patienten om: b) Hvornår sygdommen opstod? c) Hvornår der første gang?	**Dansk:** Svær depression Stress **Latin:** Depressio Mentis Stress **Dato:** Efterår 2011 **Dato:** 19/10 2011
	a) Oplyser patienten, at behandling er påbegyndt **Besvares kun, hvis ja til 4 a)** b) Oplyser patienten, at behandlingen følges?	**NEJ JA** ❑ **Ja; Hvornår?** 19/10 2011 **Hvilken behandling?** Motion - Træning - Psykolog samtaler **Hvor?** **Behandlingens forventede varighed?** ❑ **Ja; Hvis NEJ, hvorfor ikke?**

Af besvarelserne kan det erkendes, at forsikringstageren, da hun afgav helbredsoplysningerne den 27/11 2011 ved tegning af forsikringen i LETPENSION, var sygemeldt med svær depression og stress. Forsikrede vidste således, at hun, da hun afgav hel-

bredsoplysninger, var sygemeldt på 2. måned, og hun har - også set i lyset af forløbet af den ovenfor under punktet "Forsikring 1" omtalte begæring om forsikring - ikke kunnet været i tvivl om, at hun ikke sandfærdigt kunne svare *"Nej"* til spørgsmålet: "Har du inden for de sidste 10 år haft episoder med angst, depression eller andre psykiske problemer?".

Efterfølgende har forsikringstagerens læge i brev fra den 22/3 2014 **(Bilag I)** søgt at moderere indholdet af sin lægeattest og anført, at hun nok ikke har nævnt diagnosen depression for forsikringstageren, og at forsikringstageren derfor har været i god tro ved udfyldelsen af helbredsoplysningerne.

Hertil må det bemærkes, at forsikrede ikke kan have været i tvivl om, at hun var syg. Hun var jo sygemeldt fra den 18/10 2011 og var det stadig den 7/12 2011, jf. lægens journal **(Bilag G),** dvs. ved afgivelse af helbredsoplysninger den 27/11 2011 og ved underskrivelse af aftalen om forsikring den 2/12 2011.

Hun kan heller ikke have været i tvivl om, at der var tale om psykiske problemer, selv om lægen alene skulle have nævnt, at hun var sygemeldt på grund af stress. "Psykisk giver stress en række forskellige uspecifikke symptomer, hvoraf søvnløshed, anspændthed, irritabilitet og ulyst er de mest karakteristiske". At lide af stress er således netop at have psykiske problemer, selv om stresstilstande også kan have fysiske følger. (Kilde: www.netdoktor.dk/sundhed/hvad er stress.htm).

Vores begrundelse for at fastholde afgørelsen

Objektivt urigtige oplysninger
Da forsikringstager den 27/11 2011 afgav helbredsoplysninger for at opnå forsikringen LETSIKRING AF LÅN OG KREDIT (Bilag …), besvarede hun spørgsmålet: 'Har du inden for de sidste 10 år haft episoder med angst, depression eller andre psykiske problemer?' med et 'Nej'.

Forsikringstagerens læge udfyldte den 1/3 2013 'Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1' (Bilag …) til brug for ansøgning om dækning på en anden forsikring i PFA … og oplyste herved, at forsikringstageren i efteråret 2011 fik en svær depression og stress, som nødvendiggjorde lægehjælp første gang den 19/10 2011. Den foreskrevne lægeordinerede behandling bestod i sygemelding til 23/1 2012, motion, træning og psykolog samtaler.

Forsikringstagerens besvarelse var således objektivt betragtet en urigtig oplysning om forhold, der var til stede ved forsikringens tegning.

Det gælder også, selv om lægens udtalelser i brev fra den 22/3 2014 (Bilag …) modereres til: 'Forsikringstageren fik i efteråret 2011 stress, som nødvendiggjorde lægehjælp første gang den 19/10 2011. Den foreskrevne lægeordinerede behandling bestod i sygemelding, i første omgang fra den 18/10 til den 14/11 2011 og senere udvidet tidsmæssigt og med ansøgning om psykologbehandling via PFA Helbredssikring den 7/12 2011.'

Det faktuelle er således, at forsikringstageren var sygemeldt og modtog behandling for stress, da hun den 27/11 2011 (Bilag …) erklærede, at hun inden for de sidste 10 år ikke havde haft episoder med angst, depression eller andre psykiske problemer, og at hun den 7/12 2011 (5 dage efter underskrivelsen af begæringen om forsikringen) bad sin læge om at få psykologhjælp via PFA Helbredssikring, jf. Bilag …. Det gør man næppe, hvis ikke man er bevidst om, at man har psykiske problemer.

PFA var ikke på anden måde bekendt med de rette forhold og burde heller ikke være det, og oplysningerne var helt relevante for PFA's antagelse af forsikringen.

Forsikringsaftalelovens § 4
Forsikringstageren vidste fra sit tidligere forsøg på at opnå livsforsikring i 1999, at PFA gav afslag på at etablere dækning ved død, når forsikringssøgende har været undersøgt og behandlet for depression og været sygemeldt af denne årsag. En ny vurdering kunne først komme på tale, når forsikringstageren havde været fuldt arbejdsdygtig i mindst et år.

Det er på denne baggrund principalt PFA's opfattelse, at forsikringstageren gav et usandfærdigt svar på det stillede spørgsmål, vel vidende at svaret var urigtigt, og vel vidende, at hun ikke ville kunne opnå dækningen ved død, hvis hun svarede sandfærdigt.

Når forsikringstageren således ved forsikringens tegning bevidst har afgivet urigtige oplysninger for at opnå en forsikring, som hun vidste, hun ellers ikke ville kunne tegne, er tilfældet omfattet af forsikringsaftalelovens § 4 om svigagtig adfærd, og aftalen er ikke bindende for PFA.

Forsikringsaftalelovens § 6
Hvis Ankenævnet måtte finde, at der ikke foreligger tilstrækkeligt bevis til at statuere svigagtig fortielse, må det konstateres, at forsikringstageren forsætligt eller i hvert fald ved grov uagtsomhed har afgivet urigtig oplysning. Det kan - som før nævnt - stærkt bebrejdes forsikringstageren, at hun ikke besvarede spørgsmålet korrekt, da hun på anden måned var sygemeldt fra sit arbejde på grund af stress.

I så fald er tilfældet omfattet af forsikringsaftalelovens § 6, og i så fald er PFA fri for ansvar, hvis det kan antages, at PFA ikke at ville have overtaget forsikringen, hvis det rette forhold havde været oplyst.

Det fremgår allerede af eksistensen af det spørgsmål, som forsikringstageren besvarede usandfærdigt, at det er afgørende for PFA at få oplysning om, hvorvidt en forsikringssøgende har haft episoder med angst, depression eller andre psykiske problemer inden for de sidste 10 år.

Oplysningen om, at PFA ikke ville have overtaget forsikringen, hvis det rette forhold havde været oplyst, er yderligere bestyrket af, at PFA med samme begrundelse gav afslag til samme forsikringssøgende i 1999.

Det var desuden i 2011, da forsikringen blev antaget, - ligesom i 1999, da forsikringstageren fik afslag - helt sædvanligt i forsikringsbranchen, at livsforsikringer ikke antages, mens forsikringssøgende er sygemeldt på grund af psykiske problemer, og at selskaberne kan give forsikringssøgende mulighed for en ny vurdering, når forsikringstageren efter raskmelding har været fuldt arbejdsdygtig i mindst et år uden psykiske problemer.

Særligt om forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3
Ifølge forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, kan det ved livsforsikring bestemmes, at selskabet - trods den urigtige oplysning - hæfter helt eller delvis, hvis særlige omstændigheder taler herfor.

Ved afgørelsen heraf skal der navnlig lægges vægt på, om det forhold, hvorom der er givet urigtig oplysning, må antages at have haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden eller skadens størrelse, på den af forsikringstageren udviste uagtsomhed og på

den tid, der er forløbet fra afgivelsen af urigtig oplysning til forsikringsbegivenhedens indtræden.

Det er PFA opfattelse, at denne regel ikke kan komme i anvendelse i denne sag. Herved har vi navnlig lagt vægt på det forsæt eller den betydelige grad af udvist uagtsomhed, som forsikringstageren har lagt for dagen ved afgivelse af helbredsoplysninger i forbindelse med tegning af forsikringen, samt på, at der kun er forløbet godt to år fra forsikringens tegning den 2/12 2011 til dødsfaldet den 27/1 2014."

Af journalnotat udfærdiget af klagerens praktiserende læge af 19/10 2011 fremgår blandt andet:

arbejdet er fint og godt - er afholdt
alt andet i ruiner
har det fint med mennesker
sygemeldt fra i går
haft en del småfravær i år 5 x
er ked - vekslende aff - meget anspændt -græder
vred stress
ligger langt tilbage
fam splittet lang tid siden
ikke noget fam - ingen venner -
er på fuld tid -
er nu i periode hvor hun igen ikke har kunnet høre vækkeuret men er nu kommet på plads
er opskrevet til anden lejlighed regner med at flytte men økonomien er meget stram
plan 2 ugers sygem arbejdspl er bag - så rydder op
er opskrevet til anden lejlighed regner med at flytte men Økonomien er meget stram -
plan 2 ugers sygem arbejdspi er bag - så rydder op arbejdsgiver ... er bag hende
aftaler hun "rydder" op de næste 2 uger . her igen
02-11-2011 kons - gennemgået deres økonomi - flytte ser ud som [arbejdsgiver] kan finde på at betale hendes flytning
fået ordnet mange ting -
fitnescenter meldt hende og … ind - fortsætter
fået mange søde beskeder fra arbejde vil ikke have hende ind før hun er klar
planlagt at starte 14/11

Af helbredserklæring af 27/11 2011, som klageren udfyldte i forbindelse med tegningen af gruppelivsordningen ”Letsikring”, fremgår blandt andet:

"**Helbredsoplysninger**
Har du inden for de sidste 10 år været syg af, haft symptomer på eller modtaget behandling for nogen fysisk eller psykisk lidelse udover almindelig influenza, forkølelse og lignende?: Ja

Har du inden for de sidste 10 år haft problemer med maven; tarme, blære eller indre organer, fx. nyrerne?: Nej

Har du inden for de sidste 10 år haft problemer relateret til dine led, muskler, sener eller rygsøjle?: Nej

Har du inden for de sidste 10 år haft symptomer fra dit nervesystem, fx. hjernen eller andre nerver?:Ja
Angiv venligst hvilke: PARTIEL EPILEPSI

Har du haft et epileptisk anfald inden for de sidste 6 måneder?: Nej

Hvornår har du sidst haft et epileptisk anfald?: 2006-12-01

Har du været indlagt pga. lidelsen inden for de sidste 2 år?: Nej

Er du i et behandlingsforløb pga. lidelsen?: Ja

Har du inden for de sidste 10 år haft episoder med angst, depression eller andre psykiske problemer: Nej

Har du inden for de sidste 10 år modtaget behandling eller taget medicin af andre årsager, fx. på grund af forhøjet blodtryk, diabetes, allergi eller anden årsag?: Nej -
…
Har du inden for de sidste 10 år modtaget andre medicinske eller kirurgiske råd, udover-dem du allerede har besvaret?: Nej"

Forsikringstagerens praktiserende læge har i udtalelse af 22/3 2014 anført:

"Jeg har som praktiserende læge fulgt [afdøde forsikringstager] siden 2003. Hun har altid været pålidelig og meget autoritetstro hvorfor jeg har set på denne sag igen.
Jeg er overbevist om hun har afgivet helbredsoplysninger efter bedste overbevisning og uden hensigt at ville skjule noget.

Jeg kendt hende siden 2003 og i de år frem til okt 2011 har der ikke været depression inde i sygehistorien.

Når jeg læser mit journalnotat fra 19/10 2011 og ser [afdøde forsikringstager] har skrevet 'nej' til depression er det ud fra den overbevisning at det ikke var depression men stress hun led af.

Jeg har ikke direkte skrevet 'depression' eller talt med hende - det er min konklusion ved udarbejdelsen af FP 401 attesten 1.3 2013 og det er meget set i bakspejlet idet hun først i november 2012 henvises til psykiater til udredning og han giver hende diagnosen 1. depression.

Derfor mener jeg [afdøde forsikringstager] har været i ærlig og i god tro , da hun skrev de 2 'nejer' [den] 27. november 2011 og at forsikringen ikke er givet på urigtige oplysninger."

Selskabet har fremlagt sine interne tegningsregler som nævnet har haft lejlighed til at gennemse.

8. 87043

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

> "**Urigtige oplysninger**
> § 4. Er der ved tegning eller senere af forsikrede afgivet urigtige eller ufuldstændige oplysninger, er retsvirkningerne som beskrevet i Lov om Forsikringsaftaler §§ 4-10, hvorefter forsikringsdækningen helt eller delvis kan bortfalde."

Nævnet udtaler:

I helbredsoplysningerne af 27/11 2011 svarede forsikringstageren "nej" på spørgsmålet om, hvorvidt hun inden for de sidste 10 år har haft episoder med angst, depression eller andre psykiske problemer. Hendes læge har den 1/3 2013 i "Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1" til selskabet oplyst, at hun har været sygemeldt på grund af svær depression og stress siden 19/10 2011. I sin udtalelse af 22/3 2014 har lægen modificeret sin udtalelse og oplyst, at diagnosen depression først blev stillet efter forsikringstageren besvarede helbredserklæringen, hvorfor forsikringstageren muligt ikke har været klar over, at hun led af depression.

Nævnet lægger til grund, at forsikringstageren, da hun udfyldte erklæringen var sygemeldt på 2. måned, og sygemeldingen var relateret til hendes stress/depressionstilstand. Det er på denne baggrund nævnets opfattelse, at hendes tilstand hermed var omfattet af spørgsmålet om ”depression eller andre psykiske problemer”.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at forsikringstageren herved har afgivet objektivt urigtige helbredsoplysninger over for selskabet, og at denne forsømmelse kan tilregnes hende som uagtsom. Nævnet har herved taget i betragtning, at klager tidligere har været syg og behandlet for depression. Ved undladelsen af at oplyse om hendes psykiske problemer og sygemeldingen har selskabet ikke haft fornøden anledning til at undersøge forholdet nærmere, og nævnet må lægge til grund, at hvis oplysningerne var givet, ville selskabet have indhentet yderligere oplysninger om hendes psykiske tilstand, og at disse oplysninger villa have resulteret i et afslag på tegning af gruppelivsforsikringen.

Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har afvist at udbetale dødsfaldssummen og tilbagebetalt præmier tilbage til tegningstidspunktet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand