# Ankenævnet *for* Forsikring

Den 3. april 2019 blev i sag nr. 91748:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme. I brev af 22/12 2017 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

> "**1. Indledning**
> På vegne af min klient, [klageren], klager jeg hermed over AP Pensions afgørelse af 27. oktober 2016, hvori der meddeles afslag på dækning ved kritisk sygdom.
>
> **2. Baggrund**
> Om baggrunden for min klients forsikringsforhold kan det oplyses, at hun i sommeren 2014 blev kontaktet telefonisk af [forsikringsselskab], der oplyste hende om muligheden for at tegne livsforsikring med tilvalg af dækning for kritisk sygdom, som blev tilbudt i samarbejde med AP Pension. Min klient blev oplyst, at det var et tilbud, der skulle benyttes inden hun fyldte … år, hvorfor det dårligt kunne vente.
>
> Medarbejderen spurgte, om min klient 'fejlede noget', hvortil min klient oplyste, at hun havde nogle øjengener. Min klient har en medfødt synsdefekt på venstre øje i form af grå stær, som ved en fejl under en operation som spæd blev forværret, da defekten blev skubbet fra iris ind i pupillen. Min klient har herefter levet med nedsat syn hele livet og tager øjendråber (et dryp dagligt) for at modvirke tryk i øjet, ligesom hun går til kontrol herfor. Synet har været stabilt gennem mange år. På højre øje er min klient nærsynet og bruger kontaktlinse.
>
> Min klient blev oplyst af medarbejderen, at øjengener var uden betydning, og at hendes spørgsmål angik alvorlige sygdomme/lidelser.
>
> Min klient modtog herefter en indtegningsblanket, som hun udfyldte den 1. juli 2014. På baggrund af samtalen med [forsikringsselskab] og spørgsmålenes formulering på blanketten oplyste

min klient om en diskusprolaps i ryggen, men ikke om sit nedsatte syn eller kontrolbesøgene herfor.

Den 4. juli 2016 blev min klient diagnosticeret med en kræftsygdom, der er omfattet af dækningen for kritisk sygdom. Sygdommen blev anmeldt til AP Pension den 18. august 2016. Ved afgørelse af 27. oktober 2016 meddelte AP Pension afslag på dækning med henvisning til, at der var afgivet urigtige oplysninger ved indtegning. AP Pension henviste særligt til, at min klients synsdefekt, som hun går til kontrol for, og at de med oplysning herom ikke ville have tilbud forsikringen.

**3. Bemærkninger**
Reglerne om urigtige oplysninger fremgår af FAL §§ 4-10. Ifølge lovens § 5 hæfter selskabet, såfremt det må antages, at forsikringstageren ved forsikringens tegning hverken vidste eller burde vide, at en given oplysning var urigtig.

Det afgørende i denne sag er, at de påståede urigtige oplysninger består i, at min klient har *undladt* at oplyse om sin synsdefekt og kontrolbesøg herfor. Dette skyldes, at min klient forud for indtegning var blevet oplyst af en medarbejder ved [forsikringsselskab], at det var uden betydning for tegning af forsikring mod kritisk sygdom.

Det er fast antaget i teori og praksis, at sådanne oplysninger fra selskabet medfører, at kunden har været i god tro, jf. FAL § 5. Jeg henviser til Højesterets dom, som gengivet i UfR 1969 side 62, hvor en forsikringstager fandtes at være i god tro om en undladt oplysning om en medfødt svær synsnedsættelse med henvisning til selskabets medvirken ved indtegning.

Almindelige fuldmagtsregler fører til, at AP Pension er bundet af de forhold, som medarbejderen fra [forsikringsselskab] oplyste. Dette må navnlig gælde, når der er tale om et opsøgende salg over telefon, og det således ikke var på min klients initiativ, at der blev tegnet forsikring. Jeg henviser til praksis på området, hvorefter der pålægges selskaberne en streng bevisbyrde ved uenigheder på baggrund af telefoniske henvendelser. Det bemærkes, at min klient har forsøgt at kontakte [forsikringsselskab], der imidlertid ikke har notater fra rådgivningen, der fandt sted i 2014.

Selv hvis nævnet måtte komme frem til, at min klient ikke på baggrund af samtalen med [forsikringsselskab] har været i god tro, så gøres det gældende, at selskabet ikke har godtgjort, at der er tale om urigtige oplysninger afgivet ved uagtsomhed, som forudsat efter FAL § 6, stk. 2.

Spørgsmålene på indtegningsblanketten vedrører blandt andet, om min klient lider af 'alvorlig sygdom'. At min klient ikke oplyser om en synsnedsættelse, kan i den forbindelse ikke betragtes som en urigtig oplysning, og det kan da heller ikke tilregnes hende som uagtsomt. Min klient har som så mange andre et nedsat syn, og det har hun levet med hele livet, uden at dette kan betragtes som alvorlig sygdom. Hun har således altid været i arbejde, har kørekort og modtager kun behandling i form af øjendråber.

Det eneste 'urigtige' på blanketten kan således være, at min klient ikke oplyste om kontrolbesøg, der primært vedrører øjendråber for at undgå øjenbetændelse og brug af kontaktlinser, som må betragtes for et meget almindeligt forhold. Det gøres på denne baggrund gældende, at den manglende oplysning ikke kan tilregnes min klient som uagtsomt. Jeg bemærker, at spørgsmålet om 'behandling' er bredt formuleret og kommer i forlængelse af spørgsmål om 'alvorlig sygdom', hvorfor min klient ikke burde have indset, at ovennævnte besøg ville være af betydning.

Jeg henviser til Højesterets dom som gengivet i UfR 2006 side 1732, hvor det ikke blev fundet uagtsomt ikke at oplyse om lægebesøg. Højesteret lagde vægt på spørgsmålets brede formulering, og at forholdet ikke havde medført sygemelding. Begge forhold er sammenlignelige med nærværende sag. Et lignende resultat til støtte for min klients sag findes i ankenævnets kendelse nr. 51.414 af 17. april 2000, som gengivet i FED 2000.2101.

Det er desuden et krav, at selskabet kan godtgøre, at min klient ville være afvist fra indtegning, såfremt de var bekendt med oplysningen om synsnedsættelsen. Dette kan ikke anses for godtgjort.

For det tilfælde, at ovennævnte (manglende) oplysninger anses for afgivet ved uagtsomhed, bemærker jeg, at der ifølge FAL § 6, stk. 3, gælder en særlig lempelsesregel. Ifølge reglen hæfter selskabet helt eller delvis, hvis særlige omstændigheder taler herfor. Det følger af bestemmelsen, at der navnlig skal lægges vægt på den udviste uagtsomhed, på den tid, der er forløbet fra afgivelsen af urigtige oplysninger og på, hvorvidt den urigtige oplysning har haft indflydelse på forsikringsbegivenheden.

Disse betingelser må anses for opfyldt i nærværende sag, da der er tale om ingen eller en beskeden grad af uagtsomhed, jf. ovenfor, da oplysningen ikke har betydning for kræftlidelsen, og da der er gået en betydelig tid fra de afgivne oplysninger. Jeg henviser til Ankenævnet for Forsikrings kendelse nr. 80.716, hvor to år blev anset for tilstrækkeligt til, at reglen kunne finde anvendelse."

Selskabet har i brev af 23/1 2018 til nævnet bl.a. anført:

"**AP Pensions holdning**
AP Pension fastholder, at Klager ved tegning af forsikringen for kritisk sygdom har afgivet urigtige oplysninger ved ikke at oplyse om den medfødte glaukomlidelse, som Klager har gået til kontrol med hele livet, og som Klager er opereret for flere gang, og som har medført udtalt nedsat syn. Havde Klager oplyst om denne lidelse på tegningstidspunktet, havde AP Pension afvist at tegne forsikring for kritisk sygdom, jf. anbefalingerne fra Helbred og Forsikring.

**Aftalegrundlaget**
Klager har gennem [forsikringsselskab] pr. 1. juli 2014 oprettet en forsikring i AP Pension, indeholdende forsikringsdækning ved kritisk sygdom, hvor der udbetales en sum, hvis Klager får stillet en af de i forsikringsbetingelserne oplistede kritiske sygdomme. Følgende fremgår af forsikringsbetingelserne, som gælder for Klagers forsikring, **(bilag A)**:
***§ 3. Urigtige oplysninger***
*Afgiver forsikrede eller andre urigtige eller mangelfulde oplysninger i forbindelse med forsikringens oprettelse, ændring eller genikrafttrædelse, kan forsikringsdækningen bortfalde helt eller delvist efter reglerne i forsikringsaftalelovens §§ 4-10.*

***§ 4. Kritisk sygdom***
*Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, jf. § 2, stk. 2 har fået stillet en diagnose, som beskrevet i §§ 4 A-Ø. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.*

**Sagsforløb**
Supplerende til Klagers sagsfremstilling skal følgende nævnes:

AP Pension modtager Klagers begæring om tegning af forsikring ved kritisk sygdom den 8. juli 2014, **(Bilag B)**.

Vi opretter på den baggrund forsikringen, da vi ikke vurderede, at diskusprolaps ville medføre en forhøjet risiko for en kritisk sygdom.

AP Pension modtager Klagers ansøgning om udbetaling ved Kritisk Sygdom den 23. august 2016, hvor Klager vedlægger lægelige akter, **(Bilag C)**. I de lægelige akter fremgår det, at Klager er kendt med hypertension, nedsat syn og regnbuehindebetændelse. På den baggrund informerede vi i brev af 30. august 2016 klager om, at vi indhentede oplysninger omkring disse helbredsforhold fra egen læge, idet vi ville undersøge, om der var afgivet urigtige oplysninger ved oprettelse af forsikringen **(Bilag D)**.

Vi modtog svar fra egen læge dateret den 8. september 2016, **(Bilag E)**. Egen læge havde ikke sendt journaloplysninger med, men alene et brev med kortfattet resume, af helbredsforholdende omkring hypertension og øjensygdommene, og egen læge henviste til [øjenklinik] for yderligere oplysninger. Vi sendte derfor et brev til Klager den 16. september 2016, **(Bilag F)**, hvor vi underrettede om, at vi indhentede akter fra [øjenklinik] fra 3 år før forsikringen blev oprettet fra den 1. juli 2014 og frem. Vi modtog akter fra Øjenlægen den 4. oktober 2016, **(Bilag G)**.

Ud fra disse lægelige akter var det tydeligt, at Klager igennem årene løbende var blevet kontrolleret for glaukomlidelse (grøn stær), og vi kunne konstatere, at Klager ikke havde oplyst AP Pension om dette ved tegningen af forsikringen for kritisk sygdom. Vi sendte derfor brev af 27. oktober 2016, **(Bilag H)**, hvor vi gav afslag på udbetaling af kritisk sygdom samt annullerede forsikringen, og tilbagebetalte præmien til Klager.

<u>Afgivelse af urigtige oplysninger:</u>
Det er vores vurdering, at Klager har afgivet urigtige oplysninger ved ikke at oplyse om øjenlidelsen. Vi vil i det følgende gøre gældende, at Klager uagtsomt har afgivet urigtige oplysninger, jf. FAL § 6, stk. 1, idet det må have stået Klager klart, at oplysninger omkring en medfødt alvorlig øjensygdom og de mange undersøgelser Klager gik til op til tegningen af forsikringen, ville være oplysninger, som burde være afgivet i forbindelse med tegning af en forsikring for kritisk sygdom.

For at tegne forsikringen sendte Klager en begæring til AP Pension, jf. Bilag B. På side 2 er der en helbredserklæring, hvor der under punkt 1 spørges til følgende:
*'Har du inden for de sidste 3 år lidt af nogen alvorlig sygdom?'*

Klager besvarer spørgsmålet bekræftende, idet hun lider af diskusprolaps. Under punkt 2 på helbredserklæringen spørges til følgende:
*'Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt/-undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende'*.

Klager besvarer spørgsmålet bekræftende og uddyber, at hun har været til kiropraktor, fysioterapeut og speciallæge vedrørende diskusprolaps i 2011. Klager beskriver også, at hun stadig går til kiropraktor på tidspunktet for udfyldelse af begæringen. Der spørges i punkt 2 også til, om der er følger og Klager beskriver, at der er smerter, bevægeindskrænkning og påvirket hukommelse.

Klager har således fundet det relevant, at oplyse om en diskusprolaps, som stadig gav gener, men ikke om den alvorlige øjenlidelse, som også gav mange gener.

Sammen med ansøgningen om udbetaling af kritisk sygdom underskrev Klager en samtykkeerklæring. Vi bemærker, at Klager skriver følgende på samtykkeerklæringen:
*'Kun relevante oplysninger vedr. min cancer må indhentes! Jr. Kopi vedr. dette vedlagt'*.

Det forekommer bemærkelsesværdigt, at Klager ikke ønsker at oplyse om sine helbredsmæssige forhold ud over sin cancer og, at Klager på denne måde understreger, at vi ikke må indhente andet end akter vedr. cancer.

I journalmaterialet fra [hospital], hvor Klager blev behandlet for kræft, fremgår følgende fra den 17. juni 2016, jf. bilag C, side 3 af 13:
*'Født med nedsat syn, angiveligt på baggrund af medicin som moderen havde taget under graviditet. For nogle år siden regnbuehindebetændelse. Hypertension'*.

Følgende fremgår ligeledes på side 11 af 13 i bilag C, dateret den 15. maj 2015:
*'Dårligt syn, hvilket er medfødt pga. grå stær'.*

På samme side, under medicin fremgår det, at Klager tager øjendråber i form af Xalatan en dråbe dagligt.

Det må antages at lægen, som behandlede Klager for kræft, har skrevet forkert, idet der er tale om grøn stær, hvilket journalerne fra øjenlægen dokumenterer nedenfor. Ligeledes anvendes øjendråberne Xalatan til behandling af højt tryk i øjet, hvilket er en af generne ved sygdommen grøn stær.

Da vi indhentede akter fra egen læge fik vi ikke journalen, men et brev, jf. bilag E, hvori lægen beskriver, at Klager er født med cataract (grå stær) på venstre øje, og at hun følges vedvarende via øjenlæge. Igen må vi understrege, at lægen må have skrevet forkert, idet Klage lider af grøn stær, som speciallægen på området beskriver neden for.

I akterne fra øjenlægen, jf. bilag G, side 1 af 4, fremgår det, at øjenlægen den 27. september 2016 var i telefonisk kontakt med Klager, idet der alene var givet det begrænsede samtykke til udgivelse af oplysninger som ovenfor beskrevet.
Øjenlægen var derfor i tvivl om, denne måtte sende journalen til AP Pension.
Øjenlægen og Klager bliver enige om, at journalen kunne sendes til os.

Det fremgår af journalen fra øjenlægen den 18. november 2011, at Klager får medicin i form af bl.a. Xalatan mod grøn stær og skal dryppe øjnene 1 gang i hvert øje dagligt, jf. bilag G. Klager har på 3 år fra den 1. juli 2011 og frem til tegning af policen den 1. juli 2014 været til kontrol og undersøgelser på grund af grøn stær 19 gange. I gennemsnit svarer dette til et besøg hos lægen hver anden måned. Der var ikke alene tale om kontrol, men også undersøgelser, fordi Klager havde store gener i øjnene. Det er en meget høj frekvens af besøg hos en speciallæge. Det bør have stået klart for Klager, at dette selvfølgelig er et forhold, som ska l oplyses, når der på en begæring spørges til, om klager inden for de seneste tre år har været undersøgt eller behandlet af læge.

Det fremgår ligeledes i journalmaterialet bilag C, side 4 af 13, at Klager er … I forhold til klagers uagtsomhed, må det siges at vægte tungt, at Klager er bekendt med lægevidenskaben på grund af sin faglige indsigt som … Der må derfor desto mere have stået Klager klart, at grøn stær er en alvorlig sygdom, som skal oplyses, specielt også henset til de mange kontroller, som Klager har gået til i tiden op til tegning af forsikringen den 1. jul i 2014. Det er således vores vurdering, at Klager har handlet uagtsomt, ved ikke at give os oplysninger herom.

Ved vurderingen af, om Klager kan blive antaget på baggrund af begæringen anvendes retningslinjer fra Helbred og Forsikring. Som Bilag I vedlægges retningslinjerne vedr. Glaukom (grøn stær). Det fremgår nederst på siden, at tilfælde med nedsat eller ikke stationær synsfunktion (6/18 eller mindre), vil give et afslag på kritisk sygdom. Vi har således fremlagt dokumentation for, at vi ikke ville have antaget forsikringen, hvis Klager havde oplyst os om sin øjenlidelse.

Lempelsesreglen i FAL § 61 stk. 3:
Klagers advokat gør gældende, at såfremt Ankenævnet måtte finde, at Klager uagtsomt har afgivet urigtige oplysninger, jf. § 6, stk. 1, skal lempelsesreglen, jf. FAL § 6, stk. 3 finde anvendelse. Det er tre forhold, der skal lægges vægt på, når det skal vurderes, om lempelsesreglen kan finde anvendelse. Det ene forhold er, om der er årsagssammenhæng mellem de uoplyste forhold (grøn stær) og forsikringsbegivenheden (cancer). Umiddelbart er der ikke en sådan årsagssammenhæng. Imidlertid fremgår følgende af Karnovs note 33 til bestemmelsen:
*'Det forudsættes, at den omstændighed, at der ikke er årsagssammenhæng mellem det uoplyste forhold og forsikringsbegivenhedens indtræden, ikke i sig selv taler særligt for at anvende lempelsesreglen'.*

Det er således ikke givet, at fordi der ikke er årsagssammenhæng, at så skal lempelsesreglen finde anvendelse.

Det andet forhold, der har betydning for om lempelsesreglen finder anvendelse er, hvor lang tid der er gået fra afgivelsen af den urigtige oplysning og frem til forsikringsbegivenheden. Der går ca. 2 år fra afgivelsen af de urigtige oplysninger i forbindelse med tegningen af forsikringen den 1. juli 2014, og frem til Klager anmelder sin kritiske sygdom underskrevet den 18. august 2016. Vi vurderer, at dette er en kortere periode, og det er først i forbindelse med anmeldelsen, at vi har mulighed for at blive opmærksomme på, at der er afgivet urigtige oplysninger. Vi har derfor ikke haft mulighed for at reagere før vi modtog anmeldelsen.

Endelig har graden af forsikredes udviste uagtsomhed, som det tredje forhold, betydning for om lempelsesreglen finder anvendelse. Karnovs note 33 har følgende indhold herom:
*'Lempelsesreglen kan i almindelighed kun anvendes, hvis forsikringstageren ved afgivelsen af de urigtige oplysninger alene har udvist en ringe uagtsomhed. Der sigtes herved til tilfælde, hvor det i særlig grad må anses for undskyldeligt, at forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger. Det kan f.eks. være tilfældet, hvis forsikringstageren ved en forglemmelse undlader at oplyse om en lægeundersøgelse eller hospitalsindlæggelse flere år før forsikringstegningen'*.

Som gennemgået oven for, er det vores vurdering, at Klager har udvist en betydelig grad af uagtsomhed, idet Klager i de seneste 3 år før tegningen af policen havde gået til undersøgelser i gennemsnit hver anden måned på grund af sin medfødte øjenlidelse. Det fremgår af bilag G, at Klager i det seneste halve år op til tegning af policen havde været til øjenlægen 3 gange og senest 2 måneder før tegning. Ligeledes er Klager uddannet … og burde derfor vide, at dette var et forhold,

som skulle nævnes i det meget klare spørgsmål, der blev stillet i begæringen. Endvidere har Klager efterfølgende forsøgt at tilbageholde helbredsoplysninger fra AP Pension ved at skrive i sit samtykke til indhentelse af akter, at vi alene måtte indhente oplysninger vedrørende hendes cancer. Der er tale om så grov en form for tilbageholdelse af oplysninger, at situationen nærmer sig en vurdering efter, jf. FAL § 4. Det uoplyste kan derfor ikke anses for at være en forglemmelse og det kan derfor heller ikke anses for at være undskyldeligt, hvorfor der er tale om uagtsom afgivelse af urigtige oplysninger.

Ligeledes fremgår følgende af note 33:
*'Har forsikringstageren ikke svaret fyldestgørende på, et bredt og måske upræcist formuleret spørgsmål i forsikringsbegæringen, taler det således i højere grad for at anvende lempelsesreglen, end hvis der er givet et urigtigt svar på, et klart og enkelt spørgsmål'*.

Spørgsmålet i begæringen er beskrevet oven for. Der stilles et meget klart og præcist spørgsmål i forhold til, om klager inden for de seneste tre år har været til læge. Dette forhold kan derfor heller ikke føre til, at lempelsesreglen finder anvendelse.

Ud af de tre forhold, der skal vurderes i forhold til, om lempelsesreglen kan finde anvendelse, må det vigtigste forhold være, graden af uagtsomhed i forhold til fortielsen af oplysningerne. Det er på grund af tilbageholdelsen af oplysningerne, at Klager har fået forsikringen, og vi har som selskab ikke mulighed for at få disse oplysninger før efter, der er sket anmeldelse af en forsikringsbegivenhed. Vi reagerede med det samme vi blev opmærksomme på, at der kunne være tale om afgivelse af urigtige oplysninger. Det er derfor vores vurdering, at hvis man lader lempelsesreglen finde anvendelse i denne sag, så vil det føre til det urimelige resultat, at man belønner en adfærd, hvor en forsikringstager over for sit forsikringsselskab ikke overholder sin loyale oplysningspligt.

Det er på den baggrund vores vurdering, at Klager har udvist uagtsomhed en grad, der gør at lempelsesreglen, jf. FAL § 6, stk. 3 ikke kan finde anvendelse.

Klagers advokat henviser til AKF 80.716, hvor Nævnet lod lempelsesreglen finde anvendelse. I denne sag var der ligeledes gået to år mellem afgivelsen af urigtige oplysninger og forsikringsbegivenheden. Imidlertid har advokaten ikke oplyst, at det ikke alene var de to år, som Nævnet lagde vægt på. Der blev også lagt vægt på, at selskabet havde bevilget ydelsen i 4 år, før selskabet indhentede yderligere lægelige oplysninger for at belyse fortielsen. Som netop beskrevet, så indhentede AP Pension oplysninger omkring fortielsen med det samme, vi blev opmærksomme på det urigtige forhold. Ligeledes var der i sagen AKF 80.716 tale om uagtsomhed i beskedent omfang. Forsikringstageren havde i den konkrete sag oplyst selskabet om, at hun havde ryg belastende arbejde, og at hun havde været til fysioterapi med sin ryg. Hun havde også oplyst på skemaet, at hvis selskabet var i tvivl om noget, så måtte de rette henvendelse til hende. Forsikrede var i denne sag derfor meget meddelsom. Forsikrede havde imidlertid glemt at fortælle selskabet, om en konkret lægekonsultation omkring ryggen. Ankenævnet vurderede, at der under disse forhold var tale om uagtsomhed i et beskedent omfang, hvilket vi kan tilslutte os.
Graden af uagtsomhed er som beskrevet oven for meget større i denne sag, hvorfor denne kendelse ikke kan danne grundlag for, at lempelsesreglen skal finde anvendelse i indeværende sag.

Klagers advokat har ligeledes henvist til U2006.1732H. I dommen havde en forsikringstager ved tegningen af forsikringen den 2. september 1992 svaret nej til, om han bl.a. havde været til lægen for andet end børnesygdomme eller forkølelse.

Imidlertid havde forsikrede været til vagtlægen i oktober 1991 pga. et angstanfald og han havde været til en lægeundersøgelse i november 1991 vedr. det samme. I 1995 fik forsikrede konstateret panikangst.

Højesteret vurderede ikke, at forsikrede i sagen havde handlet uagtsomt.
Højesteret lagde vægt på følgende:
*'Anfaldet i oktober 1991 var voldsomt, og A havde yderligere anfald i tiden frem til lægeundersøgelsen i november 1991. Det må imidlertid tillægges betydning, at hans egen læge ved undersøgelsen i november 1991 ikke fandt noget unormalt hverken fysisk eller psykisk, ikke foreslog nogen behandling og tilkendegav, at der var tale om en stressreaktion, som han ikke ville betegne som en sygdom. Det må endvidere lægges til grund, at anfaldene i efteråret 1991 ikke gav anledning til sygemelding, at der ikke i tiden mellem november 1991 og september 1992 indtraf yderligere anfald, og at A's symptomer og sygdom først på et langt senere tidspunkt blev diagnosticeret som panikangst'*.

Der var således tale om en forbipasserende gene som opstod 2 år før tegning, og som ikke ud over den korte periode havde haft indflydelse på forsikredes helbred. I forhold til indeværende sag skal vi anføre, at diagnosen, de mange besøg hos speciallæge, herunder besøg lige op til tegning, samt karakteren af generne, herunder næsten nedsat syn på venstre øje gør, at der er tale om en langt mere alvorlig sygdom og påvirkning af helbredet, hvorfor det skulle være oplyst, hvorfor de manglende oplysninger herom må tilregnes Klager som uagtsomt.

Ligeledes har klageres advokat henvist til AKF 51.414. Forsikrede i sagen havde ved tegning af policen i april 1993 ikke oplyst om, at hun havde gået til psykolog i perioden 1989-90 i en alder af 18 år pga. adfærdsvanskeligheder. Hun havde oplyst om en knæskade og en rygskade. Følgende fremgår af sagen:
*'Advokaten har fremlagt en udtalelse af 4/2 1999 fra en speciallæge i psykiatri, hvori det hedder: 'Angående resumeet fra 1990 så har hun kun gået til nogle få samtaler, og jeg tror absolut, at hun må have været i god tro ved ikke at have oplyst dette, da det med at gå til psykologiske samtaler jo har været praktiseret flere gange i hendes skolegang, og at der ikke har været den store ændring i, at det nu så foregik på ungdomspsykiatrisk afdeling. Hun var ikke indlagt, og hun havde kun få samtaler, hvorefter hun blev utilfreds med terapeuterne og afbrød forløbet, som det jo fremgår af resumeet'.*

Det var således 3-4 år før tegning, at forsikrede havde gået til disse samtaler, og forløbet blev stoppet uden yderligere behandling. Denne sag er derfor på linje med sagen oven for. Som beskrevet er faktum i indeværende sag imidlertid et helt andet, hvorfor der forligger uagtsomhed hos Klager.

Rådgivning:
Klageres advokat beskriver, at Klager blev kontaktet telefonisk af en sælger fra [forsikringsselskab]. Advokaten skriver:
*'Medarbejderen spurgte om min klient 'fejlede noget', hvortil min klient oplyste, at hun havde nogle øjengener'*.

Det må siges, at være en stor undervurdering, af Klagers helbredsmæssige forhold at kalde det for 'nogle øjengener'. Ved beskrivelsen af Klageres gener, undlader advokaten da også at beskrive, det store omfang af besøg hos øjenlæge, som

Klager har haft, jf. det ovenfor dokumenterede.

Advokaten beskriver videre:
*'Min klient blev oplyst af medarbejderen, at øjengener var uden betydning, og at hendes spørgsmål angik alvorlige sygdomme/lidelser'*.

Det er vores vurdering, at idet Klager alene har omtalt forholdene omkring den medfødte grønne stær, som 'øjengener', så har medarbejderen fra [forsikringsselskab] ikke været klar over omfanget af disse 'øjengener'. Grøn stær må i sig selv betegnes, som en alvorlig sygdom og det faktum, at Klager igennem livet, og i 3 år op til tegning af forsikringen, har haft så mange kontroller og besøg hos speciallæge gør, at det i sig selv må betegnes som noget andet og mere end 'øjengener'.

Vi skal for en god ordens skyld bemærke, at antagelsen ikke kun sker via et telefonopkald, der blev også sendt den ovenfor omtalte begæring med det meget klare spørgsmål, hvor det burde have stået Klager klart, at en alvorlig øjenlidelse, med de deraf følgende mange lægebesøg, skulle have været beskrevet i begæringen. Det er derfor vores vurdering, at Klager ikke har været i god tro, jf. FAL § 5.

Klagers advokat har også henvist til dommen U.1969.62 og mener, at indeværende sag skulle få samme udfald. Dommen omhandlede tegning af en fritidsulykkesforsikring, hvor forsikrede havde besvaret spørgsmålet om, hvorvidt han led af 'nogen sygdom, legemesfejl eller anden abnormitet' benægtende.

Selskabet afviste at udbetale erstatning, da forsikrede led af en medfødt svær synsnedsættelse på venstre øje. Følgende fremgik af Landsrettens bemærkninger, som blev stadfæstet af Højesteret:

*'Efter rettens formening mJ sagsøgerens medfødte synssvække/se betegnes som en legemesfejl, og hans besvarelse af forsikringsbegæringens spørgsmål om helbredstilstand må for så vidt anses for urigtig. Det findes imidlertid under hensyn til, at det pågældende spørgsmål er forelagt sagsøgeren mundtligt af sagsøgtes repræsentant, uden at denne fandt anledning til at uddybe den meget omfattende og i bred almindelighed holdte forespørgsel nærmere gennem en mere detailleret udspørgen, ikke at kunne fastslås, at sagsøgeren har burdet være klar over, at han ved sin benægtende besvarelse gav en urigtig oplysning, og sagsøgte findes herefter ikke at kunne fritages for ansvar i medfør af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1'*.

Der blev i denne sag kun foretaget mundtlige samtaler om forsikredes helbredsforhold og retten vurderede, at det var et bredt formuleret spørgsmål.
Spørgsmålet i vores begæring er stillet anderledes konkret i forhold til, om man har været undersøgt af læge inden for de seneste 3 år. Ligeledes var der i dommen alene tale om synsnedsættelse, og ikke en alvorlig øjenlidelse med de deraf afledte mange kontroller hos speciallæge. Dommen kan derfor ikke tages til indtægt for, at indeværende sag skal få samme udfald.

<u>Praksis:</u>
Vi skal henlede opmærksomheden på AKF 86.747. Forsikringstageren i sagen havde en firmabaseret pensionsordning med dækning ved tab af erhvervsevne. Selskabet stoppede udbetalingen fra forsikringen og annullerede den, under henvisning til at forsikrede havde afgivet urigtige oplysninger ved policens tegning, idet forsikrede ikke havde oplyste om, at han havde været i et revalideringsforløb. Forsikrede gjorde gældende, at han havde udfyldt og underskrevet erklæringen

sammen med en assurandør, og at denne havde sagt, at idet forsikrede ikke havde færdiggjort revalideringsforløbet, så skulle han ikke nævne dette på blanketten. Forsikrede gjorde derfor gældende, at enhver fejl i forbindelse med opfyldelsen af hans oplysningspligt var sket på baggrund af forkert vejledning/rådgivning fra assurandøren. Ankenævnet udtalte følgende:
*'Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at han i forbindelse med tegningen af forsikringen oplyste assurandøren om, at han havde været under revalidering, og at assurandøren skulle have rådgivet ham om at svare 'nej' til dette spørgsmål*'.

På samme måde, skal AP Pension gøre gældende, at Klager i indeværende sag ikke har bevist, at medarbejderen fra [forsikringsselskab] skulle have sagt, at der ikke skulle oplyses om øjengenerne.

Nævnet fandt herefter, at der var afgivet urigtige oplysninger, ved ikke at oplyse selskabet om, at han havde været under revalidering. Endvidere fandt nævnet, at det måtte tilregnes ham for uagtsomt og at lempelsesreglen ikke skulle finde anvendelse. Nævnet udtaler følgende herom:
*'Nævnet finder ikke grundlag for at henføre forholdet under forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3. Nævnet har herved navnlig lagt vægt på, at klageren efter nævnets opfattelse har udvist en betydelig uagtsomhed, da revalideringsforløbet fandt sted kort før tegningen af forsikringen, og idet tidsrummet fra afgivelsen af de urigtige oplysninger til forsikringsbegivenhedens indtræden var af kortere varighed*'.

Revalideringsforløbet fandt sted i 2007, hvilket var 2 år før tegningen af forsikringen. Dette vurderer nævnet er *'kort før tegningen af forsikringen'*. I indeværende sag, har Klager været til øjenlægen 2 måneder før tegningen af forsikringen. I kendelsen blev forsikringen tegnet den 1. oktober 2009 og forsikrede blev sygemeldt den 13. juli 2011. Der gik derfor ca. 2 år ligesom tilfældet er i indeværende sag.

Det er derfor vores vurdering, at Klager i indeværende sag også under henvisning til denne kendelse har udvist en så betydelig uagtsomhed samt at tidsrummet fra afgivelsen af de urigtige oplysninger til forsikringsbegivenhedens indtræden er af samme korte varighed, hvilket gør, at forholdet ikke kan henføres under lempelsesreglen, jf. FAL § 6, stk. 3.

**Konklusion:**
Det er vores vurdering, at Klager uagtsomt har afgivet urigtige oplysninger, jf. FAL § 6, stk. 1, idet det må have stået Klager klart, at oplysninger omkring en medfødt alvorlig øjensygdom (grøn stær) og de mange undersøgelser hos en øjenlæge, som Klager gik til op til tegningen af forsikringen, var helbredsmæssige forhold, der skulle have været oplyst på begæringen.

Det er vores vurdering, at det rent faktisk stod klager helt klart, at forholdene omkring Klagers øjensygdom var af betydning for AP Pension, idet Klager ved afgivelse af samtykkeerklæring, i forbindelse med ansøgningen om udbetaling fra forsikringen, forsøgte at tilbageholde helbredsmæssige oplysninger ved at skrive på blanketten, at det alene var forhold omkring cancer, der måtte indhentes journalmateriale i forhold til.

Det er ligeledes dokumenteret, at AP Pension rent faktisk ikke ville have tegnet forsikringen, idet antagelsesreglerne udfærdiget af Forsikring og Pension dokumenterer, at sygdommen grøn stær, ikke berettiger til tegning af forsikring for Kritisk Sygdom.

På baggrund af de spørgsmål som stilles i begæringen ved tegn ingen af forsikringen, må det derfor have stået helt klart, at klagers diagnose og løbende kontrol og behandling heraf, var et forhold, som skulle oplyses. Klager har ikke dokumenteret, at der skulle have været rådgivet om noget andet, hvilket efter vores vurdering, er helt utænkeligt, idet vejledningen til kunden altid vil være, at man hellere skal oplyse for meget end for lidt ved tegning af policer.

Det er endvidere vores vurdering, at det er en skærpende omstændighed, at Klager er …, og derfor har specifik indsigt i lægevidenskaben samt det faktum, at grøn stær er en meget alvorlig øjenlidelse, som kan, og for Klager har, store helbredsmæssige konsekvenser i form af meget nedsat syn på venstre øje og løbende kontroller for at trykket i øjet ikke bliver for højt. Ligeledes har klager brugt øjendråber dagligt, netop for at dette tryk i øjet ikke skulle bliver for højt.

Det er på den baggrund vores vurdering, at AP Pension har været berettiget til at annullere forsikringen for kritisk sygdom, jf. forsikringsbetingelsernes § 3, som henviser til FAL § 6, stk. 1. Endvidere er det vores vurdering, at der har været udvist uagtsomhed i så stort et omfang, der gør, at lempelsesreglen, jf. FAL § 6, stk. 3 ikke kan finde anvendelse."

Klagerens advokat har i brev af 7/3 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet anfører en række påstande, som jeg ser mig nødsaget til at gå i rette med, da de er i strid med de faktiske oplysninger.

Min klient er født med grå stær – ikke grøn stær, som påstået af selskabet. Dette fremgår af de lægelige akter og selskabets gentagne angivelser (side 3-4) af, at det må være lægen, der tager fejl, er således ikke korrekt. Jeg henviser desuden til notat fra min klients øjenlæge af 26. februar 2018 (bilag 1), hvoraf det fremgår, at *'Pt er kendt med medfødt grå stær og nedsat syn og nystagmus ... Da der er usikkerhed omkring synsnerven og synsfeltsforandringerne ... Er pt sat i behandling for at undgå mulig grøn stær ... '* [min fremhævning].

Derudover anfører selskabet, at min klient har haft regnbuehindebetændelse. Dette er heller ikke korrekt. Notatet herom i journalen fra [hospital] er en fejl, og der ses da heller ikke anført eller dokumenteret andre steder. Tværtimod fremgår det i journalnotat af 27. september 2016 (bilag 2) fra min klients øjenlæge, at: *'Det skulle angiveligt figurere i pts medicinske journal, at pt har haft irit. Dette er ikke tilfældet.'*

Der er således nogle helt grundlæggende ukorrektheder i selskabets behandling af sagen, som har skabet et forkert grundlag for argumentationen. Selskabet anfører eksempelvis, at det som følge af min klients virke som … og faglige indsigt måtte have stået hende klart, *'at grøn stær er en alvorlig sygdom, som skal oplyses'*. Min klient har ikke grøn stær. Om forskellen bemærkes, at grå stær medfører sløring i øjets linse, som kan helbredes ved en operation, hvorimod grøn stær rammer synsnerven og ikke kan helbredes, hvis synet af den årsag mistes.

Selskabet opfordres til at fremlægge dokumentation for, at der også ville være afvist indtegning ved grå stær, da bilag I vedrører grøn stær.

I forhold til lempelsesreglen anfører selskabet, at min klient på baggrund af virket som … har udvist en betydelig uagtsomhed ved ikke at oplyse om øjenlidelsen. Som nævnt ovenfor lægger selskabet herved – ukorrekt – til grund, at min klient har grøn stær. Min klient har grå stær, og har

derudover som følge af en fejloperation som spæd nedsat syn. Synsnedsættelsen kompenseres med kontaktlinser, der har givet noget irritation, som hun går til kontrol for, men på ingen måde kan betragtes som en alvorlig sygdom. Min klient har levet – som så mange andre mennesker – med en synsnedsættelse hele livet og det har hverken været til hindre for en karriere som … eller en almindeligt opretholdt hverdag med eksempelvis bilkørsel.
Min klient er sågar elitebilist.

Vedrørende min klients angivelse på fuldmagten om, at det var oplysninger i relation til cancer, så er der ikke tale om en grov form for tilbageholdelse af oplysninger, som påstået af selskabet.
Min klient værner om sin privatsfære og fandt det ikke relevant at indvie selskabet i øre- eller underlivsundersøgelser. Det bemærkes, at selskabet har fået de oplysninger, som er ønsket, hvorfor synspunktet om, at situationen nærmer sig FAL § 4 er helt ude af proportioner.

Derudover synes selskabet i uagtsomhedsvurderingen helt at se bort fra det forhold, at de selv har medvirket til et opsøgende salg, hvor man sætter en sælger til at oplyse, rådgive og sælge produktet telefonisk og efterfølgende, hvor disse oplysninger giver anledning til tvist, lader denne bevismæssige risiko påhvile min klient.

Selskabets bemærkninger til praksis vedrørende lempelsesreglen giver mig anledning til at påpege, at lempelsesreglen alene er relevant, såfremt nævnet vurderer, at der har været afgivet urigtige oplysninger ved uagtsomhed – hvilket i sig selv bestrides. Selskabets synspunkt og argumentation (side 7-8) om, at der foreligger uagtsomhed er således ikke i sig selv et argument for at lempelsesreglen ikke skulle finde anvendelse. Selskabets bemærker desuden, at min klients nedsatte syn er en *'langt mere alvorlig sygdom og påvirkning af helbredet'* end angstanfald og stressreaktion, som er omtalt i dommen gengivet i U.2006.1732 H. Dette er jeg ikke enig.

I forhold til selskabets henvisning til AK 86.747, så er denne ikke sammenlignelig med nærværende sag, da spørgsmålet om, hvorvidt man er i revalidering ikke kan gradbøjes eller fortolkes, som det er tilfældet med oplysninger en 'alvorlig sygdom', der i høj grad afhænger af, hvem man spørger og hvad der er blevet oplyst i forbindelse med salg af forsikringen. Det forhold, at der findes kendelser, som ud fra en bevisvurdering ikke giver klageren medhold, og hvor faktum i øvrigt er forskelligt fra denne sag, ændrer ikke på, hvad min klient konkret drøftede med sælgeren og at hun var i god tro ved afgivelse af helbredsoplysninger."

Selskabet har i brev af 23/5 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Advokaten beskriver, at der ikke er tale om grøn stær men om grå stær. Vi har forelagt det nye journalmateriale for vores lægekonsulent. Han beskriver, at han ikke havde brug for eksplicit at få præsenteret diagnosen Glaucom (grøn stær) for at anbefale afslag på tegning af en forsikring for kritisk sygdom. Alene de forhold at der er ophævet syn på venstre øje (visus 0,33-0,5) og synet er nedsat til ca. 50 % på højre øje med egen korrektion, samt behandling med Xalatan gør, at hvis vores lægekonsulent var blevet forelagt disse oplysninger ved en antagelse, ville han have anbefalet et afslag på dækning for kritisk sygdom.

Advokaten opfordrer AP Pension til at fremlægge dokumentation for, at vi ikke ville have antaget forsikringen. Vi har derfor forelagt sagen for Helbred & Forsikring og vi har både vedlagt det nye journalmateriale, hvor det beskrives, at der ikke skulle være tale om grøn stær samt det tidligere materiale, som forelå på tidspunktet for tegning af forsikringen. Helbred & Forsikring har besvaret

os i brev af 2. maj 2018, jf. **bilag J**, hvor de *'vurderer forsikringsrisikoen til: Afslag'*. Baggrunden for vurderingen er *'Forsikrede har imidlertid nedsat syn svarende til visus 0,4 på højre øje og mindre end 0,05 på venstre øje, hvilket svarer til svagt syn på højre øje og social blindhed på venstre øje. Dertil kommer oplysningen om, at forsikrede startede i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk i 2003'*. Det er på den baggrund vores vurdering, at vi har fremlagt dokumentation for, at AP Pension har været berettiget til at gøre fortielse gældende.

På baggrund af ovenstående, er det således uden betydning for sagen, om der er tale om grå eller grøn stær. Imidlertid vil vi dog gerne knytte et par kommentarer til det advokaten beskriver herom. Vi anerkender, at Klager oprindeligt led af en medfødt grå stær. Imidlertid er det vores vurdering, at der blev konstateret højt tryk i øjet, hvorfor man påbegyndte behandling med øjendråber med det grøn stær modvirkende præparat Xalatan, og recept herfor er udskrevet 18. november 2011 og 6. november 2015. Ligeledes fremgår det generelt igennem journalmaterialet, at det er Glaucom, som Klager undersøges og behandles for, hvorfor man må udlede, at lægen har vurderet, at der var tale om Glaucom/grøn stær.

På baggrund af henvendelse fra Klagers advokat, har [øjenlæge] lavet journalnotatet dateret den 26. februar 2018, jf. Bilag 1. Her fremgår det, at grøn stær diagnosen kan stilles, når 2 ud af 3 kriterier er opfyldt herunder trykforhøjelse og/eller synsnerve forandringer og/eller synsfeltpåvirkning.
Øjenlægen skriver videre, at der er usikkerhed omkring synsnerven og synsfeltforandringen, pga. forstørret blind plet, som muligvis er betinget af den atypiske synsnerve. Vores lægekonsulent beskriver i forhold hertil, at det kan synes lidt akademisk at teoretisere om synsnerveforandringer og synsfeltpåvirkning, da kundens syn på venstre øje er <0,05, hvilket praktisk betyder, at synet er ophævet, hvilket også er baggrunden for, at vores lægekonsulent og Helbred & Forsikring vurderer, at al lerede på baggrund heraf, så har vi været berettiget til at afvise tegning af forsikringen.

Vi må udlede, at Klager rent faktisk er sat i behandling for grøn stær, idet hun har forhøjet tryk i øjet. Dette er sket længe inden, Klager tegner forsikringen og hun skulle derfor have underrettet AP Pension om dette ved tegning af forsikringen.

Vi anerkender, at der må være en fejl i journalmaterialet fra [hospital] vedr. regnbuehindebetændelse, som Klageres advokat beskriver. Det er imidlertid vigtigt at nævne, at dette ikke har en indflydelse på antagelsen i forhold til det ovenstående om grøn stær og det meget nedsatte syn.

Klager har store helbredsmæssige udfordringer i forhold til øjnene, og vi fastholder derfor argumentationen i forhold til, at det burde stå Klager klart, med sin uddannelsesmæssige baggrund som …, at dette var forhold, som hun burde have underrettet AP Pension om ved tegning af en forsikring for kritisk sygdom. Denne underretning skulle have fundet sted på **bilag B**, side 2, hvor forsikrede valgte ikke at underrette om de mange kontroller, som hun har gået til og dette må tilregnes forsikrede som uagtsomt.

Advokaten skriver, at AP Pension lader den bevismæssige risiko for rådgivningen påhvile Klager. Det er imidlertid ikke AP Pension men Ankenævnet for Forsikring, som har afgjort, at det er Klager, der skal føre bevis for, at der er rådgivet om noget andet. Vi skal derfor igen henvise til AKF 86.747, hvor Ankenævnet har afgjort, at det er Klageren, der skal bevise, at rådgiveren har vejledt Klager til ikke at oplyse om det pågældende forhold. Klager har i denne sag ikke ført bevis herfor.

Advokaten beskriver, at oplysninger om hvorvidt noget må betegnes som *'alvorlig sygdom'*, som der spørges til i **bilag B, 1. spørgsmål**, afhænger af, hvem man spørger. Imidlertid må det stå helt klart for enhver, og især en [person i klagerens erhverv], at når der i **bilag B, 2. spørgsmål**, spørges til, *'Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut, eller anden behandler fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt/-undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende?'*, så er Klager forpligtet til at besvare bekræftende, idet der har været talrige undersøgelse hos en øjenlæge, som i sagens natur må være omfattet af spørgsmålet *'undersøgt/behandlet af læge'*. Vi skal derfor fastholde, at klager uagtsomt har afgivet urigtige oplysninger, jf. FAL § 6, stk. 1.

Det er således vores vurdering, at der er afgivet urigtige oplysninger, jf. FAL § 6, stk. 1 og at lempelsesreglen i § 6, stk. 3 ikke kan finde anvendelse, jf. argumentationen i vores brev af 23. januar 2018, hvorfor vi har været berettiget til at ophæve forsikringen. Dette bekræftes af udtalelse fra vores lægekonsulent og fra Helbred & Forsikring."

Klagerens advokat har i brev af 27/7 2018 til nævnet bl.a. anført:

"I forhold til selskabets bemærkninger til min klients øjengener skal det anføres, at det helt afgørende i denne her sag er, at min klient ikke har fortiet noget, men har indstillet sig på, efter samråd med selskabets rådgiver, at udfylde de nødvendige papirer efter anvisning.

Helt afgørende for sagen er desuden, at min klient blev indtegnet efter uopfordret henvendelse fra et andet selskab, som samarbejdede med det indklagede selskab.

I en sådan situation må det indklagede selskab bære risikoen for, at man sætter andre til telefonisk at rådgive og oplyse om salg af produkter. Dette navnlig, når selskabet ikke har kunnet fremlægge oplysninger om den konkrete rådgiver, eller hvordan man i øvrigt har indrettet sine salg på daværende tidspunkt.

Såfremt selskabet ikke ud fra fuldmagtsbetragtninger er bundet af den rådgivning der er givet, vil selskaber fremover kunne engagere eksterne rådgivere til telefonisk at oplyse og rådgive om produkter, og pålægge den bevismæssige risiko for uenigheder kunden, hvis der opstår tvist. Det kan selvfølgelig ikke være tilfældet.

Det bestrides på den baggrund, at denne sag er sammenlignelig med bevisbyrdereglerne for rådgivning som selskabet henviser til i AK 86.747.

Der er tværtimod talrige eksempler på, at telefonisk eller mundtlig rådgivning i forbindelse med salg af produkter sker 'for hurtigt', når en sælger skal vejlede en potentiel kunde. Jeg henviser eksempelvis til ankenævnets kendelse nr. 90.385, hvor man efter sagen blev indledt havde kontakt til rådgiveren, som gav klageren ret i visse synspunkter. Når selskabet har valgt en forretningsmodel, hvor man ikke kan finde den relevante sælger/rådgiver fra et samarbejdende selskab, kan selskabet ikke blot med henvisning til bevisbyrderegler tilsidesætte min klients forklaringer.

Det kan i den forbindelse heller ikke tillægges betydning, at min klient har været beskæftiget inden for den lægefaglige verden. Det understreges på ny, at klager på intet tidspunkt har opfattet sine øjengener som en kritisk sygdom, endsige en sygdom der har hindret hende i en daglig livsførelse, hvad end det drejer sig om arbejde eller socialt liv. Min klient har som tidligere nævnt køre-

kort, hvilket forudsætter et syn der væsentlig overstiger det niveau, som selskabet forsøger at fremstille.

Selskabet har sammen med indlægget af 23. maj 2018 fremlagt en udtalelse fra Helbred og Forsikring, hvor der er tilføjet bemærkninger om en medicinsk behandling for forhøjet blodtryk.
Hertil bemærker jeg, at min klient korrekt nok har taget denne medicinering, men at det ikke er noget hun har søgt læge for tre år før indtegning, som er afgørende i forhold til nærværende sag og de spørgsmål, som hun har besvaret.

Da forholdet derfor er uden betydning i relation til reglerne om urigtige oplysninger, men ses at indgå i vurderingen fra Helbred for Forsikring opfordres selskabet til at fremlægge dokumentation for, at man alene med henvisning til synet ville have afvist min klient for indtegning. Det tidligere fremlagte udskrift (bilag I) fra selskabets 'GulBog' bedes således fremlagt i sin helhed. Selv hvis Ankenævnet for Forsikring måtte komme frem til, at min klient som følge af sine synsgener ville være afvist fra indtegning, er dette alene relevant, såfremt nævnet finder, at hun ikke har været i god tro.

Selv hvis nævnet kommer frem til, at det til trods for indtegningsforløbet som beskrevet oven for, skulle tilregnes min klient som uagtsomt, så fastholdes det, at lempelsesreglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, finder anvendelse."

Selskabet har i brev af 17/8 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Det fremgår af advokatens beskrivelse, at AP Pension forsøger at fremstille et fejlagtigt indtryk af Klagers øjengener. Vi har forholdt os objektivt til de lægelige oplysninger i sagen, og til den vurdering af disse som både vores lægekonsulent og Helbred & Forsikring har foretaget. Samstemmende for disse lægefaglige vurderinger er det, at Klager har et svagt syn på højre øje, og det der betegnes som social blindhed på venstre øje. Der er således tale om en væsentlig nedsættelse af synes, som Klager har gået til mange kontroller med i årene op til tegning af forsikringen samt taget medicin for, hvilket er dokumenteret i bilag G og beskrevet i vores tidligere indlæg.

Advokaten opfordrer os til at fremlægge dokumentation for, at forsikringen ville være afvist alene med hensyn til synet. Vi vedlægger således **bilag K**, hvor Helbred & Forsikring beskriver, at *'Forsikringsrisikoen for øjenlidelsen alene medfører afslag på antagelse ved Kritisk Sygdom'*. Vi har således dokumenteret, at vi har været berettiget til at gøre fortielse gældende, og på den baggrund ophæve forsikringen for Kritisk Sygdom.

I forhold til det forhøjede blodtryk, er det vores vurdering, at dette også må være et forhold, som er relevant for sagen, såfremt Klager stadig tog medicin på tegningstidspunktet, idet recepter skal fornyes, og man på den baggrund søger læge. Kan Klager afkræfte dette via journal fra egen læge, hvor der ikke har været besøg hos denne i forbindelse med fornyelse af recept i tre år før tegning, vil vi alligevel være berettiget til at gøre fortielse gældende allerede på grund af den dokumenterede øjenlidelse, der ikke har været oplyst om, og som vi har været berettiget til at gøre fortielse gældende i forhold til, jf. **bilag K**.

AP Pension har været i dialog med den konkrete rådgiver i sagen, og hun kunne fortælle, at hun aldrig rådgiver om helbred. Tværtimod kunne hun fortælle, at hvis kunderne spørger ind til helbred, så vil svaret altid være, at det skal skrives på begæringen, og så vil AP Pension tage stilling

til, om det pågældende helbredsforhold kan antages. Rådgiveren erklærer, at hun under vidneansvar vil bekræfte, at der under ingen omstændigheder er blevet sagt, at Klager ikke skulle anføre øjenlidelsen på erklæringen. Vi kan derfor ikke anerkende, Klagers forklaring herom.

Advokaten nævner AKF 90385, men sagen har imidlertid et helt andet forløb end indeværende sag. I den nævnte ankenævnssag bliver begæringen udfyldt af selskabets rådgiver på baggrund af samtalerne med forsikringstager. I indeværende sag er det Klager selv der har udfyldt begæringen. Ligeledes fremgår det af kendelsen i AKF 90385, at indklagede selskab anerkendte, at rådgiveren bevidst havde angivet forkerte oplysninger om antallet af skader. Vi anerkender på ingen måde, at rådgiveren i indeværende sag, skulle have sagt, at en øjenlidelse ikke skulle angives på begæringen, hvilket den konkrete rådgiver bekræfter.

Vi fastholder, at da der er tale om undersøgelser hos en speciallæge i øjenlidelser i gennemsnit hver anden måned i tre år op til tegningen af forsikringen, samt at Klager tager medicin herfor, så bør det have stået klart for Klager, at dette selvfølgelig er et forhold, som skal oplyses, når der på en begæring spørges til, om klager inden for de seneste tre år har været undersøgt eller behandlet af læge. Der er tale om en betydelig grad af uagtsomhed ved ikke at oplyse disse forhold. Dette, som tidligere nævnt, også henset til Klagers profession som …

Vi skal fastholde vores argumentation om at lempelsesreglen ikke kan finde anvendelse. Her skal vi lægge særlig vægt på argumentationen omkring den udviste uagtsomhed samt det meget klare spørgsmål, som der er stillet i begæringen. Hertil kommer de nye oplysninger, hvor rådgiveren erklærer, at hun under vidneansvar vil erklære, at Klager taler usandt, når hun angiver, at rådgiveren skulle have vejledt Klager til ikke at anføre øjensygdommen på begæringen. Ligeledes i forhold til, at Klager i sagen har forsøgt at tilbageholde oplysninger fra AP Pension. Som tidligere nævnt og med disse nye oplysninger, så grænser Klagers tilbageholdelse af oplysninger sig til en vurdering efter FAL § 4 og om ikke andet, er der tale om en aftalepart, der ikke overholder princippet om loyal samarbejdspligt i kontraktforhold. Det vil derfor forekomme urimeligt og i strid med formålet med reglerne om afgivelse af urigtige oplysninger, hvis lempelsesreglen skulle finde anvendelse i denne sag."

Klagerens advokat har i brev af 20/9 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet anfører i indlægget, at man har været i dialog med den konkrete rådgiver i sagen, som angiveligt har oplyst, at hun aldrig rådgiver om helbred.

Det er uklart, hvilken rådgiver, der er tale om. Selskabet **opfordres (1)** til at redegøre nærmere for den medarbejder, der henvises til, herunder oplyse navn, hvilket selskab og afdeling, der er tale om, og om der er taget notater i forbindelse med det opsøgende salg, som lå til grund for min klients indtegning.

Det kan desuden undre, at der så sent i forløbet fremkommer disse generelle og i øvrigt udokumenterede påstande omkring rådgiverens oplysninger, som er et af sagens centrale punkter.

Dette blandt andet da min klient både tidligere, men også efter nærværende sag blev anlagt, har henvendt sig til det kontor, hvorfra den sælgende/rådgivende medarbejderen kontaktede hende. Her var beskeden dog, at man ikke have nogen oplysninger, notater eller andet om, hvem der havde kontaktet hende.

Derudover passer den lidt kategoriske afvisning af, at der har været rådgivet og vejledt om helbredsmæssige forhold dårligt med det faktiske forløb såvel de regler, der gælder på området.

Efter god skik bekendtgørelsen (330/2016) § 22, stk. 2, skal et forsikringsselskab inden afgivelse af helbredsoplysninger ved tegning af personforsikring udlevere en kundevejledning til kunden om afgivelse af helbredsoplysninger. At min klient - imod sin forklaring – ikke skulle have drøftet eller være vejledt om helbredsmæssige oplysninger, da hun uanmodet blev kontaktet vedrørende netop helbredsforsikringer, er en både usandsynlig og udokumenteret påstand fra selskabet.

Selskabet **opfordres (2)** til at redegøre for selskabets vejledning ud fra ovennævnte bestemmelser herunder eventuelle aftaler med [forsikringsselskab], som forestod det opsøgende salg.

Da min klient ikke har modtaget anden vejledning end den telefoniske, er selskabet også af den grund nærmest til at bære risikoen for, hvad der blev sagt og bibragt en opfattelse af, havde betydning for indtegning. Selve indtegningsblanketten giver da heller ikke indtryk af andet, idet der er tale om 'kritiske sygdomme' og spørgsmål 1 på indtegningsblanketten vedrører 'alvorlig sygdom'.

Sammenfattende fastholdes det således, at min klient har været i god tro omkring afgivelsen af helbredsoplysninger, som hun ikke før selskabets henvendelse i forbindelse med skadebehandlingen blev opmærksom på skulle have været anderledes.

Min klient vil under en retssag tillige under vidneansvar afgive forklaring om, hvad hun blev oplyst ved samtalen. Modstridende forklaringer vil eventuelt kunne forklares med en misforståelse, hvilket dog ikke fører til, at selskabet har løftet bevisbyrden for, at min klient har handlet uagtsomt endsige i ond tro/svigagtigt.

Selv hvis nævnet kommer frem til, at der måtte være afgivet urigtige oplysninger som kan tilregnes min klient som uagtsomt, så fastholdes det, at lempelsesreglen finder anvendelse.

Afslutningsvist bemærkes, at det er ganske korrekt, som anført af selskabet, at der gælder en loyal samarbejdspligt i kontraktforholdet. Disse principper kan dog ikke udstrækkes til at min klient skulle have oplyse om forhold, som hun netop var vejledt om ikke havde betydning.

Tværtimod må principperne om en loyal samarbejdspligt føre til, at selskabet skal lægge den forklaring til grund, som deres kræftsyge kunde kommer med, fremfor at mistænkeliggøre hende.

Dette navnlig, når tvisten udspringer af en dækning som selskabet selv har opsøgt min klient for at sælge, når selskabet selv har valgt salgsformen og formidlingen over telefon, og når der absolut ingen sammenhæng er mellem den urigtige oplysning og den anmeldte sygdom. Min klient kunne selvsagt ikke forudsige den kræftlidelse, som hun ca. 2 år senere blev diagnosticeret med."

Selskabet har i brev af 2/10 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Det fremgår, at advokaten undrer sig over, at vi fremkommer med oplysninger om den konkrete rådgiver sent i sagens forløb. Advokaten har i sine tidligere svar beskrevet, at vi ikke kunne doku-

mentere forholdende omkring salget af forsikringen, hvorfor vi ved svaret af 17. august 2018 oplyste herom.

Advokaten opfordrer os til at oplyse navn, selskab og afdeling på den konkrete rådgiver. Vi fremlægger **bilag L**, som er en e-mail fra den 8. august 2018, hvor AP Pension giver et referat af det der er talt om i telefonsamtalen af samme dato. Kunderådgiveren kvitterer for det fremsendte og vi har således dokumenteret, at den konkrete rådgiver ikke har rådgivet om helbred. Vi har anonymiseret kunderådgiverens navn, da det er vores vurdering, at dette ikke er relevant for sagens behandling.

Advokaten beskriver god skik bekendtgørelsen § 22, stk. 2 vedrørende kundevejledning om afgivelse af helbredsoplysninger, og opfordrer AP Pension til at redegøre for denne vejledning.

Det fremgår af § 22 i vejledningen til god skik bekendtgørelsen, at
*'Kundevejledning om konsekvenserne af urigtige oplysninger skal gives, hver gang der afgives helbredsoplysninger'*.

Det fremgår af begæringen, jf. bilag B side 3, første afsnit, at når en kunde vil tegne en forsikring i AP Pension, har vi behov for oplysninger, som kan være af betydning for vurderingen af den forsikringsmæssige risiko. Videre fremgår det:
*'Afgiver du urigtige oplysninger, eller undlader du at afgive relevante oplysninger, kan det medføre, at du ikke vil kunne få forsikringsydelsen eller kun en del heraf udbetalt, den dag du får behov for at rejse krav om udbetaling fra AP Pension'*.

Vi har på den baggrund vejledt Klager om konsekvenserne ved at afgive urigtige oplysninger og således fulgt reglerne i bekendtgørelsen om god skik.

Sammenfattende har vi således dokumenteret, at der ikke i rådgivningssamtaler bliver rådgivet om, hvilke konkrete helbredsforhold, der skal eller ikke skal anføres på begæringen. Tværtimod bliver der rådgivet om, at alt skal tilføjes på begæringen. Ligeledes efterlever vi vejledningspligten omkring konsekvensen af afgivelse af urigtige oplysninger. Endelig har vi i vores tidligere svar dokumenteret, via udtalelser fra Helbred & Forsikring, at vi har været berettiget til at gøre fortielse gældende og på den baggrund ophæve forsikringen for Kritisk Sygdom.

Vores argumentation vedrørende lempelsesreglen fremgår af vores tidligere svar og fastholdes."

Klagerens advokat har i brev af 15/11 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet anfører, at det med bilag L skulle være dokumenteret, at der ikke er rådgivet om hvilke helbredsforhold, der skal anføres. Det bestrides, at bilag L skulle have bevisværdi i den henseende, da man ikke kan se, hvem der udtaler sig, eller hvad, der på den forudgående samtale er drøftet. Det fremgår heller ikke af selskabets 'referat', hvorvidt den pågældende medarbejder kunne huske den konkrete sag, herunder om indholdet af deres samtaler.

Selskabets indlæg må da forstås derhen, at der ikke er taget notater eller andre registreringer, som kan dokumentere, hvad der er rådgivet om.

At der skulle iværksættes uanmodet henvendelser med henblik på salg af helbredsforsikringer, uden at der oplyses, vejledes eller rådgives om helbredsforhold, synes under hensyn til min klients forklaringer ganske usandsynlig, men den nærmere vurdering heraf vil være op til nævnet at afgøre.

I forhold til selskabets synspunkt om, at der skulle være givet tilstrækkelig rådgivning og vejledning på indtegningsblanketten, så bestrides det, at vejledningspligten er begrænset til at angå oplysninger om konsekvenser ved afgivelse af urigtige oplysninger.

Som **bilag 3** og **bilag 4** fremlægges anbefaling fra F&P vedrørende den kundevejledning, som skal gives i forbindelse med indtegning og afgivelse af helbredsoplysninger. Dette ses ikke fulgt af selskabet, og kunne også have været medvirkende til, at nærværende tvist ikke var opstået.
Det bemærkes desuden, at der i kundevejledningen som eksempel særligt fremhæves ryglidelser, hvilket min klient da også oplyste om. At det som påstået af selskabet ved indtegning af forsikring mod visse kritiske sygdomme skulle stå min klient klart, trods telefoniske oplysninger om det modsatte, at en synsnedsættelse, der kompenseres med kontaktlinser, ville være af afgørende betydning, må også i dette lys bestrides.

Sammenfattende fastholdes at selskabets afslag ikke har været berettiget, jf. tidligere indlæg, herunder særligt, at selv hvis der måtte være tale om urigtige oplysninger, så er disse afgivet i god tro og dermed ikke kan tillægges betydning, jf. FAL § 5, og at selv hvis der måtte være tale om urigtige oplysninger og disse ikke findes afgivet i god tro, så finder lempelsesreglen i FAL § 6, stk. 3, anvendelse."

Selskabet har i brev af 7/12 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Advokaten har vedlagt bilag 3 og 4 om kundevejledning om helbredsforhold. Det fremgår af bilag 3, at det anbefales at selskaberne *'implementere kundevejledningen i deres salgsprocedure'*.

Der fremgår en vejledning på samtykkeerklæringen, hvor de helbredsmæssige spørgsmål også skal besvares, helt i overensstemmelse med Forsikring & Pensions anbefaling om kundevejledning, jf. bilag B:
*'Når du vil tegne en forsikring i AP Pension eller foretage ændringer i din forsikringsaftale i forsikringstiden, har AP Pension behov for oplysninger, som kan være af betydning for vurderingen af den forsikringsmæssige risiko. Afgiver du urigtige oplysninger, eller undlader du at afgive relevante oplysninger, kan det medføre, at du ikke vil kunne få forsikringsydelsen eller kun en del heraf udbetalt, den dag du får behov for at rejse krav om udbetaling fra AP Pension. Det følger af forsikringsaftaleloven'*.

Dette afsnit fremgår på samtykkeerklæringen, hvor klager nederst skal underskrive. Vejledningen af kunden om helbredsoplysninger fremgår således på et meget centralt sted for klager.

Følgende fremgår af side 2 i bilag 4:
*'Selvfølgelig kan du være usikker på, om du skal nævne en bestemt sygdom eller et bestemt lægebesøg. For en sikkerheds skyld skal du nævne alle de forhold, du kan komme i tanke om, også selvom du tror, at de ikke har betydning for din forsikring'*.

Vores fremlagte bilag L dokumenterer at rådgiveren hos [forsikringsselskab] altid anbefaler kunder at beskrive alle de helbredsforhold, der måtte være, hvorefter AP Pension vil undersøge, om vi kan antage forsikringen. Det må derfor lægges til grund, at der er rådgivet om, hvorledes alle helbredsoplysninger skal angives, helt i overensstemmelse med det der fremgår af bilag 4.

Det er vigtigt at fremhæve følgende på side 1 af bilag 4, som er helt afgørende:
*'Men ansvaret for, at skemaerne udfyldes rigtigt, er dit og dit alene'*.

Tilsvarende fremgår på side 2 af bilag 4:
*'Men det er dig og dig alene, der har ansvaret for, at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende'*.

Ligeledes fremgår det af forsikringsbetingelsernes § 3, at forsikringen kan bortfalde helt eller delvist, hvis der afgives urigtige eller mangelfulde oplysninger i forbindelse med forsikringens oprettelse.

Salgsmaterialet indeholder således konsekvensen af afgivelse af urigtige oplysninger.
Ligeledes er der formuleret et meget klart spørgsmål. Imidlertid undlader Klager at oplyse om, de mange undersøgelser ved læge, endog en speciallæge i øjensygdomme, hvor klager også får medicin pga. øjensygdommen. Denne fortielse må tilregnes klager som meget uagtsomt, jf. vores tidligere indlæg i sagen.

Vi har dokumenteret, at vi på baggrund af disse oplysninger har været berettiget til at ophæve forsikringen, idet vi ville have afvist at tegne forsikringen, hvis oplysningerne havde foreligget på tegningstidspunktet, jf. bilag J og K.

Lempelsesreglen bør ikke finde anvendelse, idet klager udviser en betydelig grad af uagtsomhed ved ikke at besvare det meget klare og tydelige spørgsmål korrekt. Vi henviser til vores tidligere argumentation herom.

Sagen bør afgøres helt i overensstemmelse med nævnets tidligere praksis på området, jf. AKF 91679."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor.

Af helbredserklæring underskrevet af klageren den 1/7 2014 fremgår bl.a.:

| | |
|---|---|
| **1. Har du indenfor de sidste 3 år lidt af nogen alvorlig sygdom?** ☐ Nej ☒ Ja | **Hvis ja:** Hvilken sygdom ? Diskusprolaps<br>Hvornår ?<br>Hvor længe ? Stadig men bedre - stationært / stabilt |

21. 91748

| | |
|---|---|
| **2. Har du indenfor de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt/-undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende ?**<br>☐ Nej ☒ Ja | **Hvis ja:**<br>Hvor ? Kiropraktor, fysioterap., læge speciallæge<br>For hvad ? Diskusprolaps<br>Hvornår ? 2011<br>Hvor længe ? Stadig kiropraktor<br>Er der følger ? smerter, bevægeindskrænkn. påvirkn. bekommelse, koncentration |
| **3. Har du nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end en måned ?**<br>☐ Nej ☒ Ja | **Hvis ja:**<br>Hvilken lidelse ? Diskusprolaps<br>Hvornår ?<br>Hvor længe ? se ovenfor<br>Er der følger ? |
| **4. Er du for tiden fuldstændig rask ?**<br>☐ Ja ☒ Nej | **Hvis Nej:**<br>Hvad fejler du ? Diskusprolaps |
| **5. Er du for tiden fuldstændig arbejdsdygtig ?**<br>☐ Ja ☒ Nej | **Hvis Nej:**<br>Hvad er årsagen ? Diskusprolaps. Er i Fleksjob |

…

"**Derfor skal du give samtykke**

Når du vil tegne en forsikring i AP Pension eller foretage ændringer i din forsikringsaftale i forsikringstiden, har AP Pension behov for oplysninger, som kan være af betydning for vurderingen af den forsikringsmæssige risiko. Afgiver du urigtige oplysninger, eller undlader du at afgive relevante oplysninger, kan det medføre, at du ikke vil kunne få forsikringsydelsen eller kun en del heraf udbetalt, den dag du får behov for at rejse krav om udbetaling fra AP Pension. Det følger af forsikringsaftaleloven.

…

**Samtykke**

Jeg giver hermed mit samtykke til, at AP Pension må indhente alle relevante oplysninger. Der kan være sygdomsoplysninger, oplysninger om mine helbredstorhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om· sociale forhold m.v.

Oplysninger må indhentes fra praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder kommune, Arbejdsskadestyrelsen og politi samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. De indhentede oplysninger kan videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i min sag."

Af journal af 15/5 2015 fra et hospital fremgår bl.a.:

"**Øvrige organsystemer**

…

Dårligt syn, hvilket er medfødt pga. grå stær.

…

**Medicin**

…
Øjendråber Xalatan 1 råbe x 1 dgl."

Af journal fra en øjenlæge fremgår bl.a.:

"27.09.16
telefonisk kontakt til pt da forsikrings selskabet ønsker journal indsigt der er kun givet fuldmagt til at indhente oplysninger som er relevant i forhold til pts lymfon. Der har ikke på noget tidspunkt været øjensygdom som kunne relateres der til
Der skulle angiveligt figurere i pts medicinske journal, at pt har haft irit. Dette er ikke tilfældet
Pt er aldrig blevet behandlet for øjensygdom som kan relateres til lymfon herunder irit.
…
09.04.14
Xalatan, 50 mikg/ml, 1 x 3 x 2,5 ml, 1 dråbe daglig/

06.02.14
Kommer til glaukom kt.
Vou: knap 0,4/<0,05 e.k.
Lufttryk: ej målt kan ikke medvirke
Computer perimetri: o.d. med CL og +2 / o.s. uden korr. frakobler monitorering
Spl: CL med filamenter i CL
Oft.ou: Papiller uf
kt om ½ år til fornyet CP og papilfoto.
…
14.08.12
Tryk kt
Det svinger med CL
Spl reaktionslsøe Cornea klare
Tapll 12/16
oft uf
cont ord
kt om½ år
Xalatan, 50 mikg/ml, 1 x 3 x 2,5 ml, 1 dråbe i hvert øje daglig /mod grøn stær
…
18.11.11
Xalatan, Pfizer, 50 mikg/ml, 1 x 3 x 2,5 ml, 1 dr. i hvert øje dgl./mod grøn stær
…
01.07.11
Det går ikke så godt i dag, træt og uoplagt
Vou.: 0.33 / 0.05 e.k. Cl. Pt. siger synet er meget dårligt idag.

Spl Uden CL Diffus påvirket Corena dxt. Ingen infiltrtater. CA uden reaktion
y· Tapll 12/18
oft uf
CL pause og visksøe drb
kt om 3 mdr."

23. 91748

Af udtalelse af 8/9 2016 fra egen læge fremgår bl.a.:

> "Følgende er dækkende for udbedte oplysninger om syn, regnbuehindebetændelse samt hypertension:
>
> ad Hypertension:
> Påvist hypertension ved hjemmemålinger 2003. Udredt - ikke fundet årsag hertil, ikke effekt af non medikamnetiel behandling. Siden 2003 behandlet med lav dosis antihypertensiva – initialt ramipril som siden pga bivirkninger skiftet til aktuel medicin : centyl mite 1 tbl dgl, losartan 25 mg dgl.
>
> ad syn/regnbuehindebetændelse:
> Pt har som nytilflyttet hertil 1/1 2000 oplyst flg:
> Medfødt cataract på venstre øje, opereret herfor i 6-mdr.s alderen. Derudover skelen og nystagmus. Er skeleopereret i flere omgange. Udtalt nedsat syn på venstre øje.
> Pt følges vedvarende via øjenlæge: [øjenklinik]. Jeg har ikke journaloplysninger vedr dette forløb."

Af journal af 26/2 2018 fra en øjenlæge fremgår bl.a.:

> "Pt er kendt med medfødt gråstær og nedsat syn og nystagmus
> Gråstær opr på det venstre øje og anvender kontaktlinser.
> 2001 vurderet ved anden Øl som finder forhøjet tryk på venstre side i flere omgange.
> Synsfeltundersøgelse har været usikre dels pga pts øjenbevægelse og korrektion.
> Synsnerverne er vanskelige at vurdere idet de er atypiske. På grund af det høje tryk er pt sat i behandling.
> Grøn stær diagnosen stilles på 2 ud af 3 kriterier skal være opfyldt (trykforhøjelse og/eller synsnerve forandringer og/eller synsfeltpåvirkning). Da der er usikkerhed omkring synsnerven og synfeltforandringerne (forstørret blind plet (muligvis betinget af den atypiske synsnerve))- Er pt sat i behandling for at undgå mulig grøn stær forandringer for at mindske risikoen for yderligere synsnedsættelse.
> Vurderet her da der har været tilpasningsproblemer med kontaktlinsen"

Af vurdering af 2/5 2018 fra Videncenter for Helbred & Forsikring fremgår bl.a.:

> "Helbredsoplysningerne er gennemgået lægeligt, og vi vurderer forsikringsrisikoen til:
>
> Afslag
>
> **Forklaring på vurderingen**
> Risikovurdering for KS pr. 1. juli 2014 er baseret på de foreliggende oplysninger om svært nedsat syn og behandlingskrævende forhøjet blodtryk.
>
> Baggrunden for vurderingen er oplysningen fra egen læge, herunder oplysninger fra øjenlæge. Det fremgår heraf, at forsikrede har haft medfødt kararakt på venstre øje og har siden tillige har udviklet symptomer på grøn stær, som er velbehandlet. Forsikrede har imidlertid nedsat syn svarende til visus 0,4 på højre øje og mindre end 0,05 på venstre øje, hvilket svarer til svagt syn på højre øje og social blindhed på venstre øje.

Dertil kommer oplysningen om, at forsikrede startede i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk i 2003."

Af vurdering af 9/8 2018 fra Videncenter for Helbred & Forsikring fremgår bl.a.:

"Helbredsoplysningerne er gennemgået lægeligt, og vi vurderer forsikringsrisikoen til:

Afslag

**Forklaring på vurderingen**
Risikovurdering for KS pr. 1. juli 2014 er baseret på de foreliggende oplysninger om svært nedsat syn og behandlingskrævende forhøjet blodtryk.

Baggrunden for vurderingen er oplysningen fra egen læge, herunder oplysninger fra øjenlæge. Det fremgår heraf, at forsikrede har haft medfødt kararakt på venstre øje og har siden tillige har udviklet symptomer på grøn stær, som er velbehandlet. Forsikrede har imidlertid nedsat syn svarende til visus 0,4 på højre øje og mindre end 0,05 på venstre øje, hvilket svarer til svagt syn på højre øje og social blindhed på venstre øje. Forsikringsrisikoen for øjenlidelsen alene medfører afslag på antagelse ved Kritisk Sygdom.

Dertil kommer oplysningen om, at forsikrede startede i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk i 2003. Forsikringsrisikoen for forhøjet blodtryk i behandling medfører et tillæg på min. 50 % på antagelse ved Kritisk Sygdom."

Nævnet har fået forelagt Helbred og Forsikrings guide til antagelse vedrørende glaukom (grøn stær).

**Nævnet udtaler:**

Klageren har tegnet forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme. I forbindelse med tegningen af forsikringen udfyldte og underskrev hun den 1/7 2014 en helbredserklæring. Af helbredserklæringen fremgår det, at hun svarede "ja" til spørgsmålet, "har du indenfor de sidste 3 år lidt af nogen alvorlig sygdom?". Under samme punkt blev hun bedt om at oplyse hvilken sygdom, hvortil hun svarede "diskusprolaps". Det fremgår endvidere, at hun svarede "ja" til spørgsmålet, "har du indenfor de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt/-undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende?". Under samme punkt blev hun bedt om at oplyse "hvor", "for hvad", "hvornår", "hvor længe" og "er der følger", hvortil hun svare-

de, "kiropraktor, fysioterapeut og speciallæge", "diskusprolaps", "2011", "stadig kiropraktor" og "smerter, bevægeindskrænkning, påvirket hukommelse og koncentration". Af erklæringen fremgår det også, at "når du vil tegne en forsikring i AP Pension eller foretage ændringer i din forsikringsaftale i forsikringstiden, har AP Pension behov for oplysninger, som kan være af betydning for vurderingen af den forsikringsmæssige risiko. Afgiver du urigtige oplysninger, eller undlader du at afgive relevante oplysninger, kan det nedføre, at du ikke vil kunne få forsikringsydelsen eller kun en del heraf udbetalt, den dag du får behov for at rejse krav om udbetaling fra AP Pension. Det følger af forsikringsaftaleloven".

Klageren har den 18/8 2016 ansøgt om udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom på grund af kræft.

Selskabet har den 27/10 2016 opsagt klagerens forsikring med tilbagevirkende kraft og har afvist at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom. Selskabet har henvist til, at klageren i helbredserklæring af 1/7 2014 har afgivet urigtige oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, da hun ikke har oplyst, at hun løbende er blevet kontrolleret for glaukomlidelse (grøn stær), og at det ikke ville have tegnet forsikringen, såfremt korrekte oplysninger var givet. Selskabet har anført, at klageren har udvist en sådan uagtsomhed på tegningstidspunktet, at lempelsesreglen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, ikke finder anvendelse.

Klagerens advokat har blandt andet anført, at klageren i forbindelse med indtegningen blev kontaktet telefonisk af andet forsikringsselskab, der oplyste om muligheden for at tegne livsforsikring med tilvalg af dækning for kritisk sygdom, som blev tilbudt i samarbejde med indklagede selskab. Kunderådgiveren blev gjort opmærksom på, at klageren havde nogle øjengener, og hun fik oplyst af rådgiveren, at øjengener var uden betydning. På baggrund heraf og spørgsmålenes formulering på blanketten oplyste klageren ikke om sit nedsatte syn og kontrolbesøgene herfor. Det er herefter advokatens opfattelse, at klageren handlede i god tro, jf. forsikringsaftalelovens § 5, og at selskabet må bære risikoen for den rådgivning, der er givet. Han har endvidere anført, at klageren ikke handlede uagtsomt ved ikke at oplyse omkring synsnedsættelse og kontrolbesøg, og at forholdet i øvrigt falder ind under forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3.

26. 91748

Selskabet har forelagt klagerens helbredsoplysninger for Videncenter for Helbred og Forsikring med henblik på en vurdering af, om selskabet kunne have tilbudt klageren forsikring, hvis de korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet. Af vurdering af 9/8 2018 fra Videncenter for Helbred og Forsikring fremgår det blandt andet, at forsikringsrisikoen pr. 1/7 2014 er vurderet til "afslag". Det fremgår endvidere, at "begrundelsen for vurderingen er oplysningen fra egen læge, herunder oplysninger fra øjenlæge. Det fremgår heraf, at forsikrede har haft medfødt katarakt på venstre øje og har siden tillige har udviklet symptomer på grøn stær, som er velbehandlet. Forsikrede har imidlertid nedsat syn svarende til visus 0,4 på højre øje og mindre end 0,05 på venstre øje, hvilket svarer til svagt syn på højre øje og social blindhed på venstre øje. Forsikringsrisikoen for øjenlidelsen alene medfører afslag på antagelse ved kritisk sygdom. Dertil kommer oplysningen om, at forsikrede startede i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk i 2003. Forsikringsrisikoen for forhøjet blodtryk i behandling medfører et tillæg på min. 50 % på antagelse ved kritisk sygdom".

Efter en gennemgang af sagen, herunder de lægelige oplysninger, finder nævnet, at klageren i forbindelse med tegningen af forsikringen har undladt at oplyse omkring sine øjenlidelser, samt at hun havde været undersøgt af øjenlæge, hvorfor klageren objektivt set har afgivet urigtige oplysninger ved forsikringsaftalens indgåelse.

Nævnet finder, at undladelsen af at give selskabet oplysning herom må tilregnes klageren i det mindste som uagtsomt. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren er født med grå stær, at hun har nedsat syn på begge øjne, at hun i perioden udviklede symptomer på grøn stær, at hun blev sat i behandling for at undgå mulig grøn stær og for at mindske risikoen for yderligere synsnedsættelse, og at hun derfor fik ordineret Xalatan.

Med henvisning til risikovurderingen fra Videncenter for Helbred og Forsikring finder nævnet det godtgjort, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen, såfremt korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet.

27. 91748

Som sagen foreligger oplyst, har klageren ikke bevist, at kunderådgiveren har været vidende om de korrekte helbredsoplysninger ved forsikringens tegning.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft og på denne baggrund har afvist at udbetale forsikringssummen ved kritisk sygdom.

Nævnet finder endvidere, at der ikke foreligger omstændigheder, der kan føre til, at forholdet kan henføres under forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren efter nævnets opfattelse har udvist en betydelig uagtsomhed, og på tidsrummet fra afgivelsen af de urigtige oplysninger til forsikringsbegivenhedens indtræden.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansenp