Ankenævnet *for* Forsikring

Den 24. oktober 2018 blev i sag nr. 91972:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har tegnet Letsikring ved død (krydslivsforsikring) i selskabet. Klagerens advokat har i brev af 16/2 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "Udover det i mit brev af 31. oktober 2017 anførte, skal jeg supplere med følgende:
>
> Det gøres gældende, at PFA Pension er forpligtet til at yde min klient forsikringsdækning på den tegnede police/forsikring.
>
> Det gøres herunder gældende, at PFA Pension ikke har dokumenteret eller på anden måde godtgjort, at selskabet med henvisning til FAL § 6 stk. 1, ikke ville have tegnet den omhandlede forsikring under policenr. ... PFA Pension har med andre ord ikke løftet bevisbyrden for, at PFA ikke tegner forsikringer for personer med kunstig hjerteklap.
>
> PFA har endvidere ikke dokumenteret, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen på ændrede vilkår, hvilket navnlig har betydning i nærværende sag, idet [klagerens ægtefælles] død ikke var forårsaget af den kunstige hjerteklap, men af kræft. På den baggrund, gøres det tillige gældende, at PFA er forpligtet til at udbetale forsikringsdækning jf. FAL § 6, stk. 3.
>
> [Klagerens ægtefælle] fik indsyet den kunstige hjerteklap den 12. december 2002. Helbredsskemaet er dateret den 10. december 2012. Der mangler således alene 2 dage i, at der er gået 10 år, som anført i helbredsskemaet.
>
> Som følge heraf kan det udledes, at [klagerens ægtefælle] ikke havde sit hjerte i tankerne og det netop fordi, det ikke voldte problemer. Ellers kunne han blot have ventet nogle dage med at udfylde helbredsskemaet.

Det viser også, at han hverken handlede svigagtigt eller haft til hensigt at fortie en oplysning, hvilket kunne have været tilfældet, hvis der kun var gået få år.

Det kan udledes, at såfremt PFA ikke tegnede forsikringer for personer med kunstig hjerteklap, ville der ikke være ansat en periode på de 10 år i skemaet. Der ville have været formuleret spørgsmål gående ud på, om der er eller har været symptomer eller andet - uden tidsbegrænsning.

Det må udledes, at PFA tegner forsikringer for personer med eksempelvis kunstig hjerteklap.

Sammenfattende gøres det gældende, at PFA Pension er forpligtet til at udbetale forsikringsdækning helt eller delvist til min klient."

Selskabet har i brev af 26/3 2018 til nævnet bl.a. anført:

"**Hvilken type forsikring er der tale om?**
Police … blev oprettet den 28. december 2012 via … (Bilag 1). Det er en Letsikring ved død/krydslivsforsikring på forsikredes, [klagerens ægtefælles] (herefter forsikrede), liv. Forsikringen blev tegnet med en dækning på 1.130.000 kr. ved forsikredes død inden det fyldte 67. år. Det er en livsforsikring uden fradragsret.

Hvad handler tvisten om — parternes overordnede synspunkter?
Tvisten omhandler, hvorvidt selskabet er forpligtet til at udbetale forsikringssummen til forsikringstager.

Forsikringstager gør gældende, at selskabet er forpligtet til at udbetale forsikringsdækning som følge af forsikredes død den ...

Selskabet fastholder afslag på udbetaling af forsikringssummen, da selskabet mener, at forsikrede, forud for oprettelsen af Letsikring ved død, afgav urigtige helbredsoplysninger.

Sagsfremstilling
Forsikrede afgav elektronisk den 10. december 2012, i forbindelse med oprettelse af en Letsikring ved død, helbredsoplysninger (bilag 2). Det blev alene oplyst, at forsikrede inden for de sidste 10 år regelmæssigt havde taget receptpligtigt medicin samt, at forsikrede havde haft hudproblemer i form af overfølsomhed.

Forsikrede svarede benægtende på spørgsmålet om, hvorvidt forsikrede inden for de sidste 10 år havde været syg af, haft symptomer på eller modtaget behandling for nogen fysisk eller psykisk lidelse udover almindelig influenza, forkølelse og lignende.

Forsikrede svare 'ja' til, at forsikrede tog receptpligtig medicin.

Forsikrede svarede efterfølgende 'nej' til spørgsmålet om, hvorvidt forsikrede inden for de sidste 10 år havde haft problemer med maven, tarme, blære eller indre organer, for eksempel nyrerne.

Forsikrede svarede endvidere 'nej', til spørgsmålet om, hvorvidt forsikrede inden for de sidste 10 år havde haft problemer relateret til led, muskler, sener eller rygsøjle.

Forsikrede svarede derefter benægtende på spørgsmålet om, hvorvidt forsikrede inden for de sidste 10 år havde modtaget behandling eller taget medicin af andre årsager, for eksempel på grund af forhøjet blodtryk, diabetes, allergi eller anden årsag.

Endelig svarede forsikrede 'nej' til, at forsikrede inden for de sidste 10 år havde modtaget andre medicinske eller kirurgiske råd udover dem, som forsikrede allerede havde besvaret.

Krydslivsforsikringen (bilag 1), Letsikring ved død, blev oprettet den 28. december 2012 på baggrund af de fra forsikrede modtagne helbredsoplysninger.

Forsikrede afgik den … ved døden som følge af akut betændelse i hjertemuskulaturen samt lymfekræft, jf. dødsattest modtaget den … (bilag 3). Derefter modtog selskabet journal fra egen læge den 9. juni 2017 (bilag 4). Forsikrede havde en anden læge før 2009, og den 5. september 2017 modtog selskabet journal fra denne (bilag 5).

Forsikrede havde en hjertelidelse med nedsat ventrikel med let hypertrofi af denne, hvilket nødvendiggjorde indsættelse af en ny hjerteklap den 12. december 2002 samt livsvarig medicinsk behandling med blodfortyndende medicin (Marevan), jf. journal fra Regionsklinikken (bilag 5).

Endvidere fik forsikrede den 30. november 2007 indsat en ICD-pacemaker pga. hjerterytmeforstyrrelser og nærsynkoper, og der blev iværksat behandling med beta-blokker (Selo-Zok), jf. journal fra Regionsklinikken (bilag 5).

Forsikrede var på tidspunktet for udfyldelse af helbredserklæringen den 10. december 2012 i behandling med blodfortyndende medicin (antikoagulationsbehandling), og forsikrede var ca. hvert halve år til kontrol på [hospital 1], kardiologisk afdeling (bilag 5).

Selskabet fremsendte den 18. september 2017 afslag på udbetaling til forsikringstager (bilag 6). Begrundelsen herfor var, at der ved etablering af forsikringen var afgivet urigtige oplysninger, hvorfor der ikke kunne ydes dækning i henhold til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1. Som følge af afslaget på udbetaling, refunderede selskabet den indbetalte præmie til forsikringstager, i alt 12.136,00 kr.

Selskabet modtog herefter klage af 31. oktober 2017 fra forsikringstagers advokat (bilag 7). Det blev anført, at forsikringstager var berettiget til udbetaling som følge af forsikredes død.

Selskabet fastholdt i mail af 22. december 2017 (bilag 8), at forsikringstager ikke var berettiget til at modtage udbetaling fra forsikringen, idet forsikrede ved oprettelsen af forsikringen, havde afgivet urigtige oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Begrundelse for selskabets 'afgørelse'
Det er selskabets opfattelse, at forsikringstager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen, idet selskabet har ophævet denne dækning med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet den 28. december 2012. Selskabets begrundelse er, at forsikrede i det mindste uagtsomt

har afgivet objektivt, urigtige oplysninger om sit helbred samt, at forsikringen ikke var blevet oprettet, hvis de korrekte oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet.

- Forsikrede udfyldte og underskrev den 10. december 2012 en elektronisk helbredserklæring (bilag 2). Der blev indledende i helbredserklæringen spurgt, om forsikrede inden for de sidste 10 år havde været syg af, haft symptomer på eller modtaget behandling for nogen fysisk eller psykisk lidelse udover almindelig influenza, forkølelse og lignende.
  Dette svarede forsikrede 'nej' til, selvom forsikrede den 12. december 2002 fik indsat en kunstig hjerteklap og senest i 2007 fik indsat en ICD-pacemaker på grund af op mod 30 episoder med hjertebanken og to episoder med sortnende for øjnene. Der ud over gik forsikrede til halvårlige kontroller på [hospital 1], kardiologisk afdeling, samt modtog antikoagulationsbehandling (bilag 5).
- Dernæst blev der i erklæringen spurgt til, hvorvidt forsikrede tog regelmæssig medicin. Dette svarede forsikrede 'ja' til. Forsikrede svarede imidlertid efterfølgende 'nej' til, at forsikrede inden for de sidste 10 år havde haft problemer med maven, tarme blære eller indre organer. Forsikrede burde da have oplyst, at forsikrede tog både blodfortyndende medicin samt betablokker som følge af sin hjertelidelse.
- Derefter blev der i erklæringen spurgt til, om forsikrede inden for de sidste 10 år havde modtaget behandling eller taget medicin af andre årsager, fx på grund af forhøjet blodtryk, diabetes, allergi eller anden årsag. Hertil svarede forsikrede 'nej', selvom forsikrede tog Sel-Zok mod hjerterytmeforstyrrelse og Marevan til forebyggelse af blodpropper (bilag 5).
- Slutteligt blev der i erklæringen spurgt til, om forsikrede inden for de sidste 10 år havde modtaget andre medicinske eller kirurgiske råd udover dem, forsikrede allerede havde besvaret. Hertil svarede forsikrede 'nej'. Forsikrede var, frem til afgivelse af helbredsoplysningerne den 10. december 2012, i tæt kontakt med hospitalsvæsenet, herunder til kontrol for tilstand med ICD-pacemaker på [hospital 1], kardiologisk afdeling den 9. december 2009, den 3. marts 2010, den 5. august 2010, den 10. februar 2011 samt den 25. august 2011, jf. journal fra læge … (bilag 4).

Forsikrede burde have oplyst om de mange behandlinger som følge af hjertelidelsen, om det daglige medicinindtag og ikke mindst de mange kontroller, som forsikrede var til. Såfremt disse forhold var oplyst forinden oprettelse af forsikringen, ville selskabet have haft mulighed for at indhente supplerende oplysninger.

Som følge af, at forsikrede ikke oplyste om disse forhold, var selskabet afskåret fra at foretage en korrekt risikovurdering.

Gennemgang af helbredserklæringen med de af forsikrede afgivne oplysninger viser, at forsikrede ikke kan anses for at have været i god tro.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne (bilag 9), at det er en forudsætning for optagelse, at der er afgivet risikooplysninger, herunder oplysninger om helbredsforhold, samt, at selskabet har fundet disse tilfredsstillende, jf. § 3, stk. 1, nr. 3.

Det fremgår endvidere heraf, at såfremt der ved tegning eller senere af forsikrede er afgivet urigtige eller ufuldstændige oplysninger, er retsvirkningerne som beskrevet i FAL §§ 4-10, hvorefter forsikringsdækningen helt eller delvis kan bortfalde.

Selskabet er derfor fri for ansvar, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, og selskabet har været berettiget til at ophæve dækningen mod at tilbagebetale den indbetalte præmie til forsikringstager. Herved lægges der vægt på, at forsikrede havde en hjertelidelse, der medførte indsættelse af en kunstig hjerteklap og en ICD-enhed. Forsikrede gik til halvårlige kontroller med ekkokardiografi og var i antikoagulationsbehandling samt i behandling med præparatet Selo-Zok på grund af hjerterytmeforstyrrelse. Selskabet ville, såfremt det havde haft disse oplysninger, ikke have oprettet en Letsikring ved død.

Forsikringstagers advokat gør gældende, at selskabet er pligtig til at udbetale forsikringsdækningen efter forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, idet forsikringen kunne være blevet tegnet på ændrede vilkår, eftersom forsikrede ikke døde af sin hjertelidelse, men derimod af kræft.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at bestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 finder anvendelse, selv om der ikke er årsagssammenhæng mellem det forhold, hvorom der er afgivet urigtige oplysninger og den indtrådte forsikringsbegivenhed. Der er således ikke grundlag for at sammenholde dødsårsagen med de urigtige helbredsoplysninger.

Det er af forsikringstagers advokat endvidere anført, at såfremt selskabet ikke tegnede forsikringer for personer med kunstig hjerteklap, ville der ikke blive spurgt til en tidsbegrænset periode på 10 år i helbredserklæringen. Det skal hertil bemærkes, at der i helbredserklæringen bliver spurgt til, hvorvidt forsikrede har haft symptomer, modtaget behandling eller medicin inden for de sidste 10 år.

Det er sådan, at hvis der er indsat en kunstig hjerteklap, skal man have blodfortyndende medicin, og denne behandling er livslang. Selskabet fik, som følge af de af forsikrede afgivne negative svar, ikke mulighed for at indhente supplerende oplysninger og foretage en valid risikovurdering.

Selskabet bemærker endvidere heroverfor, at det ud fra ordlyden af spørgsmålene i helbredserklæringen må have stået forsikrede klart, at forsikrede ikke kun skulle oplyse om egentlige diagnoser men også om symptomer på og behandling af enhver lidelse udover almindelig influenza, forkølelse og lignende.

Det kan imidlertid konstateres, at forsikrede ved udfyldelse af erklæringen generelt undlod at afgive relevante oplysninger om sit helbred. Forsikrede svarede 'nej' til spørgsmålet om, hvorvidt forsikrede inden for de sidste 10 år havde oplevet problemer med led, muskler, sener eller rygsøjle, selvom forsikrede igennem mere end et halvt år havde haft højresidige skuldergener, rotator cuff syndrom obs, jf. notat af 19. september 2012 (bilag 4). Der ud over var forsikrede i 2007 udsat for et overfald, hvorefter forsikrede pådrog sig en flænge ved højre øjenbryn, blodansamlinger på højre underarm, skulder samt højre side af brystkassen, jf. notat af 20. marts 2007 (bilag 5). Endelig oplevede forsikrede ømhed i nakken igennem længere tid i 2004, jf. notat af 9. marts 2004 (bilag 5). Forsikrede undlod således generelt at oplyse om relevante fysiske symptomer.

Slutteligt skal det bemærkes, at selskabet fik kundskab om risikooplysningernes urigtighed ved modtagelse af relevante helbredsoplysninger henholdsvis den 9. juni 2017 (bilag 4) og den 5. september 2017 (bilag 5). Selskabet orienterede den 18. september 2017 forsikringstager om retsvirkningen heraf (bilag 6). Meddelelse herom er derfor sket uden unødigt ophold i henhold til forsikringsaftalelovens § 8.

Konklusion
Selskabet fastholder, at forsikringstager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen, idet selskabet har været berettiget til at ophæve forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet den 28. december 2012."

Klagerens advokat har i brev af 26/4 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Det fastholdes, at PFA Pension skal yde fuld forsikringsdækning, subsidiært delvis dækning.

Det forhold, at PFA Pension har tilbagebetalt den betalte præmie er i sig selv ikke et bærbart argument for, at der ikke er dækning. PFA Pensions anfører endvidere, at hvis der efter PFA Pensions opfattelse var afgivet korrekte oplysninger, ville PFA Pension ikke have oprettet forsikringen. Denne påstand bestrides som udokumenteret. PFA Pension opfordres til at dokumentere, at PFA Pension generelt ikke tegner livsforsikringer for personer, der har eller har haft hjerteproblemer, herunder forsikringer med undtagelser eller begrænset dækning.

Det forhold, at der i helbredsoplysningsskemaet generelt er en tidsbegrænsning på 10 år dokumenterer, at PFA Pension tegner livsforsikringer for personer med diverse skavanker, herunder hjerteproblemer, blot disse ligger 10 år og en dag tilbage i tid.

PFA Pensions oplysning om, at forsikringen ikke ville blive tegnet, hvis skemaet var oplyst korrekt er således ikke holdbar. Det forhold, at der mangler ganske få dage (2 dage) i, at den 10 årige periode er opfyldt, bør derfor ikke have nogen betydning.

På spørgsmålet i helbredsoplysningsskemaet, om hvorvidt der tages receptpligtig medicin svares der: JA. Denne receptpligtige medicin kunne vedrøre sygdomsforhold 10 år og en dage tilbage i tid. På trods heraf spurgte PFA Pension ikke ind til forholdet. Det vil med andre ord sige, at hvis personen havde en alvorlig sygdom mere end 10 år tilbage, og der på grund af denne sygdom blev taget receptpligtig medicin, ville PFA Pension have ydet dækning.

PFA Pension anfører underst side 3, at forsikrede burde have oplyst, at han tog både blodfortyndende medicin samt betablokker som følge af en hjertelidelse. Dette bestrides. Der spørges ikke hertil i skemaet. Sikrede oplyste JA til at han tog receptpligtig medicin. Som anført ovenfor kunne PFA Pension have spurgt ind til forholdet. Det skete ikke. PFA Pension fandt oplysningerne tilfredsstillende på trods af oplysningen om, at der blev taget receptpligtig medicin - en medicin som kunne være forårsaget af en kunstig hjerteklap indopereret for mere end 10 år tilbage.

Sikrede burde heller ikke have oplyst om de kontroller han gik til. Der spørges ikke hertil. Desuden viste kontrollerne, at der ikke var problemer.

Som tidligere anført, var dødsårsagen ikke den kunstige hjerteklap eller ICD'eren, men derimod cancer.

Når der ses på de stillede spørgsmål i Letpensions helbredsoplysningsskema, kan man ikke fortænke sikrede i at have oplyst, som han gjorde. Eksempelvis nævnes hjerte ikke en eneste gang i skemaet. Det forhold, at skemaets spørgsmål ikke er fyldestgørende er ikke en risiko, som sikrede bør bære. Sikrede var i god tro. Han kunne jo blot have ventet 2-3 dage med at udfylde skemaet.
Det fastholdes, at PFA Pension er forpligtet til at yde forsikringsdækning."

Selskabet har i brev af 14/5 2018 til nævnet bl.a. anført:

"**PFA's kommentarer til sagen**
Forsikringstager anfører i replik af 26. april 2018 at det forhold, at PFA har tilbagebetalt præmien, ikke i sig selv er et argument for, at der ikke er dækning. Forsikringstager gør endvidere gældende, at PFA skal dokumentere, at det generelt ikke tegner livsforsikringer for personer, der har hjerteproblemer. PFA henviser til første svar til ankenævnet af 26. marts 2018. Retningslinjerne for antagelse ligger på skrift internt i PFA. De interne retningslinjer bliver ikke udleveret, hvilket er accepteret i lignende sag ved domstolene, idet det er et konkurrenceparameter.

PFA skal imidlertid bemærke, at såfremt forsikrede alene havde oplyst, at forsikrede havde en kunstig hjerteklap, ville PFA have givet afslag på tegning af forsikringen. Ligeledes ville PFA, såfremt forsikrede kun havde oplyst om ICD-pacemakeren, have givet afslag på tegning af forsikringen. Forsikrede havde imidlertid *både* en kunstig hjerteklap og en ICD-pacemaker, hvorefter PFA åbenlyst ikke ville have tilbudt at tegne forsikringen. PFA er derfor fri for ansvar jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, og PFA har været berettiget til at ophæve dækningen ved død mod at tilbagebetale de indbetalte præmier.

Forsikringstager lægger endvidere afgørende vægt på, at der alene resterede 2 dage i forhold til udløb af den 10-årige periode, der i helbredserklæringen spørges indtil, da forsikrede udfyldte helbredserklæringen den 10. december 2012.

Det skal først og fremmest bemærkes, at var der tale om en frist, da ville også 2 dage være afgørende. Det er korrekt, at forsikrede den 12. december 2002 fik indsat en mekanisk hjerteklap samt, at forsikrede afgav helbredsoplysninger den 10. december 2012. Forsikrede fik imidlertid kun 5 år tidligere, nemlig i 2007, indsat en ICD-pacemaker, jf. tidligere fremsendte bilag 5.

Det centrale og afgørende er dog, at forsikrede havde en *medfødt hjertelidse*, hvorefter denne var til stede både forud for den 10-årige periode og under den 10-årige periode.

Forsikrede indledte således besvarelsen af helbredserklæringen ved at fortie oplysninger om sit helbred ved at svare 'nej' til følgende:

'Har du inden for de sidste 10 år været syg af, haft *symptomer på eller modtaget behandling* for nogen fysisk eller psykisk lidelse udover almindelig influenza, forkølelse eller lignende?'

Forsikrede levede hver dag med en kronisk lidelse, der havde medført indsættelse af en kunstig hjerteklap og en ICD-pacemaker. Forsikrede var som følge deraf i medicinsk behandling og underlagt opfølgende kontroller. Forsikrede havde symptomer, idet forsikrede, forud for indsættelsen af ICD-pacemakeren, havde en lang periode med jævnlige anfald med hjertebanken ledsaget af sorten for øjnene. Anfaldene var undertiden så voldsomme, at forsikrede, når denne kørte i bil, måtte holde ind til siden, jf. notat af 24. august 2006, tidligere fremsendte bilag 5.

Forsikringstager fremfører i den forbindelse, at forsikrede heller ikke burde have oplyst om de kontroller, forsikrede gik til, idet der i erklæringen ikke blev spurgt hertil.

Det skal bemærkes, at der to gange i helbredserklæringen blev spurgt til, hvorvidt forsikrede modtog *behandling*, nemlig i det indledende spørgsmål gengivet ovenfor, og efterfølgende blev der også spurgt:

'Har du inden for de sidste 10 år modtaget behandling eller taget medicin af andre årsager, fx på grund af forhøjet blodtryk, diabetes, allergi eller anden årsag?'

Det at forsikrede gik til løbende kontrolbesøg i hospitalsregi og lægeligt blev fulgt tæt som opfølgning på hjertesvigt må sidestilles med behandling. Selv såfremt forsikrede ikke mente, at medicinsk opfølgning, måling og kontrol var et led i behandlingen af en kronisk hjertelidelse, da burde forsikrede i det mindste have oplyst om operation med indsættelse af en mekanisk hjerteklap i 2002 og med ICD-pacemaker i 2007. Disse to spørgsmål svarede forsikrede imidlertid 'nej' til.

Selv hvis forsikrede ikke mente, at ovenstående kunne anses for at være en behandling, lød det afsluttende spørgsmål i helbredserklæringen således:

'Har du inden for de sidste 10 år modtaget andre *medicinske eller kirurgiske råd*, udover dem du allerede har besvaret?'

Forsikrede havde gennemgået to operationer som følge af hjertelidelsen, modtog daglig, livsvarig medicinsk behandling samt var under løbende kontrol. Forsikrede modtog endvidere assistance til selvmonitoreret antikoagulationsbehandling. Hertil burde forsikrede følgelig have svaret 'ja'.

Såfremt forsikrede havde svaret korrekt herpå, ville forsikrede være blevet spurgt om, hvilke 'medicinske eller kirurgiske råd' denne havde modtaget, hvor hyppigt samt, hvorvidt forsikrede stadig modtog behandling eller havde følgevirkninger. Disse oplysninger blev PFA imidlertid afskåret fra, hvorved en reel risikovurdering ikke kunne foretages.

Forsikringstager gør yderligere opmærksom på, at forsikrede svarede 'ja' til, at denne indtog receptpligtig medicin, men at PFA på trods heraf ikke spurgte ind til forholdet samt, at forsikrede ikke burde have oplyst, at denne indtog både blodfortyndende medicin samt betablokkere som følge af hjertelidelsen.

Hertil skal PFA anføre, at der i erklæringen netop blev spurgt til, hvorvidt forsikrede havde haft problemer med indre organer samt, om forsikrede havde modtaget behandling eller medicin på grund af forhøjet blodtryk. Årsagen til disse spørgsmål er, at receptpligtig medicin kan omhandle alt fra øjendråber til medicin, der er nødvendig på grund af mere alvorlige, kroniske lidelser, hvorfor spørgsmålet om receptpligtig medicin ikke kan stå alene.

Derfor er efterfølgende spørgsmål i erklæringen udformet således:

'Har du inden for de sidste 10 år haft problemer med maven, tarme, blære eller andre indre organer, fx nyrerne?'

Eftersom hjertet er et indre organ, og forsikrede havde gennemgået to operationer som følge af sin kroniske hjertelidelse, burde forsikrede følgelig have svaret 'ja'. Såfremt forsikrede havde svaret korrekt, ville forsikrede være blevet anmodet om at oplyse, hvilke problemer forsikrede ople-

vede. Havde forsikrede da angivet kunstig hjerteklap eller blot ICD-pacemaker, ville forsikrede have fået afslag på tegning af forsikring.

Der ud over blev forsikrede i erklæringen konkret forespurgt om følgende:

'Har du inden for de sidste 10 år modtaget behandling eller taget medicin af andre årsager, fx på grund af forhøjet blodtryk, diabetes, allergi eller anden årsag?'

Eftersom forsikrede tog betablokkere i form af Selo-Zok til behandling af forhøjet blodtryk, jf. tidligere fremsendte bilag 5, burde forsikrede have oplyst herom. Da der også blev spurgt til medicin af andre årsager, burde forsikrede have oplyst om det blodfortyndende medicin, Marevan, som forsikrede indtog dagligt og tilmed selv justerede, hvorfor det kun vanskeligt kunne forglemmes.
PFA var, også i forhold til forsikredes medicinforbrug, afskåret fra at foretage en valid risikovurdering, idet forsikrede tilbageholdt afgørende information.

Forsikringstagers advokat anfører atter, at dødsårsagen ikke kan tilskrives den kunstige hjerteklap eller ICD-pacemakeren, men derimod kræft. Slutteligt skal det hertil bemærkes, at der ikke er grundlag for at sammenholde dødsårsagen med de urigtige helbredsoplysninger, idet forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 finder anvendelse, selv om der ikke er årsagssammenhæng mellem det forhold, hvorom der er afgivet urigtige oplysninger, og den indtrådte forsikringsbegivenhed.

Afslutningsvist må det fremføres, at forsikrede, som havde en alvorlig, medfødt hjertelidelse, der medførte to livsnødvendige operationer og som selv justerede sin daglige medicin og der ud over gik til løbende, opfølgende kontroller, må antages at have været yderst bevidst om sine helbredsmæssige forhold. Det må derfor også forudsættes, at man som patient med en sådan kronisk lidelse er opmærksom på disse forhold samt vidende om, at dette bør oplyses i forbindelse med tegning af en forsikring på liv eller helbred. Gennemgang af helbredserklæringen med de af forsikrede afgivne oplysninger viser, at forsikrede ikke kan anses for at have været i god tro."

Klagerens advokat har i brev af 7/6 2018 til nævnet bl.a. anført:

"PFA anfører, at såfremt sikrede havde oplyst, at han havde kunstig hjerteklap eller en ICD-pacemaker, ville PFA have givet afslag på tegning af forsikringen. Dette er ikke i overensstemmelse med de spørgsmål, der stilles i helbredsoplysningsskemaet.

I helbredsoplysningsskemaet spørges der til forskellige forhold indenfor en 10 årig periode!
En forsikringstager, der har alverdens sygdomme, vil på baggrund af helbredsoplysningsskemaets spørgsmål kunne udfylde skemaet efter 10 år og 1 dag, hvis sygdommene var helbredt, og opnå forsikringsdækning. Altså hvis man eksempelvis havde cancer eller fået fjernet en nyre for 11 år siden og alt var i orden 10 år og 1 dagen inden udfyldelsen af skemaet, ville der være dækning.

Hvis det PFA anfører skulle stå til trone, skulle skemaet have været formuleret på en helt anden måde. For eksempel skulle der spørges til, om man har kunstig hjerteklap eller ICD-pacemaker. Men det spørgers der ikke til. De stillede spørgsmål har derimod en 10 årig "begrænsning".

På den baggrund må det lægges til grund, at PFA forsikrer personer med de skavanker [klagerens ægtefælle] havde.

PFA Pension har da heller ikke dokumenteret, at der ikke tegnes forsikringer for personer med de omhandlede skavanker.

Det er koncipisten af helbredsoplysningsskemaet og dermed PFA Forsikring, der bærer den fulde risiko for formuleringen af spørgsmålene.

At [klagerens ægtefælle] havde det udmærket på tidspunktet for udfyldelsen af helbredsoplysningsskemaet og det forhold, at han udfyldte det 2 dage før 10 års fristen, skal ikke komme min klient (sikrede) til skade. Hvis han virkelig ville undgå at give de oplysninger, som PFA Forsikring nu klandrer ham for, kunne han blot have ventet de 2-3 dage med at udfylde skemaet.

PFA Pension anfører afslutningsvist, at forsikrede ikke var i god tro ved udfyldelsen af helbredsoplysningsskemaet, idet han bl.a. havde en medfødt hjertelidelse.

Det gøres gældende, at [klagerens ægtefælle] var i god tro, da han som ovenfor anført kunne have ventet 2-3 tage med at udfylde skemaet.

[Klagerens ægtefælle] oplyser korrekt i skemaet, at han regelmæssigt tager receptpligtig medicin. Men PFA Forsikring spørger ikke ind til hvilken type medicin og for hvad. Hvis PFA vitterlig ikke forsikrede personer med hjerteproblemer, er det evident, at PFA Forsikring ville have forfulgt denne oplysning. Men det skete ikke. PFA Forsikring bærer ikke kun risikoen for de formulerede spørgsmål men også for, at oplysninger ikke blev kontrolleret, herunder hvilken type receptpligtig medicin han tog."

Selskabet har i brev af 15/6 2018 til nævnet bl.a. anført:

"**PFA's kommentarer til sagen**
Forsikringstager anfører i duplik af 7. juni 2018, at helbredserklæringen alene spørger til tidspunktet for en *sygdoms opståen*, hvorefter fristen på 10 år løber fra *diagnosetidspunktet* og frem til, at forsikrede udfyldte erklæringen den 10. december 2012.

PFA skal først og fremmest fastslå, at såfremt der i helbredserklæringen alene blev spurgt hertil, da fik forsikrede den 12. december 2002 indsat en kunstig hjerteklap og så sent som i 2007, fik forsikrede indsat en ICD-pacemaker, hvilket ubestridt er inden for den 10 årige periode.

PFA skal imidlertid bemærke, at dette ikke kan stå alene, idet der i erklæringen blev spurgt til, hvorvidt forsikrede:

- havde haft symptomer på eller modtaget behandling for nogen fysisk eller psykisk lidelse udover almindelig influenza, forkølelse og lignende
- havde haft problemer med indre organer
- havde haft problemer relateret til led, muskler, sener eller rygsøjle
- havde modtaget behandling eller medicin på grund af forhøjet blodtryk
- havde modtaget andre medicinske eller kirurgiske råd

Dermed spørges der ikke til diagnose eller diagnosetidspunkt, men derimod direkte til hvilke gener, symptomer og behandlinger forsikrede modtog inden for en 10-årig periode.

Forsikrede svarede desuagtet 'nej' til samtlige relevante spørgsmål på trods af, at forsikrede inden for den 10 årige periode havde kraftige *symptomer* i form af hjertebanken og sortnen for øjnene, *problemer* med hjertet og derfor fik indsat kunstig hjerteklap og ICD-pacemaker, dagligt modtog *medicinsk behandling* på grund af *forhøjet blodtr*yk og modtog *medicinske* råd i forbindelse med jævnlige kontroller samt for at kunne udføre selvmonitoreret antikoagulationsbehandling, jf. tidligere fremsendte bilag 5. Dertil kommer flere former for gener i bevægeapparatet, jf. tidligere fremsendte bilag 4 og 5.

Forsikringstager fremfører endvidere, at PFA er koncipisten og dermed bærer ansvaret for formuleringerne i helbredserklæringen samt, at forsikrede må anses for at have været i god tro ved udfyldelse af erklæringen.

PFA skal hertil bemærke, at helbredserklæringen netop spørger til forsikredes helbred, hvilket forsikrede må anses for at være den nærmeste til at besvare. Besvarelsen er egenhændigt forsikredes ansvar, og de stillede spørgsmål er klare og af enkel karakter, jf. tidligere fremsendte bilag 2. Forsikredes gentagne benægtende svar vedrørende symptomer, medicin og behandling medfører, at forsikrede ikke kan anses for at have været i god tro.

Forsikringstager argumenterer for, at forsikrede blot kunne have ventet 2-3 dage med at udfylde erklæringen, hvorefter der intet ville have været at klandre forsikrede, i det forsikrede på tidspunktet for udfyldelse af erklæringen havde det udmærket.

PFA kan oplyse, at forsikrede da bl.a. skulle have ventet 10 år med at udfylde helbredserklæringen, øjeblikkeligt skulle have ophørt med at tage daglig medicin mod forhøjet blodtryk, med at udføre selvmonitoreret antikoagulationsbehandling og sikre, at der i forløbet ikke opstod symptomer eller behov for yderligere behandling.

Dernæst anfører forsikringstager, at forsikredes oplysning om, at forsikrede tog receptpligtig medicin burde have medført, at PFA kontrollede dette.

Dette skete også i form af 8 efterfølgende og uddybende spørgsmål i helbredserklæringen. Årsagen til disse spørgsmål er netop, at receptpligtig medicin kan vedrøre alt fra øjendråber til medicin, der er nødvendig på grund af mere alvorlige lidelser, hvorfor spørgsmålet om receptpligtig medicin ikke kan stå alene. Forsikrede valgte desuagtet at svare benægtende på alle spørgsmålene, dog med undtagelse af spørgsmålet om, hvorvidt forsikrede havde hudproblemer.

PFA skal sluttelig anføre, at der ikke unødigt skal indhentes supplerende helbredsoplysninger, men alene relevante og tilstrækkelige oplysninger. Såfremt forsikrede havde oplyst om indsættelse af kunstig hjerteklap og ICD-enhed, symptomer, behandling og medicinindtag på grund af forhøjet blodtryk, ville PFA have indhentet supplerende oplysninger. Selskabet havde ikke, på baggrund af de af forsikrede fortiede oplysninger, mulighed for at indhente relevante oplysninger og foretage en valid risikovurdering."

Klagerens advokat har i brev af 3/8 2018 til nævnet bl.a. anført:

"PFA anfører i 2. sidste afsnit, side 3, at såfremt forsikrede havde oplyst at have en kunstig hjerteklap og ICD-enhed m.v., ville PFA have indhentet supplerende oplysninger. Dette dokumenterer, at PFA tegner forsikringer for personer med kunstig hjerteklap og ICD.

[Klageren ægtefælle] svarer ja til, at han tager receptpligtig medicin, hvilket er korrekt. PFA spørger imidlertid ikke ind til hvilken medicin, han tager.

Når han svarer nej til de øvrige spørgsmål, er det fordi, der nævnes konkrete forhold i spørgsmålene. Intet sted spørges der til hjertet. Spørgsmålene er således besvaret korrekt, og [klagerens ægtefælle] var i god tro.

Det øvrige fremførte fastholdes i sin helhed, herunder at PFA er forpligtet til at udbetale forsikringssummen i henhold til FAL § 5, stk. 1, FAL § 6, stk. 3 og FAL § 7."

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

Af helbredsoplysninger afgivet den 10/12 2012 fremgår bl.a.:

"**Helbredsoplysninger**
Har du inden for de sidste 10 år været syg af, haft symptomer på eller modtaget behandling for nogen fysisk eller psykisk lidelse udover almindelig influenza, forkølelse og lignende?: *Nej*

Tager du regelmæssigt receptpligtig medicin?: *Ja*

Har du inden for de sidste 10 år haft problemer med maven, tarme, blære eller indre organer, fx. nyrerne?: *Nej*

Har du inden for de sidste 10 år haft problemer relateret til dine led, muskler, sener eller rygsøjle?: *Nej*

Har du inden for de sidste 10 år haft symptomer fra dit nervesystem, fx. hjernen eller andre nerver?: *Nej*

Har du inden for de sidste 10 år haft episoder med angst, depression eller andre psykiske problemer?: *Nej*

Har du inden for de sidste 10 år modtaget behandling eller taget medicin af andre årsager, fx. på grund af forhøjet blodtryk, diabetes, allergi eller anden årsag?: *Nej*

Har du inden for de sidste 10 år haft hudproblemer, fx. eksem eller psoriasis?: *Ja*

Angiv venligst hvilke:: OVERFØLSOMHED

Modtager du stadig behandling, eller har du fortsat følgevirkninger?: *Nej*

Har du varet indlagt pga. lidelsen inden for de sidste 2 år?: *Nej*

Har du behov for almen vedvarende behandling?: *Nej*

Har du inden for de sidste 10 år fået påvist HIV, AIDS eller leverbetændelse (Hepatitis B eller C)?: *Nej*

Har du inden for de sidste 10 år modtaget andre medicinske eller kirurgiske råd, udover dem du allerede har besvaret?: *Nej*"

Af klagerens patientjournal fremgår bl.a.:

"EPIKRISE
12-12-02:

Operationstype:
FMD00 Indsyning af mekanisk aortaklapprotese (Omnicarbon nr. 27) FXB96 By-pass, partiel cardio-pulm m reparativ kirurgisk procedure
…
Plan: pga. mekanisk aortaklapprotese implantation skal pt. være i livslang AK-behandling med INR-niveau mellem 2,0 og 3,0. Samtidig er pt. herfra orienteret om efterfølgende endocarditisprofylakse ved forskellige former for invasiv indgreb, og egen læge bør sikre sig at pt. har forstået dette.

Pga. den reducerede venstre ventrikelfunktion er der ligeledes indikation for fortsat ACE-inhibitorbehandling, hvilket pt. er opstartet under aktuelle indlæggelse.
Medicin v. udskrivelse:
Tabl. Marevan efter skema
tabl. Kaleorid 750 mg x 2 (kan formentlig seponeres ved kaliumkontrol via egen læge).
tabl. Pamol 1 g x 4 (under udtrapning)
tabl. Arthrotec 1 x 3 (under udtrapning)
tabl. Ferroduretter 100 mg x 2 (kan udtrappes efter kontrol af hgb og se-ferritin)
tabl. Cordarone 500 mg x 2 i en uge, herefter 400 mg x 2 i en uge og efterfølgende 200 mg indtil kontrol i
12-12-02:
Cordaroneambulatoriet.
tabl. Triatec 5 mg x 2
Fortsætter livslang antikoagulationsbehandling.
Kommer til planlagt 1 måneds kirurgisk ambulant kontrol i Thoraxkirurgisk ambulatorium. Herefter skal pt. ses 3 måneder postoperativt hos kardiologierne.
Skal indkaldes til postoperativ kontrol i Kardiologisk Cordaroneambulatoriet pga. type 3 antiarytmisk behandling.
…
23-08-2006: Hjerte-karsystem
Hjerte-karsystem
23-08-06 Kan jævnligt have tilfælde med hjertebanken og sorten for øjnene. Har haft det igennem en meget lang periode, fortæller han. Enkelte gange har det været så slemt, at han har måttet køre sin bil ind til siden, når han har været ude at køre bil. Stet. c+p:
I.a. BT 115/70. EKG: Sinusrytme uden iskæmi. Vi aftaler, at han ikke må køre bil, før han har været vurderet af cardiologerne
rp. henv. card. afd.
…

3.3.2007
KARDIOLOGISK LABORATORIUM
R-test viser løb af formodet VT over 7 slag, frekvens 200. I øvrigt sinusrytme. Patienten har markeret for hjertebanken på ovennævnte tidspunkt.
Der findes indikation for rp. tbl. Selo-Zok 50 mg x 1 stigende til 100 mg x 1, såfremt det tåles.
Endvidere skal patienten snarest dvs. indenfor 1-2 uger indkaldes til ekkokardiografisk kontrol.
Når patienten har været i betablokkerbehandling i 2 uger, da ny Holter-monitorering,
…
EPIKRISE:
30.11.2007
EPIKRISE
… mand med mekanisk aortaklap, tidligere aortastenose. EF omkring 45%.
Har tilfælde med nærsynkoper. Har på Holtermonitorering fået påvist non sustained VT.
Inducerbar ved elektrofysiologisk undersøgelse.
På grund af nedsat EF (45%), non sustained VT sant inducerbar VF implanteres ICD-pacemaker, som testes og findes i orden.
Beta-blokker-behandlingen øges.
Fragmin-behandling indtil INR er i niveau.
Udskrives til hjemmet.
MEDICIN VED UDSKRIVELSEN
Tabl. Marevan efter skema (selvmonitorering).
Tabl. Selo-Zok 150 mg x 1.
…
DZ956 Tilstand m ICD (Implanterbar Cardioverter-Defibrillator)
Sub.: ** AMBULANTNOTAT ** 2009 12 09 …

Afsender:
[HOSPITAL 1]
KARDIOLOGISK AFDELING
…
EPIKRISE:
Pt. er flyttet til … fra …, og overgår derfor til ICD kontrol hos os fra [hospital 2].
Tidligere:
2002 opereret med indsættelse af kunstig aortaklap. Siden ang. nedsat LVEF. Pt. nævner 15%.
2007 tilfælde med hjertebanken. Ihht ICD journalen fra [hospital 2] skulle der være tale om ventrikelflimren. Pt. ang., at han ikke besvimede eller havde hjertestop, hvorfor det nok var VT. Fik implanteret ICD enhed SJM Atlas 2 og opstartede selozokbehandling. Siden har der ang. ikke været rytmeforstyrrelser, og pt. har ikke fået hverken ATP eller shock af ICD enheden.

Aktuelt:
Pt. er velbefindende. Ingen åndenød eller brystsmerter.
Medicin:
tbl. selozok 150 mg x 1
tbl. marevan e.s. Kontrollerer dette selv, og har kontakt til [hospital 3], der foretager den videre kontrol.
Objektivt:
Upåvirket.
Dagens udlæsning af ICD enheden viser en velfungerende enhed uden terapi siden sidst.

Pt. ses med vanlige 6 mdrs. kontroller fremover hos os, og er tilrådet kontakt til [hospital 4] mhp. opfølgning af hjeresvigt.
…
03.03.10 DZ035 Observation på grund af mistanke om hjerte-karlidelse
Sub.: ** AMBULANTNOTAT ** 2010 03 03 …

Afsender: …
REGION … SYGEHUSVÆSEN
[HOSPITAL 4] KARDIOLOGISK AMB.
…
Aktionsdiagnose:
A DZ035 Observation på grund af mistanke om hjerte-karlidelse
EPIKRISE:
Første kontrol her, af en [mand i 40'erne], som i 2002 fik foretaget aortaklap-substitution (omni-carbon 27 mm), som følge af asymptomatisk aortainsufficiens med ekkokardiografiske tegn til progredierende venstre ventrikel dilatation, op til operationen over 6 cm slut systolisk. Endvidere svært nedsat venstre ventrikel funktion. Ved følgende ekkokardiografiske kontroller gradvist bedret LVEF, ved seneste undersøgelse april 2009 ([hospital 2]) fundet LVEF 45-50%. På grund af palpitationsfornemmelser udført event-recording, som viste paroksystisk non-sustained VT, og ved L+EL-FYS inducerbar VF, blev implanteret ICD-enhed november 2007.

Patienten i vedvarende AK-behandling, og er oplært til selvmonitorering via [hospital 3].

Aktuelle
Aktuelt er han fuldstændig velbefindende, han har selv kontaktet Klinisk Biokemisk Afdeling, [hospital 5] med henblik på, at man der fortsætter assistancen til selvmonitoreret AK-behandling. Han har ingen gener i det daglige.
Ved objektiv undersøgelse er der en ren klap-lyd, og ren diastolisk lukkelyd.
Han fortsætter behandlingen cont. Marevan (selvkontrol) og Selo-Zok som er Øget til cres. Selo-Zok 200 mg daglig.
Han medgives kontrol til rp. ny kontrol inkl. ekkokardiografi om 12 måneder.

Kan herefter følges med 1-årlige kliniske kontroller, og alene ny ekkokontrol ved fornyede symptomer/mistanke om klapdysfunktion."

Af de lægelige oplysninger fremgår det endvidere, at klageren var til kontrol af ICD-pacemakeren på kardiologisk afdeling den 5/8 2010, den 10/2 2011 og den 25/8 2011.

Nævnet udtaler:

Klageren har tegnet Letsikring ved død i selskabet. Forsikringen er tegnet med en dækning på 1.130.000 kr. ved hendes ægtefælles død inden det fyldte 67. år. I forbindelse med tegningen af forsikringen udfyldte ægtefællen den 10/12 2012 en helbredserklæring. Af helbredserklæringen

fremgår det, at han svarede "nej" til spørgsmålet, "Har du inden for de sidste 10 år været syg af, haft symptomer på eller modtaget behandling for nogen fysisk eller psykisk lidelse udover almindelig influenza, forkølelse og lignende?", og at han svarede "ja" til spørgsmålet, "Tager du regelmæssigt receptpligtig medicin?". Han svarede herefter "nej" til spørgsmålene, "Har du inden for de sidste 10 år haft problemer med maven, tarme, blære eller indre organer, fx. nyrerne?", "har du inden for de sidste 10 år haft problemer relateret til dine led, muskler, sener eller rygsøjle?", "Har du inden for de sidste 10 år modtaget behandling eller taget medicin af andre årsager, fx. på grund af forhøjet blodtryk, diabetes, allergi eller anden årsag?", samt "Har du inden for de sidste 10 år modtaget andre medicinske eller kirurgiske råd, udover dem du allerede har besvaret?".

Klageren har ansøgt om udbetaling af dødsfaldsummen i anledning af, at hendes ægtefælle afgik ved døden den 1/4 2017, som følge af en infektion, som var en bivirkning til kemoterapi for lymfekræft.

Selskabet har den 18/9 2017 opsagt klagerens Letsikring ved død med tilbagevirkende kraft og har afvist at udbetale dødsfaldssummen. Selskabet har henvist til, at afdøde i helbredserklæringen af 10/12 2012 har afgivet urigtige oplysninger, og at det ikke ville have tegnet forsikringen, såfremt korrekte oplysninger var givet.

Klagerens advokat har anført, at selskabet ikke har bevist, at det ikke ville have tegnet forsikringen. Advokaten har endvidere anført, at forholdet falder ind under forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, og at forsikringen kunne være blevet tegnet på ændrede vilkår, eftersom ægtefællen ikke døde af sin hjertelidelse, men af kræft, samt at klagerens ægtefælle har handlet i god tro.

Efter en gennemgang af sagen, herunder de lægelige oplysninger, finder nævnet, at klagerens ægtefælle i forbindelse med tegningen af forsikringen har afgivet urigtige oplysninger, og at dette må tilregnes ham som mindst uagtsomt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens ægtefælle i helbredserklæringen af 10/12 2012 har undladt at oplyse om, at han den 12/12 2002 fik indsat en kunstige hjerteklap, hvilket medførte livsvarig medicinsk behandling med blodfortyndende medicin (Marevan), at han den 30/11 2007 fik indsat en ICD-pacemaker på grund af nedsat EF (45 %), non sustained VT og inducerbar VF, samt at han var i behandling med beta-blokker (Selo-Zok) for hjerterytmeforstyrrelse, hvor doseringen løbende blev forøget. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at det af journalnotat af 23/8 2006 fremgår, at klagerens ægtefælle jævnligt havde haft tilfælde med hjertebanken og sortnen for øjnene, at han havde haft dette gennem en meget lang periode, og enkelte gange havde det været så slemt, at han måtte køre sin bil ind til siden, hvorefter det blev aftalt, at han ikke måtte køre bil, før han havde været vurderet af cardiologerne. Nævnet har derudover lagt vægt på, at klagerens ægtefælle gik til kontrol af ICD-pacemakeren på kardiologisk afdeling, hvilket han var den 9/12 2009, den 5/8 2010, den 10/2 2011 og den 25/8 2011 samt på kardiologisk ambulatorium den 3/3 2010.

Oplysningerne om klagerens hjertesygdom har efter nævnets opfattelse været væsentlige i forhold til selskabets risikovurdering af klageren, og nævnet finder – under henvisning til oplysningerne om afdødes alvorlige helbredsproblemer - 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 ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft, og på denne baggrund har afvist at udbetale dødsfaldssummen. Nævnet finder endvidere, at der ikke foreligger sådanne særlige omstændigheder, der kan føre til, at forholdet kan henføres til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3.

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

18. 91972

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen

formand