Ankenævnet *for* Forsikring

Den 3. juli 2018 blev i sag nr. 91679:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Skandia Link Livsforsikring A/S
Kay Fiskers Plads 9
2300 København S

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har firmapensionsordning i Skandia Link Livsforsikring A/S. Hun klager over, at selskabet har ophævet hendes erhvervsevnetabsforsikring og kritisk sygdomsforsikring med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet, jf. forsikringsaftalelovens § 4, og at selskabet i forbindelse med hendes alvorlige sygdom på denne baggrund har afvist at udbetale erhvervsevnetabsdækning og sum ved kritisk sygdom.

Selskabet har anført, at klageren ved tegningen af forsikringen har fortiet oplysninger om sit helbred.

I klageskema af 12/12 2017 til nævnet samt i vedlagte bilag har klageren bl.a. anført:

> "Vi havde flere møder med [mægleren]. Et fælles møde hvor vi talte om vilkårene fra Skandia i fællesskab. [Firmapartner], [mægleren] og jeg [klager]. Vi havde et møde hvor [firmapartneren] og jeg [klager], adskilt talte med [mægleren] om hvordan vi skulle udfylde Kort helbredserklæring. Det er her jeg under samtalen får det indtryk fra [mægleren], at det drejede sig om hospitalsbesøg der skulle udfyldes i den Korte helbredserklæring, han nævnte ikke andet, ikke noget om kroniske sygdomme eller andre sygdomme der ellers var vigtigt at få noteret. Hvilket jeg derfor tog som pålydende. Derfor er oplysninger om hospitalsbesøg, det eneste som er udfyldt på skemaet. Det giver jo ingen mening at jeg bevidst skulle undlade oplysninger på det grundlag vi tegnede forsikringen. Vi har jo ligeledes oplevet i vores søgen på forsikring, at det er vidt forskelligt, hvilke oplysnings krav der sættes, når der tegnes forsikring. Jeg har derfor i god tro, ment og troet at alt var

udfyldt korrekt i samråd med [mægleren]. I foråret har foreningen … eksempelvis lavet forsikrings aftale med … i stedet for [mæglerfirma] og Skandia. Her er der ingen krav om helbreds oplysninger for at tegne forsikringen. Niveauet for oplysninger er meget forskellige. Hvilket jeg mener, understøtter min tro på at alt var i orden.
…
D. 21. juni 2017 afslår Skandia min ansøgning med påstand om, at de ikke fik de korrekte oplysninger da forsikringerne blev oprettet (bilag 7). Jeg har ifølge Skandia fået forsikringerne på forkerte vilkår og opfylder ikke forudsætningerne for at få forsikringerne. De har annulleret forsikringerne med tilbagevirkende kraft. Som begrundelse bruger de:

26.11.2013: Åndenød/dyspnø

(som ikke er kronisk men i forbindelse med en luftvejs infektion i oktober 2017. Får konstateret svær søvnapnø i sommer 2016, hos læge … og senere også …)

06.12. 2013: Ukompliceret hypertension.

30.12.2014: Ukompliceret hypertension og Bmi større end 30.

(jeg havde også denne Bmi i 2013.)

26.06.2015: Har DM type 2, da HbA1c er på 50.

(Jeg har en aftale med sygeplejeske … at forsøge med kost og motion. Jeg påbegynder medicinsk behandling april 2016.)

03.07.2015: Kommer til BT kontrol. Paraklinisk viser debut af DM type 2.

Det virker meget søgt at få åndenød/dyspnø, 2 x ukompliceret blodtryk, 2x Dm type 2 som begrundelse for annullering af forsikringerne. Sygdomme som intet har at gøre med min ansøgning om kritisk sygdom, tab af erhvervsevne eller min kræft diagnose."

Selskabet har i brev af 27/2 2018 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"… (klager) klager over afslag på udbetaling ved kritisk sygdom og tab af erhvervsevne samt annullering af hendes forsikringer.

Dækning
Klager blev den 1. november 2015 omfattet af en firmapensionsordning i Skandia med invalidedækning i form af præmiefritagelse og udbetaling af invaliderente ved tab af erhvervsevne på 50% eller derover, dækning ved visse kritiske sygdomme og dækning ved dødsfald.
…
Sagsforløb
Klager underskrev den 17. september 2015 en kort helbredserklæring.

I erklæringen oplyses klager blandt andet om:

> ***Information***
> *Du skal selv udfylde erklæringen og besvare alle spørgsmål og delspørgsmål omhyggeligt. Du må ikke fortie noget, heller ikke selv om du tror, at det er uden betydning for Skandia.*
> *…*
> *Du skal vide, at hvis svarende ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielser har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven nedsættes eller ophæves.*
>
> *Er du i tvivl om besvarelsen af spørgsmålene, kan du kontakte din læge, inden du udfylder skemaet. De er dog selv ansvarlig for oplysningerne i erklæringen.*

Erklæringen stiller blandt andet følgende:

> ***Spørgsmål***
> *1.a. Har du været undersøgt eller behandlet af læge, speciallæge (herunder ...), ... eller anden behandler indenfor de sidste 3 år?*
> *Der ses bort fra ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde undtages.*
> *Hvis JA:*
> *For hvad?*
> *Er der følger/gener?*
> *... Hvilke?*
>
> *1. b. Har du - udover det oplyste - været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ... eller lignende indenfor de sidste 3 år?*
> *Hvis JA:*
> *For hvad?*
> *…*
> *Er der følger/gener?*
> *... Hvilke?*

Klager oplyste i helbredserklæringen, at hun havde haft smerter i anklen i 2012 og at hun havde forvredet sit knæ/menisk i 2015. Hun oplyste ikke om andre helbredsproblemer i perioden 17. september 2012 - 17. september 2015. Helbredserklæringen er vedlagt af klager som **bilag 2**.

Skandia fandt på baggrund heraf ikke anledning til at indhente yderligere helbredsoplysninger i forbindelse med oprettelsen af klagers forsikringer.

Den 28. januar 2017 blev klager sygemeldt fra sit job som selvstændig … på grund af svær søvnapnøe, og den 8. marts 2017 blev hun fuldtidssygemeldt på grund af æggestokkekræft.

Den 11. april 2017 ansøgte hun om udbetaling ved kritisk sygdom og tab af erhvervsevne.

Vi har derfor indhentet journaloplysninger fra klagers læge … med henblik på eventuel udbetaling.

Det fremgår af journaloplysningerne før tegning, at klager konsulterede sin læge den 22. november 2013 på grund af intermitterende trykken for brystet, dyspnøe (åndenød) ved trappegang, og at dette gav anledning til en lægelig udredning, hvor der blev konstateret et BMI på 50 (over-

vægt), forhøjet blodtryk, dyslipidæmi (forhøjet kolesterol), hvorefter at klager blev sat i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk, ligesom hun var i gang med kostomlægning.

Ved blodtrykskontrol den 10. januar 2014 var der dårlig compliance, og den medicinske behandling blev øget.

Ved konsultation den 30. december 2014 vejede klager 130-135 kg og havde (fortsat) et BMI på over 30.

Ved konsultation den 26. juni 2015 fremgår det, at klager havde fået diagnosticeret diabetes type 2.

Ved konsultation den 14. august 2015 nævnte hendes læge muligheden for en eventuel gastric bypass eller gastric sleeve operation med henblik på vægttab.

Ved konsultation den 3. juli 2015 fremgår det, at hun ikke ønskede at starte medicinsk behandling for sin sukkersyge, men ville forsøgte med kostomlægning og mere motion. Hun angav at hendes vægt var 135 kg.

Ved konsultation den 27. august 2015 fremgår det, at hun (fortsat) havde en vægt på 136 kg.

Journaloplysningerne er delvist fremlagt af klager og fremlægges derfor af selskabet som **bilag D**.

Den 21. juni 2017 meddelte vi derfor klager, at vi havde annulleret hendes forsikringer med tilbagevirkende kraft, og at vi derfor afslog hendes ansøgning om udbetaling ved tab af erhvervsevne og kritisk sygdom. Vi begrundede afgørelsen med, at vi ikke havde fået korrekte oplysninger om hendes helbred, da vi oprettede forsikringerne til hende, og at vi ikke ville have oprettet forsikringerne (tab af erhvervsevne, præmiefritagelse, kritisk sygdom og dødsfald), hvis vi havde fået korrekte oplysninger om hendes helbred, og at hun derfor ikke opfyldte forudsætningerne for at få forsikringsdækningerne. De penge hun havde betalt for forsikringsdækningerne ville vi overføre til hendes pensionsopsparing, og hun ville modtage en ny police.
…
Vi har efterfølgende indhentet en uvildig vurdering af 21. februar 2018 fra Videncenter for Helbred og Forsikring, som konkluderer, at forsikringsrisikoen på baggrund af de aktuelle oplysninger om klagers helbred før tegning ville have medført afslag på forsikring ved død og invaliditet. Vurderingen vedlægges som **bilag F**.

Videncenter for Helbred og Forsikring har i supplerende mail af 26. februar 2018 tilføjet, at deres risikovurdering for tegning af dækning ved kritisk sygdom ligeledes er afslag. Mailen vedlægges som **bilag G**.

Konklusion
Vi vurderer, at klager ved afgivelsen af sin helbredserklæring den 17. september 2015 særligt burde have oplyst os om, at hun var sat i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk, og at hun havde fået konstateret type 2 diabetes.

Havde klager oplyst os om forhøjet blodtryk og diabetes type 2, ville vi yderligere have spurgt ind til hendes vægt, og på baggrund af de samlede helbredsoplysninger, ville vi alene have tilbudt hende en opsparingsordning uden forsikringsdækninger.

Vi bemærker, at helbredserklæringens spørgsmål 1.a. ikke begrænser sig til hospitalsbesøg, og at klager alene bedes se bort fra ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde.

Vi bemærker desuden, at hun i erklæringen bliver vejledt om, at hun ikke må fortie noget, selvom hun ikke selv tror, at det er uden betydning for Skandia, og at hun selv er ansvarlig for oplysningerne i erklæringen.

Vi bemærker yderligere, at klager i sit brev til ankenævnet den 9. december 2017 har oplyst, at hun i sin søgen på forsikring, har oplevet, at det er vidt forskelligt, hvilke oplysningskrav, der sættes, når der tegnes forsikring.

Vi mener på baggrund heraf, at klager burde have været særligt opmærksom på vejledningen og de spørgsmål, som hun blev stillet i helbredserklæringen.

Vi henviser herudover til, at klager ved sin underskrift den 17. september 2015 har erklæret, at hun er klar over, at urigtige eller manglende oplysninger, som kan være af betydning for Skandias vurdering af den forsikringsmæssige risiko, kan medføre at forsikringen ikke dækker, hvis hun får behov for at rejse krav om udbetaling fra Skandia.

Vi henviser desuden til forsikringsvilkårene pkt. 2.2.2., hvorefter forsikringen kan reduceres eller helt eller delvist bortfalde, hvis de oplysninger, der ligger til grund for indgåelsen af aftalen, er urigtige eller mangelfulde.

Vi henviser ligeledes til forsikringsaftaleloven § 4, om urigtige oplysninger ved aftalens afslutning, hvorefter aftalen ikke er bindende for selskabet, hvis forsikringstageren ved forsikringen tegning svigagtigt har givet urigtig oplysning om eller fortiet en omstændighed, som må antages at være af betydning for selskabet.

Vi bemærker, at vores helbredsmæssige vurdering af klagers krav på forsikringstegning i 2015 understøttes af den uvildige risikovurdering fra Videncenter for Helbred og Forsikring.

På baggrund heraf finder vi, at det må lægges til grund, at klager har fortiet oplysninger om hendes helbred, som var af væsentlig betydning for vores vurdering af hendes forsikringsbegæring, idet oplysningerne ville have medført afslag på oprettelse af forsikringsordninger, og at vi derfor har været berettiget til at ændre hendes pensionsordning til en opsparing uden forsikringsdækninger med tilbagevirkende kraft til den 1. november 2015."

Klageren i brev af 18/3 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Indgåelse af selve aftalen er i min optik sagens kerne. Jeg har på ingen måde bevidst givet urigtige oplysninger eller bestræbt mig på at fortie oplysninger eller ville vildlede [mæglerfirma]/Skandia ved indgåelsen af denne forsikring. Tværtimod er jeg ikke blevet korrekt informeret om udfyldelsen af Kort helbredserklæring, når [mæglerfirmaet] lod mig forstå at det var hospitals behandlinger som der lagedes vægt på. Hospitalsbehandlinger er det eneste jeg har udfyldt i ske-

maet og lagt vægt på. Netop udfyldningen af Kort helbredserklæringen, vidner om at jeg har handlet i god tro. Det er det eneste jeg har skrevet på Kort helbredserklæring. Det er kun behandlinger som har foregået på hospital. Jeg har ingen anden mulighed for at kunne argumentere eller dokumentere dette, da samtalerne ikke er optaget."

Af udtalelse fra Helbred og Forsikring af 26/2 2018 fremgår blandt andet:

"**Risikovurdering ved personforsikring pr. 17-09-2015**

De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komite i Videncenter for Helbred & Forsikring. Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville komiteen have vurderet forsikringsrisikoen pr. 17-09-2015 til:

Dødelighed: Afslag Invaliditet: Afslag

Forklaring på vurderingen
Vurderingen er baseret på oplysningen om symptomer i form af trykken for brystet og dyspnø, der har givet anledning til lægelig udredning, hvor der er konstateret overvægt, forhøjet blodtryk og dyslipidæmi samt diabetes.

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læge. Forsikrede konsulterede lægen i november 2013 pga intermitterende trykken for brystet, dyspnø ved trappegang og svedeture. Egen læge fandt BMI på 50, forhøjet blodtryk op til 160/107, triglycerid på 6,1 samt lungefunktion med FEV1 på 81%. Der blev iværksat medicinsk behandling for forhøjet blodtryk. Ved kontrol i januar 2014 blev der nævnt dårlig compliance og den medicinske behandling blev suppleret.

Forsikrede blev løbende kontrolleret og i juni 2015 fik forsikrede konstateret diabetes type 2. Forsikrede ønskede umiddelbart ikke behandling med Metformin.

Risikovurdering for KS pr. 17. september 2015: Afslag."

Nævnet har fået forelagt sagens lægelige bilag, herunder journalen fra klagerens egen læge for perioden fra 25/10 2013 til den 21/3 2016.

Nævnet udtaler:

Indledningsvist bemærker nævnet, at det falder uden for nævnets kompetence at tage stilling til om mægleren, der har betjent klageren i forbindelse med tegningen af pensionsordningen, har begået fejl eller ydet utilstrækkelig rådgivning. Nævnet bemærker, at mægleren anses som klagerens rådgiver, hvorfor selskabet ikke hæfter for eventuelle fejl begået af denne. En klage

over en forsikringsmægler kan i forbrugerforhold indbringes for Center for Klageløsning/Forbrugerklagenævnet og i erhvervsforhold for retten.

Nævnet kan på denne baggrund alene tage stilling til tvisten mellem klageren og det indklagede pensionsselskab.

Klageren har oplyst, at hun bistået af en forsikringsmægler tegnede pensionsordning med erhvervsevnetabsdækning og dækning ved kritisk sygdom i selskabet i efteråret 2015. I forbindelse med tegningen underskrev klageren den 17/9 2015 en "kort" helbredserklæring. Det fremgik blandt andet, at såfremt klagerens svar ikke var fuldt sandfærdige, eller fortielse havde fundet sted, kunne forsikringen nedsættes eller ophæves i henhold til forsikringsaftaleloven.

I begæringen, som er underskrevet af klageren, havde klageren på spørgsmålet "Har du været undersøgt eller behandlet af læge speciallæge (herunder psykiater), kiropraktor, psykolog, fysioterapeut eller anden behandler indenfor de sidste 3 år (Der ses bort fra ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde undtages", svaret: "Forvredet knæ/menisk … 31/8 2015 ….".

På spørgsmålet: " Har du – udover det oplyste – været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, hospital, privatklinik eller lignende indenfor de sidste 3 år", svaret: "Smerter i ankel …".

Selskabet har i brev af 27/2 2018 til nævnet anført, at klagerens svar ikke var fyldestgørende, og at det ville have spurgt yderligere ind til hendes vægt, såfremt det havde fået fyldestgørende oplysninger. Selskabet har herved blandt andet anført: "Vi har derfor indhentet journaloplysninger fra klagers læge … med henblik på eventuel udbetaling. Det fremgår af journaloplysningerne før tegning, at klager konsulterede sin læge den 22. november 2013 på grund af intermitterende trykken for brystet, dyspnøe (åndenød) ved trappegang, og at dette gav anledning til en lægelig udredning, hvor der blev konstateret et BMI på 50 (overvægt), forhøjet blodtryk, dyslipidæmi (forhøjet kolesterol), hvorefter at klager blev sat i medicinsk behandling for forhø-

jet blodtryk, ligesom hun var i gang med kostomlægning. Ved blodtrykskontrol den 10. januar 2014 var der dårlig compliance, og den medicinske behandling blev øget. Ved konsultation den 30. december 2014 vejede klager 130-135 kg og havde (fortsat) et BMI på over 30. Ved konsultation den 26. juni 2015 fremgår det, at klager havde fået diagnosticeret diabetes type 2. Ved konsultation den 14. august 2015 nævnte hendes læge muligheden for en eventuel gastric bypass eller gastric sleeve operation med henblik på vægttab. Ved konsultation den 3. juli 2015 fremgår det, at hun ikke ønskede at starte medicinsk behandling for sin sukkersyge, men ville forsøgte med kostomlægning og mere motion. Hun angav at hendes vægt var 135 kg. Ved konsultation den 27. august 2015 fremgår det, at hun (fortsat) havde en vægt på 136 kg".

Selskabet har anført, at det ikke ville have tilbudt klageren forsikringsdækninger for erhvervsevnetab og kritisk sygdom, hvis det havde modtaget fyldestgørende helbredsoplysninger. Selskabet har under sagens behandling i nævnet indhentet en udtalelse af 26/2 2018 fra "Videncenter for Helbred og Forsikring" om forsikringsrisikoen, hvor det er anført, at man på tegningstidspunktet ville have anbefalet afslag på dødelighed, invaliditet og kritisk sygdom.

Efter en gennemgang af sagen og ud fra en samlet bedømmelse finder nævnet, at undladelsen af at oplyse om lægebesøgene og undersøgelserne kan tilregnes klageren som uagtsom jf. forsikringsaftalelovens § 6. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren har undladt at oplyse om, at hun blandt andet blev sat i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk og fik konstateret diabetes type 2.

Nævnet finder ikke anledning til at betvivle selskabets oplysning om, at forsikringerne ikke ville være antaget, såfremt de korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet.

Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde erhvervsevnetabsdækning, at udbetale summen ved kritisk sygdom og har opsagt forsikringerne og ændret klagerens pensionsordning til en opsparingsordning uden forsikringsdækninger med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

9. 91679

Nævnet bemærker, at det i relation til selskabets dækningspligt ikke kan føre til andet resultat, hvis mægleren, der bistod klageren ved tegningen af forsikringen, har ydet utilstrækkelig eller fejlagtig rådgivning om rækkevidden af spørgsmålene i helbredserklæringen, som klageren udfyldte og underskrev.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt