Ankenævnet for Forsikring

Den 7. januar 2016 blev i sag nr. 88419:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Alm. Brand Forsikring A/S
Midtermolen 7
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har pensionsordning med ret til præmiefritagelse samt dækning ved tab af erhvervsevne i Alm. Brand Forsikring A/S. Hun klager ved sin advokat over, at selskabet har ændret hendes forsikringer med tilbagevirkende kraft, så der ikke ydes dækning eller er ret til præmiefritagelse ved erhvervsevnetab.

Selskabet har henvist til, at klageren ved indtegning har afgivet urigtige oplysninger.

I klageskema samt tillæg af 3/9 2015 er det bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**

Min klient ansøger primo 2015 Alm. Brand om præmiefritagelse og udbetaling af invalide-rente i forbindelse med hendes sygemelding fra sit arbejde som ….

Alm. Brand indhenter herefter oplysninger om min klient hos egen læge samt hos Jobcen-ter … På baggrund af helbredsoplysningerne som modtages herfra, sender Alm. Brand sagen til Videncenter for Helbred og Forsikring med henblik på en vurdering af de i 2010 fastsatte antagelsesvilkår. Min klients lægejournal fra tiden før 2010 er vedlagt dette brev som **bilag 1.**

Videncenter for Helbred og Forsikring vurderer, at min klients livs-/pensionsforsikring kun-ne være oprettet, dog uden ret til præmiefritagelse og uden dækning ved nedsat er-hvervsevne. Alm. Brand afviser derfor ved brev af 8. juni 2015 min klients ansøgning om præmiefritagelse og udbetaling af invaliderente. Brevet fra Alm. Brand af 8. juni er vedlagt dette brev som **bilag 2.**

Begrundelsen for Videncenter for Helbred og Forsikrings vurdering og dermed Alm. Brands afvisning angives at være oplysningerne fra min klients læge. Af lægejournalen fremgår flere steder, at min klient har søgt læge pga. symptomer på nedtrykthed, stress og angst i perioden fra juli 2001 til juli 2009. Min klient havde ikke oplyst dette ved oprettelsen af forsikringen d. 1. juni 2010.

Min klient nævnte ikke ovenstående fra lægejournalen, da hendes lægejournal fremstår som misvisende i den forstand, at besøgene hos lægen samt sygemeldingen i 2006 ikke skyldtes hendes egne forhold, men grundede i, at hendes [barn] igennem flere år havde haft store psykiske problemer. Min klients læge har da også efterfølgende i en erklæring skrevet under på, at årsagen til hendes sygemelding i 2006 ikke var stress, som det ellers fremgår af journalen, men at hun blev sygemeldt for at kunne passe hendes [barn], som på daværende tidspunkt havde psykiske problemer. Erklæringen fra lægen er vedlagt dette brev som **bilag 3.**

Det har aldrig været min klients opfattelse, at hun i årene før 2010 led af nogen former for psykiske sygdomme, hvorfor dette naturligvis ikke oplyses ved tegning af forsikringen i 2010. Min klient har derfor ved tegningen af forsikringen været i god tro om de oplysninger som hun afgav til selskabet, hvorfor Alm. Brand hæfter som om en urigtig oplysning ikke forelå jf. Forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1. Min klient har hverken forsætligt eller uagtsomt afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med oprettelsen af forsikringen, hvorfor Alm. Brands afvisning af ansøgningen om præmiefritagelse og invaliderente er forkert.

Undertegnede klagede ved brev af 12. juni 2015 til Alm. Brand over afvisningen. Klagen til Alm. Brand er vedlagt dette brev som **bilag 4.** I klagen belyses endvidere misvisende oplysninger i min klients lægejournal.

På trods af erklæringen fra min klients læge samt klagen af 12. juni 2015 afviste Alm. Brand igen ved brev af 5. august 2015 at tage stilling til min klients krav på dækning. Brevet fra Alm. Brand af 5. august 2015 er vedlagt dette brev som **bilag 5.**

Begrundelse for klage til Ankenævnet For Forsikring

Det er såvel min klients som undertegnedes vurdering, at min klient ved oprettelse af hendes livs-/pensionsforsikring i 2010 ikke forsætligt eller uagtsomt afgav urigtige oplysninger. Det var både den gang og den dag i dag ikke min klients vurdering, at oplysningerne om hendes få lægebesøg havde nogen form for betydning for forsikringsdækningen.

Det er derfor også vores opfattelse, at Alm. Brand ikke kan afvise min klients krav på præmiefritagelse og dækning i Forsikringsaftalelovens § 6 om urigtige oplysninger i ond tro!

I så fald Ankenævnet for Forsikring alligevel skulle finde, at Forsikringsaftalelovens § 6 kan anvendes i dette tilfælde, skal jeg venligst gøre opmærksom på lovens § 6, stk. 3, hvorefter at selskabet hæfter helt eller delvist, hvis særlige omstændigheder taler herfor."

I selskabets brev af 30/9 2015 til nævnet hedder det bl.a.:

" **Sagsredegørelse:**

Forsikrede udfyldte og underskrev den 1. juni 2010 begæring og helbredserklæring til brug for oprettelse af pensionsordning med dækning ved tab af erhvervsevne samt ret til præmiefritagelse.

Ved oprettelse af forsikringen, blev der afgivet helbredsoplysninger i form af en 4-punkts helbredserklæring samt helbredserklæring til brug for tegning af Gruppeliv **(bilag A).**

Sammen med helbredserklæringen blev 'Kundevejledning om helbredsoplysninger' **(bilag B)** udleveret til forsikrede. Heraf fremgår det blandt andet under 'Hvorfor skal du give oplysninger om dit helbred?' at 'det er MEGET VIGTIGT, at du besvarer alle spørgsmål nøjagtigt ellers risikerer du i værste fald at stå uden dækning, hvis skaden sker'.

Under 'Hvilke oplysninger skal jeg give?' fremgår det blandt andet, at 'når du udfylder papirerne, skal du besvare ALLE spørgsmål. Du behøver dog ikke at oplyse om ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde. Du skal give oplysning om både nuværende og tidligere sygdomme/lidelser, varigt eller midlertidigt forbrug af medicin samt undersøgelser og behandlinger hos autoriserede sundhedspersoner (f.eks. læger, kiropraktorer, fysioterapeuter o.lign.), sygehuse og sundhedsmæssige institutioner'.

Endvidere fremgår det, at 'hvis du er usikker på, om du skal nævne en bestemt sygdom/lidelse eller et lægebesøg, så skriv for en sikkerheds skyld alle de forhold, du kan komme i tanke om også selvom du ikke tror, at de har nogen betydning for din forsikring' samt 'hvis du er i tvivl om, hvorvidt du har husket alt, kan du bede din læge om at få supplerende oplysninger fra din journal (forsikringsselskabet betaler dog ikke lægens evt. honorar). Det er dog ikke sikkert, at din læge har alle oplysninger om dig, og husk, at det under alle omstændigheder er dig alene, der har ansvaret for, at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende'.

Forsikrede erklærede ved sin underskrift på helbredserklæringen den 1. juni 2010, at have modtaget 'Kundevejledning om helbredsoplysninger samt at 'mine besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at forsikringen nedsættes eller helt ophører.

Da der ikke var helbredsforringende momenter på helbredserklæringen, antages forsikringen på normale vilkår.

Vi vedlægger kopi af dækningsoversigt **(bilag C)** og forsikringsbetingelser **(bilag D).**

I januar 2015 ansøger forsikrede om udbetaling af invaliderente, da hun siden oktober 2014 har været uarbejdsdygtig grundet depression og stress.

Efter indhentning af sygedagpengesagens akter fra … Kommune **(bilag E)** bliver vi bekendt med, at 'grunden til tilstanden er en meget langvarig psykisk belastning, både fra hendes fortid og nutid' således som det fremgår på LÆ255 fra egen læge til … Kommune samt i notat af 3. november 2014 til kommunen oplyser, at 'hun har [et barn] med spiseforstyrrelse, og det nok har været en belastning igennem flere år.

På den baggrund beder vi om uddybende oplysninger fra forsikredes egen læge **(bilag F).** Heraf fremgår det blandt andet:

6. juli 2001: Nedtrykthed/depression
20. marts 2002: Nedtrykthed/depression
20. december 2005: Bekymret for [barn]
6. januar 2006: Indkaldes til psykolog sammen med [barn]
30. januar 2006: Sygemeldt fra 16. januar 2006 pga. stress
16. februar 2006: Hun er selv syg, men det er [barnet] det drejer sig om. Senere kan der komme revalidering på tale
18. juli 2006: Hun henvises til psykologhjælp
19. december 2007: Hun ringer grædende, de sociale myndigheder vil nu overtage [barnet]s sag
26. februar 2008: Hun kan ikke klare sit arbejde mere pga. den psykiske belastning. Det virker som hun er ved at gå i depression. Foreslår hende at kontakte … som er hendes fagforening og høre vedr. sygemelding
18. marts 2008: Hun kommer fortvivlet efter møde på kommunen vedr. evt. tvangsfjernelse af [barnet]
4. august 2008: Beder om psykologhenvisning på baggrund af sin [barn] som har depression
11. september 2008: Psykisk skidt
15. maj 2009: Haft 2 angstanfald, formentlig forårsaget af usikkerhed på kæresten
14. juli 2009: Psykisk skidt

På baggrund af disse oplysninger sender vi forsikrede spørgeskemaet 'Nervøsitet, stress, angst, depression og andre psykiske tilstande' - præcis som vi ville have gjort ved indtegning af forsikringen, hvis vi havde været bekendt med ovenstående oplysninger.

Spørgeskemaet modtages retur 2 gange med 'nej' i alle spørgsmål **(bilag G + H).**

Da forsikrede efter vores opfattelse har afgivet urigtige oplysninger på tegningstidspunktet, blev helbredsoplysningerne sendt til Videncenter for Helbred og Forsikring med henblik på at vurdere, hvilke vilkår forsikringen kunne være tegnet på med de korrekte oplysninger.

Videncentret konkluderer i sit responsum **(bilag I),** at man ville have givet afslag på invaliditetsrisikoen, hvis forsikrede havde oplyst om stress- og angstsymptomer.

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra forsikredes læge. Det fremgår heraf, at forsikrede ad flere omgange har opsøgt lægen på grund af symptomer på nedtrykthed, stress, belastning og angst i perioden fra juli 2001 til juli 2009. Lægen har anbefalet psykologhjælp og sygemelding flere gange og forsikrede opsøgte lægen senest knapt et år før tegning.

På baggrund af vurderingen fra Videncenter fra Helbred og Forsikring sammenholdt med vores indtegningsregler, ville vi ikke have kunnet tilbyde forsikrede at tegne dækningen ved tab af erhvervsevne, hvis vi havde haft alle oplysningerne om hendes helbred ved tegningen af forsikringen. Den øvrige del af forsikringen fortsætter, dog uden ret til præmiefritagelse.

Med udgangspunkt i Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 samt forsikringsbetingelsernes punkt 1, har vi derfor slettet dækningen ved tab af erhvervsevne samt retten til præmiefritagelse med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

Efterfølgende bliver vi skriftlig kontaktet af [advokatfirma], der var blevet anmodet om at varetage forsikredes forsikringsmæssige interesser i anledning af ovenstående afgørelse.

Advokatfirmaet anfører i sin klage bl.a., at der på intet tidspunkt stilles en diagnose eller behandlet medicinsk. Der er vedlagt et af [advokatfirma] forfattet brev/erklæring **(klagers bilag 3),** underskrevet af læge …, med oplysning om, at årsagen til at forsikrede blev sygemeldt i januar 2006 ikke var stress, men at hun blev sygemeldt for at kunne passe [barn].

Vi beder efterfølgende Videncenter for Forsikring foretage en ny forsikringsmedicinsk vurdering.

På baggrund af oplysningerne har Videncenter for Helbred og Forsikring vurderet, at oplysningerne ikke giver anledning til en ændring af deres tidligere vurdering af, at forsikringen kun kunne oprettes uden ret til præmiefritagelse og uden dækning ved tab af erhvervsevne.

Vurderingen er baseret på de foreliggende oplysninger om symptomer på nedtrykthed, stress og angst.

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra forsikredes læge. Det fremgår heraf, at forsikrede har opsøgt lægen pga. symptomer på nedtrykthed, stress, belastning og angst i juli 2001, marts 2002, januar 2006, juli 2006, februar 2008 og maj 2009. Lægen har anbefalet psykologhjælp og sygemelding flere gange og forsikrede opsøgte lægen med symptomer senest ca. et år før tegning.

Det har betydning, at forsikrede har været belastet i perioder pga. sin livssituation, herunder hendes [barn]s sygdom. Vurderingen er udelukkende baseret på de foreliggende oplysninger om, at forsikrede har haft psykiske symptomer, der i perioder har medført sygefravær og at der har været symptomer til stede op til et år før forsikringstegning.

Sammenfatning:

Videncenter for Helbred og Forsikring har meddelt den bedømmelse, de ville have givet, såfremt de korrekte oplysninger havde været oplyst ved tegningen.

Videncenter for Helbred og Forsikrings udtalelser er gennem adskillige domme og ankenævnskendelser accepteret som dokumentation.

Videncentret har vurderet (som normal praksis i denne type sager), at forsikringen ikke ville kunne være tegnet med dækning ved tab af erhvervsevne samt ret til præmiefritagelse, såfremt helbredsoplysningerne var besvaret i overensstemmelse med sandheden.

Derfor bør Videncentrets responsum naturligvis indgå i nævnets vurdering i lighed med tilsvarende sager.

Vi fastholder derfor vores opfattelse af, at forsikrede afgav urigtige oplysninger, da hun ikke oplyste om lægebesøg / psykiske belastning. Vi finder det ikke sandsynliggjort, at der

var tale om god tro jf. Forsikringsaftalelovens § 5, og ser os nødsaget til at fastholde, at Alm. Brand var berettiget til at slette invaliditetsdækningen jf. Forsikringsaftalelovens § 6.

Forsikrede afgav ved tegning 'rene' helbredserklæringer og de gav derfor ikke anledning til at indhente yderligere oplysninger.

Forsikrede burde have oplyst om besøg hos lægen. At forsikrede ikke kender en diagnose eller er blevet medicinsk behandlet er uden betydning for anfægtelsen. Videncentret har udtalt, at det har betydning, at forsikrede har været belastet i perioder pga. sin livssituation, herunder hendes [barn]s sygdom. Vurderingen er udelukkende baseret på de foreliggende oplysninger om, at forsikrede har haft psykiske symptomer, der i perioder har medført sygefravær og at der har været symptomer til stede op til et år før forsikringstegning.

Såfremt disse forhold var oplyst ved tegningen, ville vi have haft mulighed for at indhente supplerende oplysninger.

Som følge af, at forsikrede ikke har oplyst om dette, har vi været afskåret fra at foretage en korrekt risikovurdering. Dette kan efter vores opfattelse tilregnes hende som i hvert fald uagtsomt.

Vi fastholder, at såfremt oplysninger om besøg hos læge / hendes psykiske belastning var blevet oplyst ved tegning, ville vi ikke have kunnet tilbudt dækning ved tab af erhvervsevne samt mulighed for præmiefritagelse, således som vi har dokumenteret ved responsum fra Videncenter for Helbred og Forsikring.

Ydermere har forsikrede i forbindelse med tegning af forsikringen fået udleveret kundevejledning om helbredsoplysninger. Forsikrede har skrevet under på, at kundevejledning om helbredsoplysninger er modtaget.

Forsikrede er derfor - eller burde være det - vidende om hvilke konsekvenser det kan medføre, hvis der undlades oplysninger ved tegning af forsikring.

Vi fastholder, at forsikrede ikke har givet os de rette helbredsoplysninger ved tegningen, og at det er dokumenteret ved responsum fra Videncenter for Helbred og Forsikring, at oplysningerne ville have medført, at forsikringen alene kunne tegnes uden dækning ved tab af erhvervsevne samt ret til præmiefritagelse i henhold til vores indtegningsregler/forretningsgange.

[Advokatfirma] anfører i klagen, at vi har afvist grundet ond tro (svigagtigt) jf. Forsikringsaftalelovens § 6 — vi skal hertil rettelig bemærke, at ond tro (svig) er Forsikringsaftalelovens § 4, men at vi har ændret forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet med udgangspunkt i Forsikringsaftalelovens § 6, da vi mener det er dokumenteret, at vi ikke ville have tegnet forsikringen på de oprindelige vilkår, om de rette forhold havde været oplyst."

Nævnet har fået forelagt sagens bilag:

I journalnotater fra klagerens læge, er det bl.a. anført:

"Journal
20.03.02
Sub.: 20.02.2002:K Nedtrykthed/depression
P03 Nedtrykthed/depression

…
Journal
20.12.05
Sub.: Bekymret for [barnet] …, som har givet udtryk for at … ikke vil leve mere p.g.a. usikkerhed i hjemmet, med … på familiefronten.
… vil ikke i skole mere, … er bange for at faderen forlader dem o.s.v. .. henv. til psykolog ….

…
Journal
30.01.06
Sub.: Udfyldes blanket til … Kommune vedr. hendes sygefravær – 1. fraværsdag 16.1 – sygemeldes p.g.a. stress.

…
Journal
16.02.06
Sub.: Opringning fra sagsbehandler …, … Kommune, vedrørende [klager], [barnet] og faderen til [barnet]. Sagen er forelagt familiegruppen, det drejer sig om en bekymringssag, der er fundet mest hensigtsmæssigt at køre sagen den vej, idet [klager] er syg selv, men det er [barnet] det drejer sig om. Senere kan der komme revalidering på tale. [Klager] var til møde med bisidder fra sin fagforening i går på … Kommune, hvor [sagsbehandler] havde sagen:

Journal
27.02.06
Sub.: Anmodning om statusattest fra … Kommune vedr. [barnet] …. [CPR-nummer]. Der bedes om vurdering af om det er hensigstsmæssig/relevant om … i en periode får tabt arbejdsfortjeneste, således at hun kan tage sig af [barnet] …:
'Undertegnede som er fam. læge har fulgt sagen tæt gennem de sidste mdr. - anbefaler på det kraftigste at … får tabt arbejdsfortjeneste m.h.p. at kunne støtte [barn], idet familien er henvist til Børne-psyk. amb. …, desuden haft kontakt til psykolog her i [kommune] - …, samtidig med at [familiemedlem] har kontaktet alkohol-amb. [Kommune] m.h.p. at få hjælp til …'s spiritusforbrug. Det er yderst vigtigt at … får ro til at tage sig af [barnet] …, idet … har yderst stort behov for trygge omgivelser, det vil sige være vidende om at moderen er tilstede så _i snart … er hjemme, og støtte … på alle mulige måder.

…
Journal
18.07.06
Sub.: … er rejst hjemmefra, k… står alene med 3 børn fra 11 – 2 år.
Hun henv. til psykolog-hjælp. …

Journal
07.12.07
Sub.: Kommer til samtale vedr. [barnet] … [CPR-nummer] – der forel. rapport fra psykologen, … skal til samtale hos Psykologen d.d… Moderen vil

have en gennemgang af psykolograpporten og oplysninger om de videre tiltag. …

Journal
19.12.07
Sub.: Ringer grædende, de sociale myndigheder vil nu overtage [barnet] …'s sag, idet man ikke fra psykologens side har formået at få … til at møde i skolen kommer til samtale. …

…
Journal
26.02.08
Sub.: Kommer vedr. [barnet] … - hun kan ikke klare sit arbejde mere p.g.a. den psykiske belastning. Det virker som om hun er ved at gå i depression. Foreslår hende at kontakte … som er hendes fagforening og høre vedr. sygemelding.

…
Journal
04.08.08
Sub.: Beder psykologen. På baggrund af [barn] som har depression og går i behandl.. Børnespyk. …. Lover at rette henvendelse til … - ventetid.

…
Journal
15.05.09
Sub.: Haft 2 angstanfald, formentlig forårsaget af usikkerhed på kæresten, desuden mange problemer med [barnet] …. Prøver at få ryddet op i sin tilværelse."

Af kundevejledning vedrørende pensionsforsikring, livsforsikring og gruppeliv, er det bl.a. anført:

"**1. Hvorfor skal du give oplysninger om dit helbred?**

Når du skal sikre dig selv og din familie med en pensionsforsikring, livsforsikring eller gruppeliv, skal du besvare en række spørgsmål om dit helbred. Det er MEGET VIGTIGT, at du besvarer alle spørgsmål nøjagtigt ellers risikerer du i værste fald at stå uden dækning, hvis skaden sker!

2. Hvilke oplysninger skal jeg give?

Du skal udfylde en helbredserklæring og evt. nogle spørgeskemaer, og i nogle tilfælde vil Alm. Brand bede om en helbredsattest fra din læge.

Når du udfylder papirerne, skal du besvare ALLE spørgsmål. Du behøver dog ikke at oplyse om ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde.

Du skal give oplysning om

- både nuværende og tidligere sygdomme/lidelser
- varigt eller midlertidigt forbrug af medicin
- undersøgelser og behandlinger hos autoriserede sundhedspersoner (f.eks. læger, kiropraktorer, fysioterapeuter o.lign.), sygehuse og sundhedsmæssige institutioner

Hvis du er usikker på, om du skal nævne en bestemt sygdom/lidelse eller et lægebesøg, så skriv for en sikkerheds skyld alle de forhold, du kan komme i tanke om også selv om du ikke tror, at de har nogen betydning for din forsikring.

Hvis du er i tvivl om, hvorvidt du har husket alt, kan du bede din læge om at få supplerende oplysninger fra din journal (forsikringsselskabet betaler dog ikke lægens evt. honorar). Det er dog ikke sikkert, at din læge har alle oplysninger om dig, og husk, at det under alle omstændigheder er dig alene, der har ansvaret for, at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende.

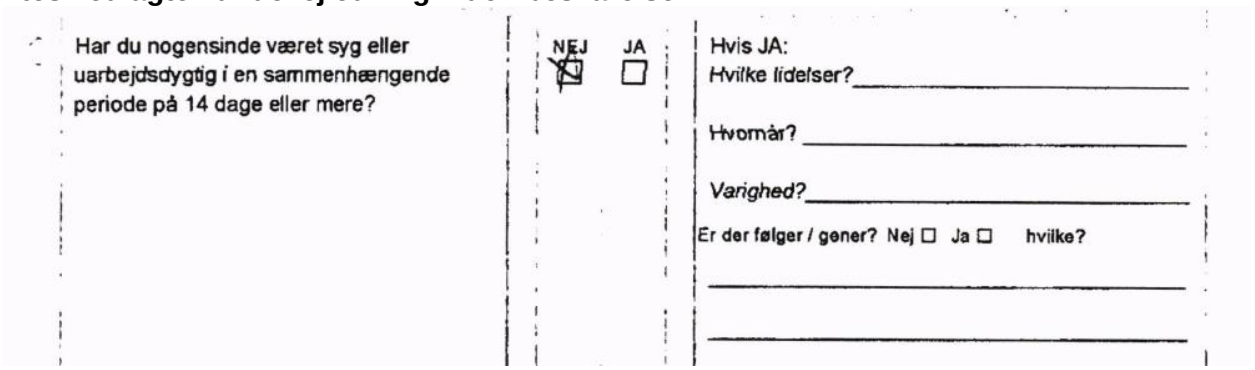
Hvis du senere kommer i tanke om noget, du har glemt at oplyse, skal du kontakte forsikringsselskabet."

I helbredserklæring underskrevet af klageren den 1/6 2010 er det bl.a. anført:

"- Du må selv udfylde erklæringen og besvare alle spørgsmål omhyggeligt.
- Du må ikke fortie noget, heller ikke selv om du tror, det er uden betydning for forsikringsselskabet.
- Du skal ikke oplyse om undersøgelser, der kan belyse dine arveanlæg og deraf følgende risiko for fremtidige sygdomme.
- Du skal vide, at hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge Forsikringsaftalen nedsættes eller ophæves.
- Er du i tvivl om besvarelsen af spørgsmålene f.eks. med hensyn til diagnoser og datoer, kan du kontakte din læge, inden du udfylder helbredserklæringen. Lægen har ofte oplysninger i journalen. Du er dog selv ansvarlig for oplysningerne i erklæringen. Lægens eventuelle honorar i forbindelse hermed betales ikke af forsikringsselskabet.
- Brug evt. en blank side, hvis der ikke er plads nok i de enkelte rubrikker.

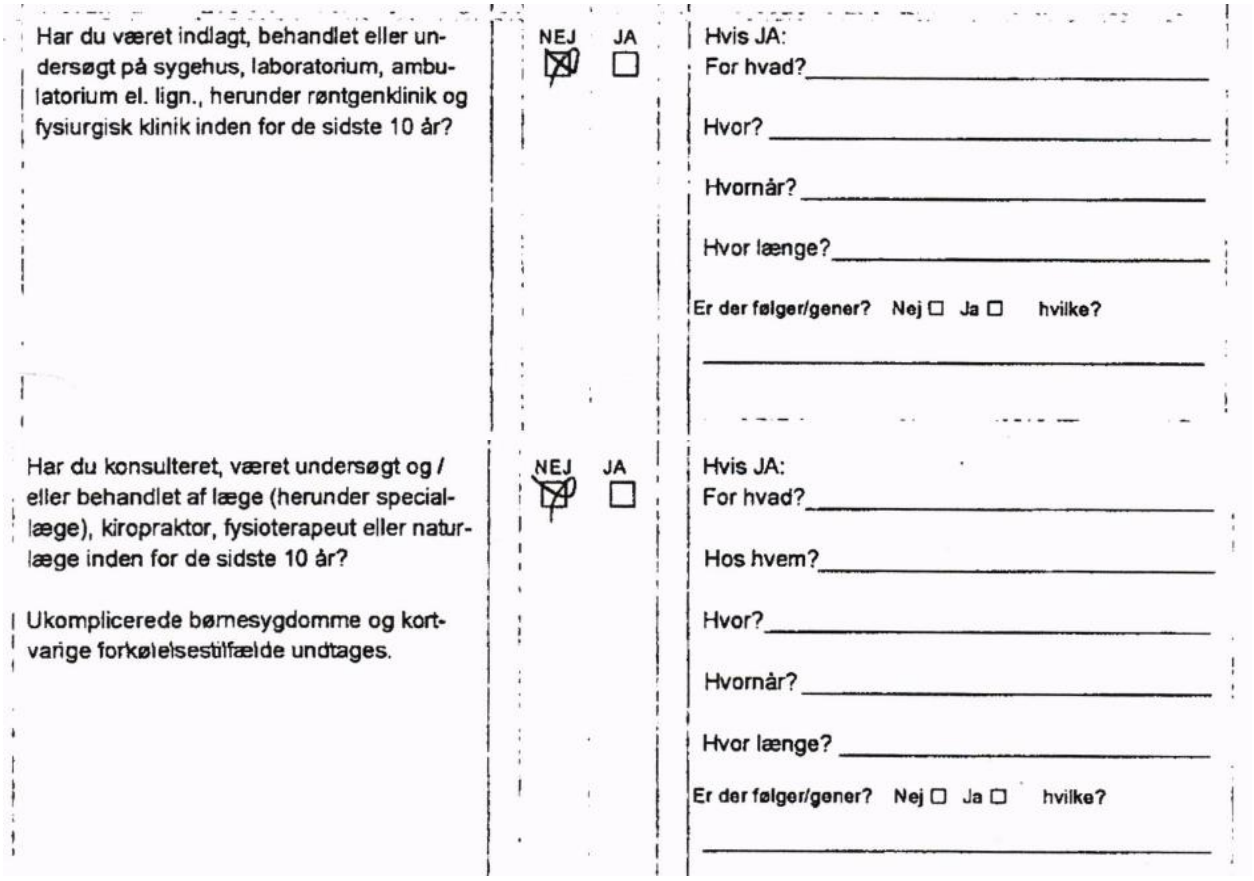
Navn: … Cpr.nr.: …
Stilling: Hvori består dit arbejde: …

Læs vedlagte kundevejledning inden besvarelsen



Har du nogensinde været syg eller uarbejdsdygtig i en sammenhængende periode på 14 dage eller mere?	NEJ ☒ JA ☐	Hvis JA: Hvilke lidelser? _____ Hvornår? _____ Varighed? _____ Er der følger / gener? Nej ☐ Ja ☐ hvilke? _____ _____

10. 88419



Har du været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, laboratorium, ambulatorium el. lign., herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik inden for de sidste 10 år?	NEJ ☒ JA ☐	Hvis JA: For hvad?_____ Hvor? _____ Hvornår? _____ Hvor længe?_____ Er der følger/gener? Nej ☐ Ja ☐ hvilke? _____
Har du konsulteret, været undersøgt og / eller behandlet af læge (herunder speciallæge), kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge inden for de sidste 10 år? Ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde undtages.	NEJ ☒ JA ☐	Hvis JA: For hvad?_____ Hos hvem?_____ Hvor?_____ Hvornår? _____ Hvor længe? _____ Er der følger/gener? Nej ☐ Ja ☐ hvilke? _____

"

I lægeerklæring af 22/1 2015 til kommunen er det bl.a. anført:

"1. Årsag til sygemeldingen
Kort uddybende beskrivelse af årsagen til sygemeldingen – herunder diagnosen

[Klager] er pt. Sygemeldt pga depression
Grunden til tilstanden er en meget langvarig psykisk belastning, både fra hendes fortid og nutid.
Hun har en tilstand med PTSD-lignende symptomer.
Dette er en tilstand som kræver fuldstændig ro, både psykisk og fysisk
(SE BILAG FOR RESTEN AF TEKST)
…
Kort uddybende beskrivelse af årsagen til sygemeldingen -- herunder diagnosen

[Klager] er pt. sygemeldt pga depression
Grunden til tilstanden er en meget langvarig psykisk belastning, både fra hendes fortid og nutid.
Hun har en tilstand med PTSD-lignende symptomer
Dette er en tilstand som kræver fuldstændig ro, både psykisk og fysisk
Hun befinder sig på nuværende tidspunkt i en tilstand hvor det er umuligt at udtale sig om prognose
Hun kan indtil videre ikke på nogen måde deltage i nogen form for tiltag fra kommunens side

Det ville være relevant *hvis* kommunen ville få udarbejdet en psykiatrisk /psykologisk erklæring som kan belyse graden af hendes depression/PTSD"

I risikovurdering af 27/5 2015 fra Helbred & Forsikring er det bl.a. anført:

"Risikovurdering ved personforsikring pr. 01-06-2010

De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komité i Videncenter for Helbred & Forsikring. Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville komitéen have vurderet forsikringsrisikoen pr. 01-06-2010 til:

Dødelighed: D1 Invaliditet: Afslag

Begrundelse for vurderingen
Videncenter for Helbred & Forsikring har foretaget en forsikringsmedicinsk vurdering af de tilsendte helbredsoplysninger.

Vurderingen er baseret på oplysningerne om stress- og angstsymptomer.

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra forsikredes læge. Det fremgår heraf, at forsikrede ad flere omgange har opsøgt lægen pga. symptomer på nedtrykthed, stress, belastning og angst i perioden fra juli 2001 til juli 2009. Lægen har anbefalet psykologhjælp og sygemelding flere gange og forsikrede opsøgte lægen senest knapt et år før tegning."

I lægeerklæring af 16/6 2015 fra klagerens egen læge hedder det bl.a.:

"Til brug for Alm Brands vurdering af [klagers] forsikringssag, skal jeg herved, som [klagerens] læge, erklære, at årsagen til at [klager] blev sygemeldt i januar 2006 ikke var stress. [Klager] blev sygemeldt for at kunne passe hendes [barn], som på daværende tidspunkt havde psykiske problemer."

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"2. Oplysninger ved forsikringsaftalens afslutning

Forsikringsaftalen indgås på grundlag af de ved tegningen modtagne skriftlige oplysninger. Dersom disse oplysninger ikke er rigtige eller fuldstændige, kan forsikringen nedsættes eller bortfalde efter Forsikringsaftalelovens regler. Tilsvarende regler gælder ved genoptagelse af præmiebetalingen, forhøjelse og andre ændringer af forsikringen."

Nævnet udtaler:

Det fremgår af sagen, at klageren ved indtegning i 2010 udfyldte en helbredserklæring, hvor hun blandt andet oplyste, at hun ikke havde konsulteret, været undersøgt eller behandlet af en læge inden for de seneste 10 år.

I et journalnotat fra klagerens læge fra 2002 er der anført "Nedtrykthed/depression". I et journalnotat fra 2006 er der anført, at klageren henvises til psykologhjælp. I et journalnotat fra 2008 er det anført, at klageren ikke kunne klare sit arbejde mere på grund af en psykisk belastning, og at det ifølge lægen virkede som om, at hun var ved at gå i depression. Videre fremgår det af lægejournalen fra 2009, at klageren havde haft to angstanfald.

Nævnet finder herefter, at klageren objektivt set har afgivet urigtige oplysninger. Nævnet finder endvidere, at dette kan tilregnes hende som uagtsomt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at lægen ifølge journalnotaterne har konstateret symptomer på psykiske belastninger hos klageren og blandt andet har henvist til psykolog. Selv om lægen fungerede som familiens læge, og årsagen til konsultationerne – og dermed symptomerne på psykiske belastninger - var affødt af forhold hos klagerens barn, finder nævnet, at konsultationerne har vedrørt klagerens helbred og personlige forhold i et sådan omfang, at hun burde have oplyst selskabet herom.

Nævnet finder det ikke sandsynliggjort, at ovennævnte lægejournaler skulle være misvisende, og bemærker, at det i lægeerklæringen af 16/6 2015 alene er anført, at klagerens sygemelding i 2006 skete med henblik på, at hun kunne tage sig af sit syge barn. Nævnet bemærker, at det af lægeerklæringen af 22/1 2015 fremgår, at grunden til klagerens nuværende tilstand "er en meget langvarig psykisk belastning, både fra hendes fortid og nutid".

Derudover har nævnet lagt vægt på, at spørgsmålene på helbredserklæringen er klart formuleret, og at klageren i perioden angivet på helbredserklæringen havde været hos lægen flere gange.

På baggrund af selskabets oplysninger - herunder udtalelsen fra Helbred & Forsikring – finder nævnet ikke grundlag for at betvivle, at selskabet ikke ville have tegnet en forsikring for klageren, der indeholdt dækning for erhvervsevnetab og ret til præmiefritagelse,

såfremt der var afgivet korrekte oplysninger ved indtegning. Selskabets afgørelse kan derfor ikke kritiseres.

Det af klageren i øvrigt anførte kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels