

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 21. november 2018 blev i sag nr. 91834:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Sygeforsikringen "danmark"
Palægade 5
1261 København K

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft sygeforsikring. I klageskema af 16/1 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Sagsfremstilling

Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.

Mit medlemskab i Sygesikring Danmark er blevet annulleret på baggrund af, ifølge dem, urigtige helbredsoplysninger. Jeg har klaget til dem, men de fastholder deres annullering af mit medlemskab.

Jeg blev officielt meldt ind i Sygesikring Danmark 5. april 2017. Jeg var til kiropraktor d. 6 april fordi jeg havde ondt i skulderen. Dette havde jeg haft et par uger inden min indmeldelse, men tænkte ikke yderligere over det, eftersom jeg sagtens kunne arbejde og min skulder var funktionsdygtig. Jeg mener ikke at jeg har givet Sygesikring Danmark urigtige helbredsoplysninger.

For at blive optaget skal man bl.a. svare på:

Dit ønske om indmeldelse i 'danmark' skal være modtaget af et af 'danmark's kontorer, inden du er fyldt 60 år.

- Du skal være fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke lide af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af nogen legemssvaghed.
- Du må ikke forvente at få eller have haft noget forbrug af medicin inden for de seneste 12 måneder.
- Du må ikke have været i behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre behandlere inden for de seneste 12 måneder.
- Du skal have fast bopæl i Danmark (undtaget Grønland og Færøerne) og være tilmeldt folketregistret. Du kan også blive optaget som medlem, hvis du opholder dig midlertidigt i udlandet og har et dansk cpr-nummer.

Jeg fastholder at jeg kan stå inde for mine helbredsoplysninger i optagelsesøjeblikket. Jeg var ikke syg og havde ingen legemssvagheder i optagelsesøjeblikket.

Derudover er det meget uklart hvad Sygesikring Danmark mener med at være rask. De har ingen retningslinjer for hvad definitionen på at være rask betyder. De fastholder dog at jeg ikke var rask i optagelsesøjeblikket, selvom jeg var funktions- og arbejdsdygtig og tog til kiropraktor på eget initiativ, altså uden en henvisning fra egen læge. Jeg havde desuden heller ingen diagnose eller historik vedr min skulder på det tidspunkt. I min optik er det at være rask. Jeg forstår ikke hvordan de kan konkludere på noget som de ikke selv kan definere.

Jeg hæfter mig desuden ved deres lidt aggressive og uforsonlige tilgang til denne annullering af mit medlemskab. Jeg blev orienteret om det i et brev, hvori de skrev at mit medlemskab var annulleret. Der stod ingenting om hvad jeg kunne/skulle gøre hvis jeg var uenig i denne afgørelse.

De skriver desuden som begrundelse for annulleringen at jeg har lidt af smerter i 2 uger. Jeg har også selv læst min journal, og der står jeg har lidt af varierende smerter i 2 uger og desuden er funktionsdygtig.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg vil have at de trækker deres annullering af mit medlemskab tilbage."

Selskabet har i brev af 30/1 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Sygeforsikringen 'danmark' fastholder annulleringen af Klagers medlemskab og skal nedenfor give vores bemærkninger til hendes klage.

Sagsfremstilling

Klager søgte om optagelse i Sygeforsikringen 'danmark' den 5. april 2017 på baggrund af en såkaldt 'ren' helbredserklæring. Klager oplyste således, at hun opfyldte vores optagelseskrav uden bemærkninger.

Den 6. oktober 2017 bad 'danmark' om supplerende helbredsoplysninger, hvilket vi modtog fra Klager den 23. oktober 2017 (Bilag 1).

På baggrund af disse oplysninger bad vi om yderligere oplysninger fra Klagers kiropraktor, hvilket vi modtog den 24. november 2017 (Bilag 2).

Den 24. november 2017 skrev vi til Klager og oplyste, at hendes medlemskab var annulleret (kopi af brev er indsendt af Klager). Vi henviste til, at det fremgik af de indsendte supplerende oplysninger, at hun ved indmeldelsen igennem 2 uger havde lidt af smerter i højre skulder, og at hun opstartede i behandling ved kiropraktor dagen efter indmeldelsen. Hvis vi havde haft disse oplysninger, da hun blev meldt ind, havde vi ikke optaget hende som medlem.

Den 30. november 2017 sendte vi en opgørelse af det økonomiske mellemværende og bad Klager om at indbetale det skyldige beløb senest den 14. december 2017 (kopi af brev er indsendt af Klager).

Den 7. december 2017 modtog vi en klage over annulleringen, hvilket vi svarede på den 8. december 2017 (kopi af klage og svarer indsendt af Klager).

Begrundelse for afgørelse

Sygeforsikringen 'danmark's optagelseskrav er, jf. vores Generelle forsikringsbetingelser § 1.3.1. (Bilag 3):

'For at førstegangsoptagelse kan blive godkendt, er det en betingelse:

- at begæring herom er et af 'danmark's kontorer i hænde inden det fyldte 60. år,
- at vedkommende er fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke lider af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af nogen legemssvaghed,
- at vedkommende ikke forventer at få eller har haft noget forbrug af medicin inden for de seneste 12 måneder, og
- at vedkommende ikke har været i behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre behandlere inden for de seneste 12 måneder.'

Klager bekræftede på indmeldelsestidspunktet, at hun opfyldte disse krav. Hun bekræftede således også, at hun var fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke led af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af nogen legemssvaghed.

Klager oplyste efterfølgende selv, at hun havde haft skulderproblemer siden april 2017 og nakkeproblemer siden september 2017.

Klagers kiropraktor oplyste efterfølgende, at Klager første gang var til behandling den 6. april 2017 (dvs. dagen efter indmeldelsen i 'danmark') på grund af smerter i højre skulder. Det fremgik endvidere, at symptomerne 'kom snigende de sidste to uger op til henvendelsen'.

Klager havde således symptomer i form af smerter i skulderen på indmeldelsestidspunktet.

Det er vores opfattelse, at Klager burde have oplyst om dette på indmeldelsestidspunktet. Hvis vi havde været bekendt med disse oplysninger, da hun blev meldt ind, havde vi ikke optaget hende som medlem. Det skal i den forbindelse særligt bemærkes, at Sygeforsikringen 'danmark' giver tilskud til blandt andet behandlinger hos kiropraktor.

Klager skriver i sin henvendelse til Ankenævnet, at hun ikke mener, at hun har givet urigtige helbredsoplysninger, da hun ikke mente, hun var syg, da hun sagtens kunne arbejde, og hendes skulder var funktionsdygtig.

Det er vores opfattelse, at Klager burde have indset, at det var en relevant helbredsoplysning at hun havde smerter i skulderen og at hun således ikke var fuldstændig rask på optagelsestidspunktet. Det er efter vores opfattelse en skærpende omstændighed, at hun allerede dagen efter indmeldelsen var til behandling hos kiropraktoren, hvilket hun fik tilskud til fra Sygeforsikringen 'danmark'.

Det fremgår af Sygeforsikringen 'danmark' generelle forsikringsbetingelser § 2.4 (Bilag 3), at 'Har medlemmet ved forsikringens tegning afgivet urigtige oplysninger eller fortiet oplysninger, som har betydning for 'danmark's stillingtagen til medlemskabet, kan forsikringen annulleres.'

Konklusion

Det er Sygeforsikringen 'danmark's opfattelse, at Klager ved tegningen af forsikringen afgav urigtige helbredsoplysninger, hvilket mindst må tilregnes hende som uagtsomt.

Da vi ikke ville have antaget forsikringen, såfremt de korrekte oplysninger forelå, har vi ophævet forsikringen fra tegningstidspunktet, jf. vores forsikringsbetingelser § 2.4 og forsikringsaftaleloven § 4-6."

Klageren har i mail af 3/4 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg vil gerne tilføje nogle ting som jeg undrer mig over;

Jeg synes fortsat ikke jeg har fået svar på hvorfor de mener at jeg har givet urigtige helbredsoplysninger. De henviser fortsat til at jeg ikke var rask/var legemessvag i optagelsesøjeblikket. Jeg synes at de er nødt til at definere hvad de mener med det? I min optik var jeg rask og legemesstærk eftersom jeg ikke havde en diagnose på pågældende tidspunkt, ikke har haft skulderproblemer tidligere og var arbejdsdygtig.

At jeg har gået et par uger med varierende smerter/gener og samtidig har været arbejdsdygtig, inden indmeldingstidspunktet kan jeg ikke se er et problem. Jeg har som sagt ikke fejlet noget tidligere med skulderen og kunne arbejde (som ...) så derfor forstår jeg ikke at jeg ikke kan opfattes som legemesstærk i indmeldingsøjeblikket? Jeg oplever ofte, i forbindelse med mit arbejde som glaspuster, at være øm/have ondt forskellige steder. Jeg opfattede min skulder som værende øm/overbelastet af mit arbejde og derfor ikke behandlingskrævende.

Jeg forstår ikke at de ikke behøver at definere hvad rask og legemssvag betyder.

Jeg har været til fysioterapeut eller kiropraktor 3 gange i april, 3 gange i maj, 2 gange i juni og 1 gang i juli med min skulder. Derudover har jeg haft 16 behandlinger fra september- december 2017, MEN ikke med min skulder. Jeg fik konstateret slidgigt i nakken, som jeg ikke har haft symptomer på før september 2017. Jeg forstår ikke hvorfor Danmark vælger at blande det med nakken ind i denne her sag, eftersom det sker 5 mdr efter min indmelding og jeg som sagt ikke har haft symptomer på det før september 2017.!"

Selskabet har i brev af 20/4 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Klager henviser til, at hun efter hendes optik var rask og legemsstærk på optagelsestidspunktet, eftersom hun ikke havde en diagnose på pågældende tidspunkt, ikke havde haft skulderproblemer tidligere og var arbejdsdygtig.

Som vi skrev i vores brev af 30. januar 2018, havde Klager symptomer i form af smerter i skulderen på indmeldelsestidspunktet. Det er således fortsat vores opfattelse, at Klager burde have indset, at det var en relevant helbredsoplysning at hun havde smerter i skulderen og at hun således ikke var fuldstændig rask på optagelsestidspunktet. Det er efter vores opfattelse også en skærpende omstændighed, at hun allerede dagen efter indmeldelsen var til behandling hos kiropraktoren, hvilket hun fik tilskud til fra Sygeforsikringen 'danmark'.

Klager bemærker også, at hun ikke forstår hvorfor vi nævner hendes problemer med nakken i denne sag, da hun først fik symptomer herpå efter optagelsen.

Ankenævnet for Forsikring

5.

91834

Det kan hertil bemærkes, at hendes problemer med nakken ikke har haft indflydelse på hendes udmeldelse. Der er ved afgørelsen af sagen, udelukkende taget hensyn til hendes skulderproblemer."

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

Af kopi af supplerende helbredsoplysninger underskrevet af klageren den 18/10 2017 fremgår bl.a.:

"Da du meldte dig ind i 'danmark', udfyldte du vores helbredserklæring. Vores revision har efterfølgende orienteret os om, at der er givet tilskud, som viser, at du er eller har været i behandling.

Vi beder dig besvare alle spørgsmålene nederst på siden og sende den underskrevne besvarelse retur til os inden 14 dage. Di vil herefter høre fra os igen."

Sygdommens/behandlingens navn:	Skulderproblemer siden april ca. Nakke problemer en lille måned		
Sygdommen opstod første gang:	Lid. har for 3 dage siden fået konstateret slidgigt i nakken.		
1. konsultation hos din læge:	Skulder siden april ca.	Dag _____ Måned _____ År _____	Nakke start september
Navne på medicinske præparater:	0		
Præparatet er ordineret 1. gang:	Dag _____ Måned _____ År _____		
Henvisning til speciallæge:	Ja ☐ Nej ☒	Hvis ja, oplys:	Dag _____ Måned _____ År _____
Henvisning til psykolog:	Ja ☐ Nej ☒	Hvis ja, oplys:	Dag _____ Måned _____ År _____
1. behandling hos psykolog:	Ja ☐ Nej ☒	Hvis ja, oplys:	Dag _____ Måned _____ År _____
1. behandling hos zoneterapeut:	Ja ☐ Nej ☒	Hvis ja, oplys:	Dag _____ Måned _____ År _____
1. behandling hos akupunktør:	Ja ☐ Nej ☒	Hvis ja, oplys:	Dag _____ Måned _____ År _____
1. behandling hos kiropraktor:	Ja ☒ Nej ☐	Hvis ja, oplys:	Dag ca. 15 Måned april År 2017
Henvisning til fysioterapeut:	Ja ☐ Nej ☒	Hvis ja, oplys:	Dag _____ Måned _____ År _____
1. behandling hos fysioterapeut:	Ja ☒ Nej ☐	Hvis ja, oplys:	Dag 25 Måned april År 2017

Af kopi af supplerende oplysninger fra klagerens kiropraktor underskrevet den 21/11 2017 fremgår bl.a.:

"Oplys den præcise dato for bestilling har tid:

-Herunder også telefonisk- og e-mailkontakt forud for 1. behandling.

Vi har ikke logfiles på hvornår pt. ringer

Hvilke lidelser (diagnoser) er patienten blevet behandlet for?

Cervikalt rodtryk, scapulawinging, Rotator cuff patologi

Oplys den præcise dato for 1. behandling

06-04-2017

Hvornår opstod symptomerne?

Kom snigende de sidste to uger op til henvendelse

Hvilke symptomer havde patienten forud for 1. behandling

Smerter i højre skulder, perio radikulering til 1-3 finger

Har patienten været behandlet i perioden 05.04.16 – 05.04.17?

Nej

Eventuelle bemærkninger

Pt. stadig under udredning for smerter i højre skulder via Ortopædkirurgisk amb. ..."

Af brev af 30/11 2017 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Annullering af medlemskab

Dit medlemskab af 'danmark' er blevet annulleret med virkning fra din indmeldelsesdag den 5. april 2017. Vi har derfor lavet følgende opgørelse:

Udbetalt tilskud siden indmeldelsen	kr.	2746,00
Betalt kontingent siden indmeldelse	kr.	-1049,00
Du skylder 'danmark'	kr.	1697,00

Vi beder dig betale beløbet til os senest den 14.12.2017."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"1. Optagelse

...

1.3.1 For at førstegangs optagelse kan blive godkendt, er det en betingelse:

- at** begæring herom er et af 'danmark's kontorer i hænde inden det fyldte 60. år,
- at** vedkommende er fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke lider af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af nogen legemssvagthed,
- at** vedkommende ikke forventer at få eller har haft noget forbrug af medicin inden for de seneste 12 måneder og
- at** vedkommende ikke har været i behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre behandlere inden for de seneste 12 måneder.

...

2. Udmeldelse mv.

...

- 2.4 Har medlemmet ved forsikringens tegning afgivet urigtige oplysninger eller fortiet oplysninger, som har betydning for 'danmark's stillingtagen til medlemskabet, kan forsikringen annulleres."

Ankenævnet for Forsikring

7.

91834

Nævnet udtaler:

Klageren søgte den 5/4 2017 om optagelse i selskabet, hvor hun bekræftede, at hun var fuldstændig rask, samt at hun ikke led af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af nogen legemssvaghed. Den 6/4 2017 var klageren til kiropraktor på grund af smerter i skulderen. Hun har anført, at "dette havde jeg haft et par uger inden min indmeldelse, men tænkte ikke yderligere over det, eftersom jeg sagtens kunne arbejde og min skulder var funktionsdygtig". Hun har endvidere anført, at "jeg var ikke syg og havde ingen legemssvagheder i optagelsesøjeblikket", samt "jeg havde desuden heller ingen diagnose eller historik vedr min skulder på det tidspunkt".

Selskabet har den 24/11 2017 annulleret klagerens medlemskab med tilbagevirkende kraft og har krævet udbetalt tilskud tilbagebetalt efter fradrag af betalt kontingent. Selskabet har anført, at klageren ved tegningen af forsikringen har afgivet urigtige helbredsoplysninger, da hun ikke har oplyst om, at hun igennem to uger havde lidt af smerter i højre skulder, og at hun startede i behandling ved kiropraktor dagen efter indmeldelsen. Selskabet har oplyst, at det ikke ville have tegnet forsikringen, såfremt korrekte oplysninger var givet.

Af kopi af supplerende oplysninger fra klagerens kiropraktor underskrevet den 21/11 2017 fremgår det blandt andet, at kiropraktoren til spørgsmålet, "hvornår opstod symptomerne?", har svaret "kom snigende de sidste to uger op til henvendelse".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren i forbindelse med tegningen af forsikringen har afgivet urigtige oplysninger, og at dette må tilregnes hende som mindst uagtsomt. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren har undladt at oplyse om, at hun de sidste to uger op til indmeldelsen den 5/4 2017 havde haft skuldersmerter, og at hun startede i behandling ved kiropraktor dagen efter indmeldelsen på grund af disse skuldersmerter.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 1.3.1, at "for at førstegangsoptagelse kan blive godkendt, er det en betingelse", "at vedkommende er fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke lider af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af nogen legemssvaghed".

Ankenævnet *for* Forsikring

8.

91834

Herefter finder nævnet ikke anledning til at betvivle selskabets oplysning om, at forsikringen ikke ville være antaget, såfremt de korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet. Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har annulleret forsikringen med tilbagevirkende kraft og har krævet udbetalt tilskud tilbagebetalt efter fradrag af betalt kontingent.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings