**Ankenævnet for Forsikring**

Den 6. december 2017 blev i sag nr. 90653:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

---

Forsikringstageren har pensionsordning med dækning ved bl.a. tab af erhvervsevne samt forsikring ved visse kritiske sygdomme. Han klager over, at selskabet har ophævet en aftalt forhøjelse af forsikringsdækningen fra 40% til 80 % af den dækningsgivende løn, og at selskabet alene har udbetalt sum ved visse kritiske sygdomme på 125.000 kr. mod den aftalte forhøjede sum på 500.000 kr.

Selskabet har henvist til, at klageren burde have oplyst selskabet om, at han var i et udredningsforløb for kræft, da han få dage efter en undersøgelse på et hospital rettede henvendelse til selskabet med henblik på at forhøje sine forsikringsdækninger.

I klageskema af 24/3 2017 har klageren bl.a. anført:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende bemærkninger kan evt. vedhæftes som bilag.*
> d. 31 marts 2016 er jeg til undersøgelse på [hospital] for det min læge mener er hæmoriider. Lægen finder noget han mener er unormalt og jeg får her fortaget en biopsi, som jeg vil få svar på ca. en uge senere.
>
> d. 1. april 2016 blev mine forsikringsforhold ændret, som følge af en ændret aftale mellem [forbund] og PFA.

d. 4. april 2016 Efter rådgivning fra PFA (…, Kunderådgiver) justerer jeg mine forsikringer således at mit pensionstal kommer op i det (af PFA) anbefalede område. Mit pensionstal var forinden væsentligt under det anbefalede niveau.

d. 7. april2016 bliver jeg indkaldt til svar på biopsi og får at vide at jeg har kræft.

d. 3. maj 2016 indsender jeg en ansøgning om Kritisk Sygdom

d. 18. maj 2016 får jeg anerkendt min kritisk sygdom, men dog ikke til de af 4. april ændrede satser.

d. 20. maj 2016 klager jeg (telefonisk) over at det udbetalte beløb ikke modsvarer mine ændrede vilkår af 4. april 2016.

d. 30 juni 2016 modtager jeg svar fra PFA, hvor de afviser min klage og samtidigt annullerer de fleste af de ændringer jeg lavede til mine forsikringer d. 4 april 2016.

d. 23. august indsender jeg endnu en klage hvor jeg igen klager over afgørelsen og samtidigt klager over annulleringen af de øvrige ændringer til mine forsikringer. Dette gør jeg for at kunne klage til Ankenævnet for Forsikring.
I oktober 2016 har jeg endnu ikke modtaget svar fra PFA og ringer derfor til PFA for at høre hvorfor de ikke har svaret på min klage. Svaret er at det svar jeg modtog d. 30 juni 2016 skal betragtes som endeligt afslag, der kan bruges til at klage hos Ankenævnet for Forsikring for både Kritisk Sygdom, såvel som øvrige forsikringer.

Begrundelsen for afslaget fra PFA sker med henvisning til journal fra [hospital], hvor der står at jeg d. 31 marts 2016 er blevet orienteret om at jeg med stor sandsynlighed har rectumcancer. Dette er ikke korrekt. Jeg blev ved undersøgelsen orienteret om at lægen havde fundet noget der ikke så normalt ud og derfor var nød til at tage en biopsi. Svaret på prøven ville jeg få ca. en uge senere.

Tvisten er derfor: er jeg blevet informeret om at jeg med stor sandsynlighed har rectumcancer, eller er jeg kun blevet gjort bekendt med at der var noget unormalt, som krævede yderligere undersøgelse.

Jeg kan informere om at min hustru … heller ikke mener at jeg blev informeret som at jeg havde kræft og hun er som [ansat i medicinalindustrien] væsentligt bedre inde i de medicinske udtryk og termer.

**Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
Jeg vil have PFA til at anerkende alle mine ændrede dækninger (af 4. april 2016), der er fortaget før jeg blev bekendtgjort med min sygdom."

Hertil har selskabet i brev af 21/4 2017 til nævnet bl.a. gjort gældende:

"**Hvilken type forsikring er der tale om?**
Forsikredes ordning i PFA Pension er oprindeligt etableret pr. 1. december 2001 via forsikredes daværende ansættelse i … Ordningen omfattede fra tegningen og frem til 1. april 2009 invalidepension, ratepension og engangssum ved død.

Ved forsikredes jobskifte 1. april 2009 blev ordningen udvidet med dækning ved kritisk sygdom og helbredssikring.

Sammensætningen af dækningerne har været uændret fra april 2009 og frem til i dag.
Forsikrede har siden oprettelsen for mere end 15 år siden haft en dækning ved tab af erhvervsevne liggende et sted mellem 40% og 56,5% af hans gage, hvilket har varieret lidt ift. den til enhver tid værende standarddækning, som har ligget på hhv. 40% og 50% gennem årene. Forsikrede har til enhver tid siden etableringen af hans ordning i 2001 haft mulighed for at forhøje sin tab af erhvervsevnedækning udover standarddækningen mod afgivelse af tilfredsstillende helbredsoplysninger.

Som **bilag A** vedlægges henholdsvis de gældende pensionsvilkår for forsikredes ordning, og som **bilag B** vedlægges forsikredes pensionsbevis af 30. juni 2016, som udviser de dækninger, der er på forsikredes ordning i dag.

**Hvad handler tvisten om – parternes overordnede synspunkter?**
*Forhøjelsen af forsikredes forsikringsdækninger*
Parterne er uenige om, hvorvidt selskabet har været berettiget til at annullere de forhøjelser på forsikredes forsikringsdækninger, som forsikrede anmodede om på et tidspunkt, hvor han havde været i et udredningsforløb vedrørende hans helbred, og i den forbindelse få dage tidligere havde fået konstateret en ondartet svulst i endetarmen ('oplagt malign tumor'), jf. bilag C1 og bilag C2.

Det er selskabets opfattelse, at forsikrede burde have oplyst selskabet om udredningsforløbet han var i, herunder specifikt konstateringen af en 'oplagt malign tumor' ved en undersøgelse den 31. marts 2016, der således lå forud for forsikredes anmodning den 4. april 2016 om forhøjelse af hans forsikringsdækninger i selskabet, dvs. 4 dage efter.

Selskabet fik ved en fejl ikke fremsendt helbredserklæring sammen med aftaleblanketten. Havde forsikrede modtaget og udfyldt denne med de pågældende oplysninger, ville selskabet ikke have forhøjet. Det er selskabets opfattelse, at denne fejl fra selskabets side hverken medfører, at forsikrede skal stilles bedre, end hvis han havde fået blanketten/fejlen ikke var sket, eller at Forsikringsaftalelovens regler om fortielse/urigtige oplysninger ikke kan gøres gældende.

Forsikrede gør heroverfor gældende, at han ikke ved forhøjelsen var bekendt med de oplysninger, som han ifølge journal (bilag C1) ført af den undersøgende læge på [hospital] er blevet orienteret om i forbindelse med undersøgelsen den 31. marts 2016, og at han var uvidende om, at hans helbred muligvis ikke var tilfredsstillende ift. forhøjelse af hans forsikringsdækninger.

*Størrelsen af sumudbetaling fra Kritisk Sygdom*
Det fremgår ikke klart af forsikredes klage, hvorvidt denne også vedrører størrelsen på den sum (125.000 kr.), han har fået udbetalt fra selskabet fra hans Kritisk Sygdomsdækning i maj 2016. Dette har forsikrede imidlertid tidligere påklaget overfor selskabet, hvorfor dette indgår i denne besvarelse. Hvis dette er en misforståelse fra selskabets side, udgår argumentationen selvsagt sammen med klagepunktet.

**Sagsfremstilling**
Den 4. februar 2016 er der ifølge forsikredes læge ydet lægehjælp vedrørende sygdommen første gang, jf. bilag D, side 1.

Den 31. marts 2016 får forsikrede foretaget en inspektion samt en rektoskopi på [hospital]. Det fremgår af lægejournalerne fra hhv. [hospital] (bilag C1) og [læge] (bilag C2), at forsikrede i forbindelse med undersøgelsen den 31. marts 2016 blev oplyst om, at han med meget stor sandsynlighed havde en rectumcancer. Samme dag bliver der foretaget en mikroskopi for at bekræfte denne diagnose.

Den 4. april 2016 kontakter forsikrede på eget initiativ selskabet telefonisk og anmoder om at få forhøjet sine forsikringsdækninger – og det til det maksimalt mulige for så vid angår tab af erhvervsevne og kritisk sygdoms-dækningerne. Selskabet sender samme dag en aftaleblanket til forsikrede. (Ved en fejl, er der ikke vedlagt den helbredserklæring, som skal udfyldes/afgives ved forhøjelser af dækningerne.) Forsikrede returnerer straks samme dag aftaleblanketten i udfyldt og underskrevet stand pr. mail. (bilag E) I aftaleblanketten anmoder forsikrede om følgende forhøjelser:

- PFA Kritisk Sygdom fra 125.000 kr. til 500.000 kr.
- PFA Erhvervsevne, løbende udbetaling, fra 40% til 80%
- PFA Erhvervsevne engangsudbetaling fra 0 kr. til 416.667 kr.
- PFA Kritisk Sygdom til børn fra 0 til 200.000 kr.
- PFA Liv fra 100% til 298,34%
- PFA Liv til børn fra 0 til 2,51%

Den 5. april 2016 modtager forsikrede svar fra hospitalet på den foretagne mikroskopiundersøgelse, og forsikrede får samtidig en ny tid på hospitalet. (Det er formentlig dette forsikrede henviser til i bilag D, hvor han selv oplyser, at sygdommen 'opstod' den 5. april 2016.)

Den 6. april 2016 er forsikrede på [hospital] og får bekræftet beskeden omkring cancerdiagnosen, som han iht. journal af 31. marts 2016 (bilag C1 og C2) blev orienteret om denne dato.

Den 6. april 2016 ringer forsikrede to gange til selskabet og sender to e-mails til selskabet, hvori han beder selskabet bekræfte, at selskabet har modtaget den underskrevne aftaleblanket. (bilag E)

Den 8. april 2016 får forsikrede på [hospital] bekræftet, at der er tale om en kræftsvulst, som man ved undersøgelsen på [hospital] den 4. april 2016 havde en formodning/mistanke om, jf. bilag C1.

Den 13. april 2016 forhøjer selskabet forsikredes dækninger på baggrund af forsikredes anmodning herom af 4. april 2016. (På dette tidspunkt er selskabet fortsat uvidende om, at forsikrede har været i et udredningsforløb, samt at han har fået konstateret cancer.)

Den 18. april 2016 henvender forsikrede sig telefonisk til selskabet for at ansøge om udbetaling fra hans Kritisk Sygdoms-dækning.

Den 22. april 2016 sender selskabet forsikrede en opdateret pensionsoversigt, hvoraf det fremgår, at de ønskede forhøjelser af hans forsikringsdækninger er trådt i kraft med virkning pr. 13. april 2016.

Den 3. maj modtager selskabet forsikredes ansøgning om udbetaling ved kritisk sygdom (bilag E), hvor forsikrede oplyser her, at diagnosen 'kræftsvulst i endetarmen' er stillet den 8. april 2016.

Den 18. maj 2016 udbetaler selskabet forsikrede 125.000 kr. på baggrund af hans ansøgning om udbetaling af Kritisk Sygdom.

Den 12. juli 2016 anmoder forsikrede selskabet om udbetaling af løbende invalidepension. (se det af forsikrede fremlagte bilag)
Den 13. juli 2016 har forsikrede og dennes læge udfyldt lægeattest (til brug for ansøgning om udbetaling af invalidepension fra selskabet) (bilag D), hvoraf det fremgår, at der er ydet lægehjælp første gang den 4. februar 2016.

Den 11. august 2016 tilkender selskabet forsikrede udbetaling af løbende invalidepension på kr. 43.797 om måneden fra den 1. august 2016. Selskabet udbetaler fortsat invalidepension på nuværende tidspunkt.

**Begrundelse for afgørelsen**

**Tilsidesættelse af oplysningspligten iht. Forsikringsaftalelovens § 7 (fortielse/urigtige oplysninger)**
Ved indgåelse af en forsikringsaftale har den forsikrede en pligt til at af egen drift at give de oplysninger, der er af væsentlig betydning for selskabet. Denne oplysningspligt følger af Forsikringsaftalelovens § 7. Overholder den forsikrede ikke sin oplysningspligt, kan det have den konsekvens, at aftalen bliver annulleret, hvis selskabet ikke ville have indgået den, såfremt den forsikrede havde oplyst om de konkrete omstændigheder. Selskabets ret til at annullere forsikringsaftalen følger af Forsikringsaftalelovens § 6.

Det er selskabets klare opfattelse, at forsikrede må have indset eller burde have indset, at det var af afgørende betydning for hans muligheder for at forhøje sine forsikringsdækninger, at han var under udredning for en kræftsygdom, og at en læge havde oplyst, at han med meget stor sandsynlighed havde en rectumcancer. Forsikrede undlod imidlertid at oplyse selskabet herom, da han mandagen efter undersøgelsen kontaktede selskabet med henblik på forhøjelse af sine forsikringsdækninger.

Hvis forsikrede havde oplyst selskabet om det igangværende udredningsforløb, ville selskabet ikke have accepteret en forhøjelse af forsikringsdækningerne. Og dette er uanset om diagnosen var stillet så direkte, som det fremgår af journal af 31. marts 2016 (bilag C) eller ej.

Selskabet valgte derfor at annullere forhøjelserne iht. Forsikringsaftalelovens § 7 og § 6 ved brev af 30. juni 2016 (forsikredes bilag), da selskabet fik oplysninger om cancerdiagnosen, således at forsikredes forsikringsdækninger på ny havde det niveau, som de havde før den 13. april 2016, dog med undtagelse Kritisk Sygdoms-dækningerne, da sidstnævnte ikke kræver helbredsoplysninger, hvorfor tilfredsstillende helbred ikke er en forudsætning for forhøjelse af disse dækninger.

Det bemærkes, at forsikredes fremstilling af, at det er selskabet, der har anbefalet ham at hæve sine forsikringsdækninger til det maksimale, bestrides. Det var forsikrede selv, der henvendte sig til selskabet og bad om at få forhøjet dækningerne.

Forsikrede refererer i den forbindelse til Pensionstallet, men antages at mene Forsikringstallet). Forsikringstallet er et redskab, som selskabet har liggende på sin hjemmeside, hvor kunden kan se, hvad selskabet anbefaler forsikrede på baggrund af en række generelle forudsætninger. Det fremgår dog klart af selskabets hjemmeside, at tallet alene er en

indikator (der giver et *'fingerpeg'*), og det er ikke er at sidestille med en personlig rådgivning.

Det bemærkes i øvrigt, at forsikrede imidlertid ikke har valgt at følge selskabets anbefaling fsva. *Pensionstallet*, som er en anbefaling (under samme generelle forudsætninger som Forsikringstallet) i forhold til niveauet af opsparingsdelen på pensionsordningen. Her har forsikrede således haft en anden tilgang til selskabets anbefalinger.

Da forsikrede kontaktede selskabets Rådgivningscenter den 4. april 2016, blev han tilbudt en personlig rådgivningssamtale, hvilket han imidlertid ikke ønskede/følte behov for.

Den 6. april 2016 ringede forsikrede to gange til selskabet for at få bekræftet, at selskabet havde modtaget hans aftale. I forsikredes brev af 23. august 2016 (forsikredes bilag) påpeger han, at det er hans opfattelse at tidspunktet for selskabets modragelse af den underskrevne aftale er det afgørende for, hvornår forhøjelserne træder i kraft. Forsikredes adfærd hhv. den 4. april (de to opringninger, den meget hurtige returnering af aftalen samt hans afslag på selskabets tilbud om en rådgivningssamtale) og den 6. april 2016 (de to opringninger og de to mails) sammenholdt med indholdet af det omtalte brev, indikerer for selskabet, at det var særdeles vigtigt for forsikrede, at forhøjelserne trådte kraft allerede den 4. april 2016 – og altså hurtigst muligt.

**Størrelsen af udbetaling fra Kritisk Sygdoms dækningen**
Forsikrede har på baggrund af sin ansøgning om udbetaling af Kritisk Sygdom fået udbetalt en sum på 125.000 kr. Det svarer til den sum, han havde på sin Kritisk Sygdomsdækning indtil den 13. april 2016, hvor summen blev forhøjet til 500.000 kr. på baggrund af forsikredes anmodning herom af 4. april 2016.

Dette var således den sum, han var dækket for på det tidspunkt, hvor hans cancerdiagnose blev stillet – uanset om diagnosen må anses for stillet den 31. marts 2016 (som selskabet gør gældende) eller den 8. april 2016 (eller måske den 5. april, jf. sagsfremstillingen ovenfor) (som forsikrede gør gældende). Forhøjelsen skete først den 13. april 2016, hvilket også fremgår af den pensionsoversigt (bilag F), som selskabet sendte til forsikrede den 22. april 2016. Det er også først fra denne dato (den 13. april 2016), at dækningen har fremgået af forsikredes oversigt på mitpfa.dk (forsikredes personlige side på selskabets portal).

Selskabet henviser i øvrigt til punkt 3.1 under afsnittet 'Generelle pensionsvilkår for forsikringer' i pensionsvilkårene (bilag A), samt til indholdet af aftaleblanketten (forsikredes bilag), hvor det under punkt 8 fremgår, at ændringerne tidligst kan træde i kraft, når aftalen er modtaget af PFA, og at de træder i kraft hurtigst muligt derefter.

**Selskabets konklusion**
Selskabet fastholder, at forsikrede ikke har ret til at kræve sine dækninger forhøjet, som han anmodede om den 4. april 2016, men alene har ret til de dækninger, som han havde før anmodningen om forhøjelserne, dog med undtagelse af Kritisk Sygdoms-dækningerne.

Subsidiært gøres det også gældende, at der er skadevirkning ift. de ønskede forhøjelser, da der med baggrund i en gennemgang af sagens lægelige akter må være en formodning for, at forsikredes erhvervsevne allerede var nedsat i dækningsberettigende grad den 13. april 2016, selvom han først valgte at sygemelde sig 25. april 2016 (bilag D). Hans hel-

bredstilstand må formodes at have været den samme på disse to datoer, hvorimellem der er mindre end 14 dage – og henset til diagnosens/sygdommens art og karakter.

Herudover gøres det gældende, at forsikrede alene er berettiget til den sum på 125.000 kr., som han havde dækning under sin Kritisk Sygdom for på diagnosetidspunktet, og som er udbetalt til ham i maj 2016.
Selskabet fastholder dermed sin afvisning af forsikredes krav som gjort gældende i hans klage til ankenævnet."

Heroverfor har klageren i mail af 12/6 2017 til nævnet bl.a. bemærket:

"Jeg beklager det sene svar, men min kemo behandling (som gør mig uarbejdsdygtig) og [familiemedlems] nylige dødsfald, har gjort at jeg ikke har fået svaret før.
Jeg er heller ikke sikker på om mine kommentarer vil gøre en forskel, men her er de.

1. Vedrørende helbredserklæring. Jeg fik at vide at en sådan helbredserklæring ikke skulle udfyldes, da min forsikringsordning var ændret og at jeg frem til september kunne fortage ændringer uden at skulle udfylde en helbredserklæring.

2. (kommentar til 2. afsnit på side 3.) Jeg får ikke svar d. 5. april. Dette er blot datoen hvor hospitalet konstaterer at der er tale om kræft. Jeg får først svar d. 6. april. Det er først denne dato jeg bliver gjort bekendt med at der er tale om kræft.

3. (kommentar til næstsidste afsnit på side 4.) Jeg var til undersøgelse for Hæmorider og kan ikke se hvordan jeg skulle kunne vide at der var tale om kræft, når diagnosen ikke var stillet på daværende tidspunkt.

4. (kommentar til 3. afsnit på side 5.) Jeg kontaktede PFA, men det var forsikringsrådgiveren der anbefalede de dækninger jeg tegnede.

5. (kommentar til 5. afsnit på side 5.) Så vidt jeg husker var det kun muligt at se Forsikringstallet på hjemmesiden på daværende tidspunkt.

6. (kommentar til 6. afsnit på side 5.) Jeg husker ikke at være blevet spurgt om dette.

7. (kommentar til 7. afsnit på side 5.) Jeg returnerede aftalen hurtigt, da jeg på daværende tidspunkt havde travlt og derfor gerne ville afslutte mine opgaver hurtigst muligt. Da jeg ikke fik en kvittering for modtagelse af mailen, var jeg i tvivl om den var modtaget og kontaktede derfor PFA. Da den rådgiver jeg talte med ikke kunne bekræfte at PFA havde modtaget aftalen gensendte jeg aftalen.

8. Jeg bemærker endvidere at det først er efter at jeg har søgt om udbetaling fra Kritisk sygdomsdækning (d. 18. april) at PFA sender en opdateret pensionsoversigt (d. 22. april), hvor det meget belejligt fremgår at forhøjelserne først træder i kraft d. 13. april (altså efter at skaden er sket). Man kunne jo få den tanke at der her er tale om ansvarsfraskrivelse."

Hertil har selskabet i brev af 30/6 2017 til nævnet bl.a. anført:

> "Ved brev af 15. juni 2017 anmoder Ankenævnet for Forsikring PFA Pension om en udtalelse til brug for behandling af klage af 12. juni 2017 indsendt af [klageren].
>
> Ad 1) Dette er ikke korrekt. Der skulle reelt have været udfyldt en helbredserklæring, men den fik medarbejderen ved en fejl ikke medsendt til forsikrede sammen med aftaleblanketten.
>
> Ad 2) Her henvises der til, at forsikrede allerede den 31. marts 2016 får besked om, at han med meget stor sandsynlighed har rectumcancer. (Det bemærkes, at dette faktum er ubestridt.) Dette undlader han at oplyse om i forbindelse med fremsættelse af sit ønske om forhøjelse af sine dækninger. Det kan derfor – uanset hvad – ikke anses for afgørende for sagen, hvorvidt det er den 5. eller 6. april 2016, at den varslede diagnose bekræftes overfor forsikrede.
>
> Ad 3) Forsikrede kan ikke siges at have haft en berettiget forventning om, at hans helbredsmæssige gener alene skyldtes hæmorider, når han havde fået besked om, at han med meget stor sandsynlighed havde rectumcancer, jf. ovenfor under ad 2 samt bilag C1.
>
> Ad 6) Den rådgiver, der i sin tid tilbød og anbefalede forsikrede at deltage i en rådgivningssamtale, har i øvrigt registreret dette i selskabets system. Dette er i øvrigt fuldt ud i overensstemmelse med selskabets sædvanlige praksis.
>
> De punkter, der ikke er kommenteret særskilt ovenfor, anses enten for ikke at påkræve en stillingtagen fra selskabet, eller for allerede at være besvaret i selskabets tidligere indlæg i sagen af 21. april 2017.
>
> Selskabet fastholder dermed sin afvisning af forsikredes krav som gjort gældende i hans klage til ankenævnet. Og det er selskabets opfattelse, at sagen hermed er tilstrækkeligt oplyst og klar til forelæggelse for Ankenævnet."

Heroverfor har klageren i brev af 1/10 2017 til nævnet bl.a. oplyst:

> "Hermed mine kommentarer til brev fra PFA af 30. juni 2017
>
> Ad 1) Jeg stiller mig uforstående over for hvordan [selskabets jurist] kan udtale sig om hvad der er blevet sagt i en telefonsamtale mellem PFA rådgivning og mig. Jeg blev specifikt oplyst om at en helbredserklæring ikke var nødvendig, så længe justeringen af dækningsgraden skete inden for en 3 måneders periode efter forsikring var blevet tegnet af det firma jeg er ansat i (…). Hvis [selskabets jurist] har en optagelse af samtalen (jeg ved PFA nogle gange optager telefonsamtalerne), foreslår jeg at denne bliver fremlagt, så vi kan få afklaret hvad der er blevet sagt. Alternativt må den medarbejder jeg talte med fortælle hvad han kan huske om den samtale for 1½ år siden. Hvis medarbejderen ikke har fulgt PFAs retningslinjer for hvilke dokumenter der skal udfyldes, kan jeg ikke se at det kan være noget der skal ligge mig til last.
>
> Ad 2) [Selskabets jurist] skriver at det er ubestridt at jeg har fået at vide at jeg med stor sandsynlighed har rectumcancer. Jeg synes ellers at jeg tidligere har gjort det meget tydeligt at jeg ikke var blevet informeret om at der med stor sandsynlighed var tale om rectumcancer. I min første klage til Ankenævnet for Forsikring skrev jeg følgende: *'Jeg blev ved undersøgelsen orienteret om at lægen havde fundet noget der ikke så normalt ud og der-*

*for var nød til at tage en biopsi. Svaret på prøven ville jeg få ca. en uge senere.'* Dette er i min verden overhoved ikke det samme som at få at vide at jeg har kræft.

Ad 3) Se Ad 2.

Ad 6) Så vidt jeg husker, fik at vide at jeg kunne få en personlig rådgivningssamtale, men at den i det store hele svarede nogenlunde til hvad vi kunne finde ud af i fællesskab pr. telefon."

I brev af 16/10 2017 til nævnet har selskabet fastholdt dets afgørelse.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder de lægelige oplysninger.

Klageren var den 31/3 2016 til forundersøgelse på et hospital. Af journalen fra hospitalet fremgår det bl.a.

"**31-03-2016 Forundersøgelse, …** Underskrevet: 01-04-2016 11:38

[Hospital]

Henvist med diagnosen rektalprolaps.
…
**Aktuelle**
Igennem en periode haft fornemmelse af at endetarmen kringer ud, i samme periode ændret afføringsmønster. Der har været frisk og gammelt blod i afføringen, inkl. slim. Tilstanden i første omgang tolket som hæmorider.

**Øvrige organsystemer**
Ingen klager.
…
**Objektivt**
Upåvirket.
…
Rektal inspektion: Der ses vortestrukturer perianalt uden betydning, men der er fyldig extern hæmoridevæv i hele cirkumferensen.
Ved rektal expl. føles der en oplagt malign tumor i ampullen i patientens ve. side.
Dette bekræftes ved rektoskopi, hvor der ses en oplagt malign tumor i ve. side. Det er lidt vanskeligt at vurdere størrelsen, da det flyder med tynd afføring og blod.
Der biopteres.
Nederste begrænsning synes at være 7 cm fra anus på stift skop.

**Konklusion og plan**
Patienten informeret om at han med meget stor sandsynlighed har en rectumcancer, men at den endelige diagnose først kan stilles når der foreligger mikroskopi.
*Det er aftalt patienten får telefonisk besked af min sekretær når mikroskopisvaret foreligger, og kan derefter komme ind og få svaret.*

Informeret om, at han allerede i dag bliver henvist til [hospital] mhp. videre behandling.

Patienten skal observeres i amb. en halv time for han går hjem, obs. blødning."

Af aftaleblanketten, hvor de af klageren ønskede dækninger var udfyldt af selskabet, og som klageren underskrev den 4/4 2016, fremgår det bl.a.:

"**Aftale om pensionsopsparing**

Tilbudsnummer: …

Delaftalenummer: …

- ❑ Aftalen er underskrevet og behandles automatisk
- ❑ Aftalen effektueres delvist, da ændring af forsikringerne afventer vurdering af helbredsoplysninger.
- ❑ Aftalen skal behandles manuelt, da der opstod en fejl under effektueringen.

**1. Om samtalen**
Ændringerne af aftalenummer … i PFA Plus foretages på baggrund af din rådgivningssamtale.

Du har talt med: …

Denne aftale om ændringer i din pensionsordning skal betragtes som et tilbud. Aftalen er først bindende for PFA Pension, når vi har modtaget din underskrift pa aftalen. Se også afsnit 8 'Hvornår træder aftalen i kraft?'.
Tilbuddet gælder i 14 dage fra ændringsdatoen.

Virksomhed: …

Ændringsdato: 04.04.2016

**2. Personoplysninger**
Navn: … Telefon (arbejde): …
Adresse: …
CPR-nummer … E-mail: …

**3. Indbetalinger**
Din årlige løn: … kr.

Den årlige løn, der vises her, bliver løbende justeret, og vi får den oplyst af din arbejdsgiver.

| **Indbetaling til pensionsordningen** | **i % af lønnen** |
|---|---|
| Din arbejdsgivers obligatoriske indbetaling | 6,00 % |
| Din egen obligatoriske indbetaling | 3,00 % |
| I alt | 9,00 % |

…
**6. Forsikringer**
Din årlige dækningsgivende løn er: … kr. Den bruges til at beregne dine forsikringer, hvis disse er opgivet som en procentdel af den dækningsgivende løn. Din dækningsgivende årlige løn bliver løbende justeret, og vi får den oplyst fra din arbejdsgiver

I samarbejdsaftalen mellem din arbejdsgiver og PFA Pension er det fastlagt, hvilke valgmuligheder du har i forhold til forsikringer. Hvis du har valgt et kronebeløb for en forsikring, reguleres beløbet i overensstemmelse med de regler, som er fastsat i samarbejdsaftalen.

Detaljer, om hvornår samtlige forsikringer stopper, finder du i dit pensionsbevis på mitpfa.dk.

**PFA Erhvervsevne**

| Udbetalingsform | Beskatningsform | Forsikringens størrelse |
|---|---|---|
| Løbende udbetaling indtil du fylder 68 år, op til: | Med skattefradrag for indbetalinger (SK1) | 80,00 % af din løn |
| Engangsudbetaling | Med skattefradrag for indbetalinger (SK2) | 416.667 kr. |

Du skal være opmærksom på, at den samlede udbetaling fra PFA Pension og alle øvrige pensions- og forsikringsselskaber eller banker maksimalt må udgøre 80% af din dækningsgivende løn.

**PFA Kritisk sygdom**

| Udbetalingsform | Beskatningsform | Forsikringens størrelse |
|---|---|---|
| Engangsudbetaling | Uden skattefradrag for indbetalinger (SK5) | 500.000 kr. |
| Engangsudbetaling – til børn | Uden skattefradrag for indbetalinger (SK5) | 200.000 kr. |

**PFA Helbredssikring**
Du har PFA Helbredssikring, arbejde og PFA Helbredssikring fritid. På begge forsikringer har du Basisdækning og Udvidet helbredssikring.

Du har Helbredssikring til børn (basisforsikring og udvidet forsikring)

**PFA Liv**

| Udbetalingsform | Beskatningsform | Forsikringens størrelse |
|---|---|---|
| Engangsudbetaling – rateforsikring i 10 år omregnet til engangsbeløb | Med skattefradrag for indbetalinger (SK2) | 298,34 % af din løn |
| Løbende udbetaling til børn under 21 år | Med skattefradrag for indbetalinger (SK1) | 2,51% af din løn |

Hvis du dør, inden dit pensioneringstidspunkt udbetales din opsparing som rate- og kapitalpension samt aldersopsparing. Du skal være opmærksom på, at hvis du også har opsparing som livspension, kan den blive reduceret eller helt bortfalde.
…

**8. Hvornår træder aftalen i kraft?**
Ændringerne i din pensionsordning kan tidligst træde i kraft, når vi har modtaget aftalen med din underskrift på. Ændringen sker, hvis betingelserne i 'Pensionsvilkår for PFA Plus' er opfyldt.
Du kan se pensionsvilkår for PFA Plus på mitpfa.dk,

Ændringerne til din pensionsordning træder i kraft dags dato, hvis vi modtager aftalen med din underskrift på rådgivningsmødet. Modtager vi først din underskrevne aftale senere, vil ændringerne træde i kraft snarest muligt efter, at vi har modtaget aftalen.

På mitpfa.dk kan du se, når ændringerne er trådt i kraft. Du får også en ny pensionsoversigt, når ændringerne er trådt i kraft.

**9. Underskrift**
Jeg beder PFA Pension ændre min pensionsordning i henhold til indholdet af:

✓ Denne aftale
✓ Samarbejdsaftalen mellem min arbejdsgiver og PFA Pension
✓ PFA Pensions vilkår for PFA Plus "

Af journalnotat af 6/4 2016 fremgår det bl.a.:

"**06-04-2016 Kontrol,** Underskrevet: 07-04-2016 13:07
Patienten indkaldt til svar på mikroskopi, som gives.
Har tid hos kirurgerne på … Hospital fredag (d. 08.04.16).
Gives information om sygdommen generelt samt skitseret behandlingsforløb.
**Der er ikke aftalt yderligere her.**"

Af journalnotat af 8/4 2016 fremgår det bl.a.:

"**Afdeling:** GASTROENHEDEN MR. MED DA, AMB
**Institution:** [hospital]
**08-04-2016 Notat**

Pt. er set d. 08.04.16 kl.
Notat dikteret d. 08.04.16 kl. 13.20
Notat skrevet d. 08.04.16 kl. 13.57
**Oplæg til MDT-konf.**
[Mand i 40'erne], ingen komorbiditet, ASA 1, WHO performance 0.
Pt. har nu, på [hospital], været til rektoskopi på mistanke om hæmorider og rektalprolaps, og her finder man oplagt malign tumor i rectum 7 cm oppe. Biopsies viser adenokarcinom."

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**3. Generelle pensionsvilkår for forsikringer**
**3.1. Hvornår gruppeforsikringen dækker**
En del af gruppepensionsordningen består af en eller flere gruppeforsikringer. En gruppeforsikring begynder på det tidspunkt, der følger af samarbejdsaftalen mellem forsikringstageren og PFA Pension.

Når arbejdsgiveren har tilmeldt den forsikrede til gruppepensionsordningen, opretter PFA Pension den eller de forsikringer, som den forsikrede skal have. PFA Pension forpligter den forsikrede til at give PFA Pension besked, hvis bestemte angivne forhold, der kan have betydning for den forsikredes helbred, gør sig gældende.

Hvis den forsikrede ikke giver PFA Pension en sådan besked, dækker forsikringerne fra det tidspunkt, der er angivet i pensionsbeviset. Forsikringerne bliver dog oprettet med et generelt forbehold for de tilfælde, hvor den forsikrede skulle have givet PFA Pension en sådan besked.

Hvis den forsikrede derimod giver PFA Pension en sådan besked om forhold, der kan have betydning for den forsikredes helbred, vurderer PFA Pension om og i givet fald på hvilke betingelser, at forsikringerne kan oprettes.

Ved forhøjelser af dækninger, herunder forhøjelser der skyldes stigning i indbetalingen, kan PFA Pension kræve helbredsoplysninger, der efter PFA Pensions vurdering er tilfredsstillende, eller forsikringen kan oprettes med et tidsbegrænset forbehold.

Det er en betingelse for at opnå ret til en forsikringsydelse, at forsikringsbegivenheden sker i forsikringstiden.

**3.2. Hvornår forsikringen generelt ikke dækker**

**3.2.1. Hvis forsikringstager eller andre afgiver urigtige eller mangelfulde oplysninger**
Hvis forsikringstager afgiver urigtige eller mangelfulde oplysninger i forbindelse med forsikringens oprettelse, kan forsikringen bortfalde helt eller delvist efter reglerne i lov om forsikringsaftaler.

Afgiver andre end forsikringstageren urigtige eller mangelfulde oplysninger, har dette forhold samme virkning, som hvis oplysningerne var afgivet af forsikringstager."

**Nævnet udtaler:**

Det fremgår af sagen, at klageren den 31/3 2016 fik foretaget rektoskopi på et hospital, og at man tog vævsprøver fra en tumor, som lægerne påviste ved undersøgelsen. Af journalen fremgår det, at "Patienten informeret om at han med meget stor sandsynlighed har en rectumcancer, men at den endelige diagnose først kan stilles når der foreligger mikroskopi".

Den 4/4 2016 rettede klageren telefonisk henvendelse til selskabet med henblik på at forhøje sine forsikringsdækninger til det maksimalt mulige for en række dækninger, herunder tab af erhvervsevne og sum ved visse kritiske sygdomme. Selskabet fremsendte samme dag en aftaleblanket til klageren. Selskabet har oplyst, at det ved en fejl ikke

vedlagde den helbredserklæring, som skal udfyldes/afgives ved forhøjelse af dækningerne. Klageren returnerede samme dag aftaleblanketten i udfyldt og underskrevet stand pr. mail. I aftaleblanketten anmodede klageren blandt andet om at forhøje summen ved visse kritiske sygdomme fra 125.000 kr. til 500.000 kr. og den løbende udbetaling ved tab af erhvervsevne fra 40 % til 80 % af den dækningsgivende løn.

Den 5/4 2016 forelå der svar fra hospitalet på den foretagne mikroskopiundersøgelse, og den 6/4 2016 fik klageren bekræftet, at der var tale om rectumcancer.

Den 6/4 2016 rettede klageren to gange telefonisk kontakt til selskabet og sendte to e-mails til selskabet, hvori han bad selskabet om at bekræfte, at det havde modtaget den underskrevne aftaleblanket.

Den 13/4 2016 forhøjede selskabet klagerens forsikringsdækninger. Den opdaterede pensionsoversigt, hvoraf de nye forhøjede dækninger fremgik, blev sendt til klageren den 22/4 2016.

Den 18/4 2016 rettede klageren telefonisk henvendelse til selskabet for at ansøge om udbetaling af sum ved kritisk sygdom.

Forhøjelse af forsikringsdækninger – bortset fra kritisk sygdom

Selskabet har annulleret forhøjelserne på for forsikringsdækningerne – bortset fra dækning for kritisk sygdom - med henvisning til, at klageren burde have indset, at det var af afgørende betydning for hans muligheder for at forhøje sine forsikringsdækninger, at han var under udredning for en kræftsygdom, og at han af en læge havde fået oplyst, at han med meget stor sandsynlighed havde rectumcancer, og at selskabet ikke ville have accepteret forhøjelserne, såfremt klageren havde oplyst herom, jf. forsikringsaftalelovens § 7, jf. § 6.

Klageren har anført, at han ved sin henvendelse til selskabet fik at vide, at en helbredserklæring ikke skulle udfyldes, da hans forsikringsordning var ændret, og at han frem til september 2016 kunne foretage ændringer uden at skulle udfylde en helbredserklæring.

Han har videre anført, at han på tidspunktet, hvor han anmodede om forhøjelse af sine dækninger, ikke var bekendt med de oplysninger, som han ifølge journaloplysningerne var blevet orienteret om i forbindelse med undersøgelsen den 31/3 2016, men at han alene havde fået oplyst, at lægen havde fundet noget, der ikke så normalt ud, og at man derfor havde været nødt til at tage en biopsi.

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet, at klageren burde være klar over at oplysningen, om at der var stor sandsynlighed for, at han havde rectumcancer, var af betydning for selskabets accept af de ønskede ændringer. Nævnet finder ligeledes, at undladelsen af at give denne information til selskabet kan tilregnes klageren som groft uagtsomt, jf. forsikringsaftalelovens § 7.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at man ved rektoskopien den 31/3 2016 påviste en oplagt malign tumor i venstre side af klagerens endetarm, og at den undersøgende overlæge i journalen har noteret, at klageren i forbindelse med undersøgelsen blev informeret om, at han med meget stor sandsynlighed havde en rectumcancer, men at den endelige diagnose først kunne stilles, når der forelå mikroskopi.

Nævnet har også lagt vægt på antallet og størrelsen af de ændringer i forsikringsdækningerne, som klageren ønskede at få foretaget.

Et enigt nævn finder på den baggrund, at selskabet har været berettiget til at ophæve de forhøjede forsikringsdækninger, dog med undtagelse af kritisk sygdomsdækningerne, således at klagerens dækninger er de samme som før den 13/4 2016, hvor de forhøjede dækninger trådte i kraft.

Dækningssum ved kritisk sygdom

Nævnets flertal udtaler:

Selskabet har i sit brev til nævnet af 21/4 2017 oplyst, at en forhøjelse af kritisk sygdomsdækningen ikke kræver, at forsikringstageren kan afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger.

Selskabet har udbetalt 125.000 kr. på baggrund af klagerens anmodning om udbetaling af kritisk sygdom svarende til den sum, som klageren havde indtil den 13/4 2016, hvor summen blev forhøjet til 500.000 kr. Selskabet afviser at udbetale yderligere med henvisning til, at klagerens diagnose blev stillet, før de forhøjede forsikringsdækninger trådte i kraft.

Selskabet har anført, at det under punkt 3.1 under afsnittet "Generelle pensionsvilkår for forsikringer" i pensionsvilkårene samt punkt 8 i indholdet af aftaleblanketten fremgår, at ændringerne tidligst kan træde i kraft, når aftalen er modtaget af PFA, og at de træder i kraft hurtigst muligt derefter.

Af aftaleblanketten, hvor de af klageren ønskede dækninger var udfyldt af selskabet, og som har overskriften "Aftale om pensionsordning", fremgår det af punkt 1, at "denne aftale om ændringer i din pensionsordning skal betragtes som et tilbud. Aftalen er først bindende for PFA Pension, når vi har modtaget din underskrift på aftalen. Se også afsnit 8 'Hvornår træder aftalen i kraft?'." Af afsnit 8 fremgår det, at "ændringerne i din pensionsordning kan tidligst træde i kraft, når vi har modtaget aftalen med din underskrift på. Ændringen sker, hvis betingelserne i 'Pensionsvilkår for PFA plus' er opfyldt" og "Ændringerne til din pensionsordning træder i kraft dags dato, hvis vi modtager aftalen med din underskrift på rådgivningsmødet. Modtager vi først din underskrevne aftale senere, vil ændringerne træde i kraft snarest muligt efter, at vi har modtaget aftalen".

Flertallet finder, at forhøjelsen af klagerens kritisk sygdomsdækning må anses for at være trådt i kraft den 4/4 2016.

Flertallet har blandt andet lagt vægt på, at det af aftaledokumentet fremgår, at "Ændringerne til din pensionsordning træder i kraft dags dato, hvis vi modtager aftalen med din underskrift på rådgivningsmødet. Modtager vi først din underskrevne aftale senere, vil ændringerne træde i kraft snarest muligt efter, at vi har modtaget aftalen". Det bemærkes, at selskabet modtog den underskrevne aftale pr. mail den 4/4 2016.

Der er også lagt vægt på, at forsikringsaftalelovens § 11 – der finder anvendelse hvis andet ikke er aftalt – ville føre til samme resultat, idet det bestemmes, at selskabets ansvar indtræder på det tidspunkt, hvor forsikringstageren sender meddelelse om, at selskabets tilbud antages.

Der er endvidere lagt vægt på, at punkt 8 i aftaledokumentet ikke på klar og entydig måde kan siges at have fastlagt et senere ikrafttrædelsestidspunkt.

Flertallet har endelig lagt vægt på, at selskabet har oplyst, at en forhøjelse af dækningssummen på klagerens kritisk sygdomsdækning ikke er betinget af, at han kan afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger. Der er således ikke tale om, at selskabet skal foretage en vurdering af klagerens helbred, når det modtager det af ham underskrevne aftaledokument.

Da det lægges til grund, at klagerens kræftdiagnose blev stillet den 5/4 eller den 6/4 2016 – hvor der forelå dokumenterede lægelige journaloplysninger om svaret på den foretagne mikroskopiundersøgelse – finder flertallet, at selskabet ikke har været berettiget til at afvise at udbetale den forhøjede dækningssum til klageren med henvisning til, at ændringen ikke var trådt i kraft på diagnosetidspunktet.

Nævnets mindretal udtaler:

Nævnets mindretal finder, at bestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 7 finder anvendelse også i relation til kritisk sygdom på tilsvarende måde som i relation til de andre dækninger.

Der træffes afgørelse efter stemmeflertallet.

18. 90653

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

---

Selskabet, PFA Pension, skal anerkende, at forhøjelsen af klagerens kritisk sygdomsdækning var trådt i kraft på det tidspunkt, hvor klageren fik stillet sin kræftdiagnose. Selskabet skal som følge heraf udbetale dækningssummen på 500.000 kr. til klageren. Kravet forrentes i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 24.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt