

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 27. maj 2020 blev i sag nr. 94219:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Velliv, Pension og Livsforsikring A/S
Lautrupvang 10
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har pensionsforsikring. I klageskema af 24/9 2019 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg har i mange år haft en forsikring nordea gruppeliv men på opfordring af min bankrådgiver lavet denne om til liv og pension i velliv. Jeg mødte op hos min bankrådgiver og vi gik ind via nem id udfyldte vi alle oplysninger og han sagde det ikke var så vigtigt da jeg jo gav en fuldmagt så de kunne tage læge oplysninger. Det gjorde jeg den 30/11 2017 så den 27/8 2018 bliver jeg syg og melder det til forsikringen ca 3 mdr efter. Så modtager jeg et brev den 18/7 2019 om at min forsikring er blevet nedlagt og jeg vil få mine indbetalte penge retur minus genkøbsgebyr og skat (altså penge som jeg har indbetalt i den tro at jeg var dækket hvis jeg skulle komme ud for noget. men jeg kan ikke forstå at jeg bliver opsagt fra forsikringen jeg har jo betalt til den i næsten 2 år jeg har også klaget over deres nedlæggelse af min forsikring den 29/8 2019 pga. nogle punkter i min helbredserklæring som ikke er blevet udfyldt korrekt her henholder de sig til at min forsikring er blevet slettet jeg har gået og betalt min forsikring og troet på at jeg var dækket i næsten 2 år først den dag jeg får brug for dem bliver min forsikring opsagt så kunne de jo have afvist mig som kunde allerede dengang de fik min fuldmagt jeg har i god tro lavet forsikringen i samarbejde med min bankrådgiver og han mente alt var som det skulle være. Det giver ikke nogen mening hvad så hvis jeg havde betalt i 5 eller 10 år bliver man smidt ud når man så har brug for dem de giver jo en falsk tryghed når man tror man er forsikret og betaler så er det godt nok for nemt for dem at smide gode trofaste kunder ud når man har brug for dem og er syg. De har jo trods alt haft 2 år til at tjekke min helbredserklæring via min fuldmagt det burde de jo have gjort dengang jeg tegnede den forsikring og ikke ventet på at man fik brug for den.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

AT de ikke opsiger min forsikring og de dækker min skade jeg indbetaler selvfølgelig det de har sendt retur i deres opgørelse."

Selskabet har den 22/11 2019 nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Tvist

Klager er utilfreds med, at Velliv (tidligere Nordea Liv & Pension) har afvist udbetaling fra forsikringen 'Dækning ved nedsat erhvervsevne', og at Velliv har annulleret forsikringen som følge af, at Klager på tegningstidspunktet har afgivet urigtige oplysninger.

Det er Klagers påstand, at Klagers bankrådgiver skulle have oplyst, at det ikke var så vigtigt, hvad klager oplyste på helbredserklæringen, da klager alligevel gav Velliv fuldmagt til indhentelse af helbredsoplysninger.

Vurdering

Velliv fastholder, at klager i forbindelse med tegningen af forsikringen i december 2017 afgav urigtige oplysninger, og at Velliv derfor var berettiget til at annullere forsikringen og tilbagebetale indbetalt præmie fratrasket gebyr og afgift, da Velliv i sommeren 2019, i forbindelse med selskabets behandling af Klagers ansøgning om udbetaling fra forsikringen 'Dækning ved nedsat erhvervsevne', blev opmærksom herpå. Velliv ville ikke have påtaget sig forsikringsrisikoen, hvis Klager havde afgivet korrekte oplysninger på helbredserklæringen i forbindelse med forsikringens tegning.

Hertil gør Velliv gældende, at der på helbredserklæringen udførligt stod angivet vigtigheden af, at Klager svarede korrekt og fyldestgørende, ligesom det også stod tydeligt beskrevet, at manglende eller ikke helt korrekte oplysninger i værste fald ville kunne medføre, at Klager stod uden forsikringsdækning, hvis skaden skete.

Velliv fastholder på denne baggrund også, at klager ikke er berettiget til præmiefritagelse og udbetaling fra 'Dækning ved nedsat erhvervsevne'.

Det er slutteligt Vellivs opfattelse, at det hverken er dokumenteret eller sandsynliggjort, at bankrådgiveren skulle have oplyst, at det var underordnet hvilke oplysninger Klager afgav på helbreds-erklæringen. Vi bemærker, at en sådan rådgivning i øvrigt ville være usædvanlig og ikke i overensstemmelse med den rådgivningsstandard, som Velliv kræver efterlevet, både af Vellivs egne rådgivere og af selskabs samarbejdspartnere.

Sagsforløb

På et kundemøde den 5. april 2017 i Klagers pengeinstitut (Vellivs samarbejdspartner, [bank]) blev Klagers behov for risikoforsikringer gennemgået. Tryghedsplanen vedlægges som bilag A.

Efter mødet med bankrådgiveren fik Klager tilsendt en mail:

...

Klager fik således efter mødet fremsendt begæring på en privattegnet 'Dækning ved nedsat erhvervsevne' pr. post. Med begæringen var vedlagt en svarkuvert til Velliv. I mail af 6. april 2017 gjorde bankrådgiveren Klager opmærksom på, at Klager også skulle udfylde oplysningerne i vedhæftet link.

Begæringen blev udfyldt og underskrevet stand modtaget af Velliv den 1. maj 2017 (bilag B). På begæringens side 2 fremgik, at 'Følgende helbredsblanketter skal udfyldes af [klageren]: 10-

punkts-erklæring, som findes på [hjemmeside]. Følg linket og udfyld erklæringen online. Afslut og send ved at underskrive med NemID'.

Den 12. juni 2017 modtog Velliv 'Kend din kunde' samt legitimation fra Klager.

Ved brev af 21. juni 2017 blev Klager rykket for fremsendelse af helbredsoplysninger (bilag C). Som følge af at Velliv ikke modtog helbredserklæringen, blev forsikringen 'Dækning ved nedsat erhvervsevne' ikke etableret.

Den 30. november 2017 blev der afholdt et nyt møde i banken. På mødet blev der talt om, at ovennævnte forsikring ikke var blevet tegnet. Det blev aftalt, at der skulle dannes et nyt tilbud. Begæring (bilag D) og helbredserklæringen (bilag E) blev underskrevet samme dag.

Helbredserklæringen var 'ren', dvs. Klager havde svaret nej til samtlige spørgsmål om Klager havde modtaget nogen form for behandling, ligesom Klager svarede nej på spørgsmålet, om hun havde været ved læge.

I brev af 22. december 2017 fik Klager oplyst, at Velliv havde modtaget helbredsoplysningerne, og at forsikringen var blevet oprettet på normale vilkår (bilag F). Som dokumentation for den indgåede aftale fik Klager efterfølgende tilsendt en pensionsoversigt, hvoraf fremgik at forsikringen var oprettet pr 1. december 2017 (bilag G).

I december 2018 indsendte Klager en ansøgning om udbetaling fra forsikringen 'Dækning ved Nedsat erhvervsevne'. Af ansøgningen fremgik, at klager havde været syg siden den 10. juni 2018 som følge af arbejdspress, stress og mobning på arbejdspladsen. Videre stod det beskrevet, at det var startet for ca. 8 år siden og Klagers krop som følge heraf, var begyndt at reagere herpå i starten af juni måned 2018. Klager var blevet opsagt pr. 30. juni 2019.

I forlængelse af anmeldelsen indhentede Velliv journaloplysninger fra Klagers egen læge.

Af journaloplysningerne fremgik, at Klager – blot mindre end et år forud for tegningen af forsikringen – havde været sygemeldt, som følge af en belastningsreaktion (bilag H). Velliv modtog også oplysninger fra jobcenteret (bilag I). Af journalen fra jobcenteret fremgik, at Klager var sygemeldt på fuldtid i perioden fra 9. december 2016 til 6. marts 2017, hvorefter hun startede arbejde på deltid frem til den 27. marts 2017, hvor hun overgik til fuldtidsarbejde.

Af attesten til sygedagpengeopfølgning udfærdiget af Klagers egen læge (side 25 og 26) fremgik af beskrivelse af diagnose /årsag til fravær følgende: 'Belastningsreaktion – muligvis begyndende depression – efter langt forløb hvor patienten i vidt omfang har passet nu afdøde ægtefælle. Udviser klassiske depressive symptomer, taber sig, sover dårligt, spiser sparsomt'.

Med henvisning til ovenstående fik klager i brev af 18. juli 2019 oplyst, at Velliv var blevet opmærksomme på, at i forbindelse med oprettelse af forsikringsdækningen havde Klager ikke afgivet korrekte helbredsoplysninger, og det var blevet vurderet, at havde Velliv haft oplysningerne på tegningstidspunktet, havde Klager fået afslag på oprettelse af forsikringsdækningen. Det fremgik videre af brevet, at Klagers ordning ville blive slettet med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet den 1. december 2017 (bilag J).

Klager fik efterfølgende tilbagebetalt indbetalt præmie (bilag K)

Velliv modtog en Klage via Vellivs hjemmeside den 18. august 2019. Af klagen fremgik, at Klager var blevet vejledt af bankens rådgiver om at tegne forsikringen, og at hun var i god tro om, at hun var forsikret, hvis der skulle ske hende noget (bilag L).

Den 29. august 2019 skrev vi til Klager en uddybende forklaring på, hvorfor vi fandt, at der var truffet en korrekt afgørelse. Klager blev også vejledt om muligheden for at klage til banken over bankrådgiverens rådgivning (bilag M). Banken har efterfølgende oplyst, at Klager ikke har haft kontaktet banken med henblik på at klage over fejlrådgivning.

Bankens rådgivning

Klager har i klagen til Ankenævnet anført, at Klagers bankrådgiver skulle have oplyst, at det ikke var så vigtigt, hvad klager oplyste på helbredserklæringen, da Velliv havde fuldmagt til indhentelse af helbredsoplysninger.

I forbindelse med Klagers indgivelse af klagen til Ankenævnet, har Velliv kontaktet banken med oplysningen om ovenstående. Banken har afvist Klagers påstand, da det er bankens klare opfattelse, at banken ved rådgivningen af Klager har opfyldt sin rådgivningsforpligtelse. Banken oplyser videre, at banken har fulgt den proces, som den almindeligvis anvender i forbindelse med rådgivning og formidling af Vellivs produkter.

Klager har ikke fremlagt dokumentation, som understøtter klagers påstand om, at bankrådgiveren skulle have oplyst, at det var underordnet, hvilke oplysninger Klager afgav på helbredserklæringen.

Afgivelse af Helbredsoplysninger

Det er forudsætning for tegningen af forsikringen, at den forsikringssøgende kan afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger. Grundet vigtigheden heraf, står det anført på erklæringens første side, at:

'Når du udfylder helbredserklæringen, er det vigtigt, at du:

- Besvarer alle spørgsmål omhyggeligt, uden at udelade noget – for eksempel forhold som rygglidelser, psykiske tilstande og brug af piller og alkohol – også selvom du tror, at det ikke har betydning for forsikringen.
- Oplyser om nuværende og tidligere sygdomme
- Oplyser om varigt eller midlertidigt forbrug af medicin
- Oplyser om alle undersøgelser og behandlinger hos læger, kiropraktor, fysioterapeuter eller lignende
- Oplyser om alle undersøgelser og behandlinger på sygehuse, ambulatorier, laboratorier eller lignende.

Du er selv ansvarlig for, at erklæringen er udfyldt korrekt. Vær opmærksom på, at manglende eller ikke helt korrekte oplysninger i værste fald kan medføre, at du står uden dækning hvis skaden sker. '

Klager har ved sin underskrift med NemID erklæret: 'Jeg har besvaret alle spørgsmål efter bedste overbevisning og har ikke fortiet eller undladt noget. Jeg er klar over at urigtige eller mangelfulde

oplysninger kan medføre, at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra Nordea Liv & Pension.'

I forbindelse med skadebehandling af Klagers ansøgning om udbetaling, blev det konstateret, at det fremgik af journalen fra jobcenteret, at Klager havde været sygemeldt i perioden fra 9. december 2016 til 27. marts 2017, og at lægen til jobcenteret videre havde angivet, at klager havde en belastningsreaktion, som vurderedes at være en muligvis begyndende depression, da hun udviste klassiske depressive symptomer, så som at hun tabte sig og sov dårligt. Da Klager havde afgivet en 'ren' helbredserklæring, blev det konstateret, at der var uoverensstemmelse mellem denne og oplysningerne i journalerne.

Det blev vurderet, at Klager havde svaret urigtigt i helbredserklæringen på nedenstående:

- I spørgsmål 2 i helbredserklæringen bliver der spurgt til, om Klager indenfor de sidste 10 år har været i kontakt med læge, psykolog eller psykiater på grund af psykiske tilstande fx depression, angst eller krisereaktion. Hertil svarer Klager nej.
- I spørgsmål 3 i helbredserklæringen bliver der spurgt til, om Klager har været undersøgt eller behandlet ved egen læge. Hertil svarer Klager nej.
- I spørgsmål 9a i helbredserklæringen bliver der spurgt til, om Klager har været uarbejdsdygtig i mere end to uger indenfor de sidste 10 år, hvortil Klager besvarer nej.
- I spørgsmål 9b i helbredserklæringen bliver der spurgt til, hvor mange sygedage Klager har haft indenfor den seneste 12 måneder. Klager svarer 0-5 dage.

Oplysningerne som fremgik af journalen fra egen læge samt jobcenteret ville have resulteret i et afslag, da de angivne oplysninger om en belastningsreaktion samt en sygemeldingsperiode på over 3 måneder, vurderes at udgøre en væsentlig risiko i forhold til forsikringsbegivenhedens indtrædelse, dvs. den nedsatte erhvervsevne. Denne vurdering sker i henhold til Vellivs antagelsesregler og oplysningerne i Videncenter for Helbred & Forsikrings Gul Bog. Korrekte oplysninger ville således have medført afslag på tegning af forsikringen.

Velliv finder, at der i det foreliggende er dokumentation for, at kunden har givet urigtige oplysninger ved udfyldelsen af helbredsskemaerne, som minimum uagtsomt. Der er med de fortiede forhold tale om oplysninger, som ville have ændret Vellivs vurdering af risikoen og dermed antagelsen til afslag i stedet. Der har helt konkret bestået en øget risiko for, at forsikringen kunne komme til udbetaling, og denne risiko ville Velliv ikke have påtaget sig, hvis denne risiko havde været kendt. Der er således grundlag for at annullere forsikringen og afvise dækning i henhold til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Det skal bemærkes, at de vedlagte journaloplysninger er indhentet i forlængelse af Klagers ansøgning om udbetaling fra forsikringen 'Dækning ved nedsat erhvervsevne', og at der ikke er indhentet yderligere oplysninger til brug for vurderingen af, om der er afgivet urigtige oplysninger på tegningstidspunktet. Det betyder, at de indhentede journaloplysninger fra egen læge kun vedrører tidsrummet efter den 1. januar 2017. Velliv har ikke indhentet yderligere oplysninger fra Klagers egen læge forud for den 1. januar 2017, da ovenstående oplysninger allerede i sig selv berettiger en annullation af forsikringen pga. den forhøjede risiko. Det samme gør sig gældende i for-

hold til oplysningen om, at Klager har været i behandling hos en psykolog. Vurderer Ankenævnet, at der er behov for supplerende oplysninger, vil Velliv med Klagers samtykke indhente disse.

Samtykkeerklæringen

I klagen til Ankenævnet har Klager oplyst, at Klager ikke kan forstå, at Velliv har slettet forsikringen på grund af nogle punkter i helbredserklæringen, som ikke er udfyldt korrekt. Det er Klagers opfattelse, at Velliv hele tiden har haft samtykke til indhentelse af oplysningerne.

Selskabernes indhentning og brug af helbredsoplysninger og lægernes videregivelse af disse er reguleret i flere forskellige love og bekendtgørelser. Formålet er blandt andet et beskyttelseshensyn. Der er således tale om et strengt reguleret område, hvor Selskaberne ikke blot kan indhente oplysninger efter forgodtbefindende.

Selskabernes samtykkeerklæringer, og hermed den af Klager udfyldt erklæring, er udarbejdet på baggrund af en aftale mellem Lægeforsikringen og Forsikring & Pension.

På samtykkeerklæringen fremgår, at Velliv er forpligtet til at præcisere over for den, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante. Det betyder, at Velliv kun kan indhente og anvende relevante helbredsoplysninger, der har betydning for forsikringsrisikoen. Velliv skal derfor spørge præcist og målrettet, når der indhentes helbredsoplysninger om en forsikringssøgende. Derfor foretager Velliv hver gang en vurdering af, hvilke oplysninger, der er relevante for behandlingen af sagen netop på baggrund af svarene i helbredserklæringen. Velliv må således ikke i forbindelse med behandling af en ansøgning om forsikring anmode om kopi af den 'fulde journal', men skal altid konkret angive, hvilke helbredsoplysninger, der er relevante. Er der intet angivet på helbredserklæringen, betyder det selv sagt også, at der ikke er nogen anledning til, at Velliv indhenter yderligere oplysninger vedrørende den forsikringssøgendes helbred.

Hertil skal det bemærkes, at hver gang Velliv sender en anmodning om videregivelse af helbredsoplysninger, så er Velliv forpligtet til at orientere den forsikringssøgende skriftligt herom (se samtykkeerklæringen side 7 nederst).

Helbredserklæringen er således med til at sikre, at alle nødvendige oplysninger indhentes, så den forsikringssøgendes helbredstilstand bliver tilstrækkeligt belyst.

Da Klager ved indtegningen havde afgivet en 'ren' helbredserklæring, havde Velliv i henhold til reglerne omkring indhentelse af helbredsoplysninger ikke lovgivningsmæssig ret eller anledning til at indhente yderligere om Klager.

Dødsdækning

Klager skriver i meddelelse af 3. oktober 2019 til Ankenævnet, at Klager undrer sig over at Velliv fortsat opkræver penge på en opsagt forsikring, og at der atter må være tale om en fejl fra Vellivs side.

Klager har igennem banken tilbage i 1998 (mod afgivelse af tilfredsstillende helbredsoplysninger) oprettet en dødsdækning. Klager har i 2018 ændret indbetaling fra at ske via en pensionskonto i banken til at indbetaling sker via en almindelig konto til Velliv (bilag N). Opkrævningen vedrører således Klagers dødsdækning. Klager har efterfølgende fået besked om (i brev af 25. oktober

2019), at der på dødsdækningen er bevilliget ret til præmiefritagelse fra tidspunktet for lønophør, dvs. den 1. juli 2019.

Lønsikring

I en meddelelse dateret den 28. oktober 2019 til Ankenævnet oplyser Klager, at hun afventer, at Velliv henvender sig om hendes lønsikring. Lønsikring er ikke et produkt, som Velliv udbyder. Forsikringen er således ikke oprettet i Velliv, hvorfor vi ikke kan vende tilbage på behandlingen heraf.

Konklusion

Velliv fastholder, at Klager i forbindelse med tegningen af forsikringen 'Dækning ved nedsat erhvervsevne' i december 2017 har afgivet urigtige oplysninger, og at Velliv ikke ville have antaget forsikringen, hvis de korrekte helbredsforhold havde været oplyst på helbredserklæringen.

Velliv gør videre gældende, at Klager forud for afgivelse af helbredsoplysningerne var udførligt orienteret om vigtigheden af, at hun svarede korrekt og fyldestgørende på helbredserklæringen, da manglende og urigtige oplysninger ville kunne medføre, at forsikringen bortfaldt, som det nu er tilfældet.

Klagers påstand om at bankrådgiveren skulle have oplyst, at det var underordnet, hvilke oplysninger hun afgav i helbredserklæringen, er udokumenteret af Klager, og banken har ikke dokumentation herfor og kan ikke genkende, at det skulle være sket. Noget sådant vil desuden være usædvanligt og ikke i overensstemmelse med den rådgivningsstandard, som Velliv kræver efterlevet, både af Vellivs egne rådgivere og af selskabs samarbejdspartnere.

Det skal for god ordens skyld bemærkes, at vi ikke har vurderet, om Klager i øvrigt opfylder betingelserne for udbetaling fra forsikringen 'Dækning ved nedsat erhvervsevne', allerede fordi Velliv har set sig berettiget til at slettet forsikringen med tilbagevirkende kraft."

Klageren har den 4/12 2019 bl.a. anført:

"Jeg kan oplyse at jeg havde min nabo ... med til alle møder jeg går til i banken bla. Også dem med [bankrådgiver] og denne kan bevidne at [bankrådgiver] tog kontakt til mig vedr. opgradering af min forsikring dersom min forsikring ikke var blevet opgraderet siden 1998. Det var jeg da naturligvis glad for, og sagde ja tak til forsikringen om men også at jeg skulle bruge hjælp til at udfylde alle papirer dette lovede [bankrådgiver] mig at gøre når de var klar det var også [bankrådgiver] der oplyste os om at der lå en fuldmagt således at velliv kunne hente information selv. Så både min nabo og jeg var slet ikke i tvivl om at [bankrådgiver] havde styr på alt vi var i god tro. Jeg vidste ikke at velliv havde en forsikring der dækkede erhvervsevnetab det var først da [bankrådgiver] præsenterede denne for mig og var meget opsat på at jeg skulle tegne sådan en. Den mail som [bankrådgiver] har sendt som fremgår af jeres papirer gjorde at vi min nabo og jeg tog op i banken og fik hjælp af [bankrådgiver] til at udfylde dem og de blev sendt derfra via min nem id. Det var ikke et skriftligt aftalt møde men aftalt pr tlf. Banken prøver at vaske hænder ved at påstå at det er ikke kutyme i vores samarbejde med Velliv. men i følge [bankrådgiver] var det blot en opgradering af min gamle forsikring fra 1998. og helbreds att. ikke havde den store betydning i den sammenhæng og jo havde en fuldmagt liggende i velliv. Det er vel også en helt normal reaktion at når ens ægtefælle gennem ... år dør at man bliver ked af det som jeg blev det jeg var nødt til at rejse til [land] og begrave [ægtefælle] der ... Jeg bad min arbejdsgiver om fri til dette men han ville ikke give mig fri men foreslog i stedet at jeg skulle sygemelde mig. Det fremgår ikke et eneste sted at der

er blevet talt med [bankrådgiver] som vi var til møde med i banken jeg går da ud fra at når han henvender sig til mig med forsikring så repræsenterer han jo Velliv. Og jeg er i den tro at han som samtidig er min rådgiver har jeg jo fuld tiltro til ham og jeg havde dækning for nedsat erhvervsevne. Det er korrekt at Velliv har sendt penge til mig men disse har jeg stadig og kan sende dem retur til dem de trækker jo stadig fra min konto forsikringspræmien som de siger de har opsagt jeg får også medlems mails osv osv, jeg er ærligtalt noget forvirret over den måde de behandler deres kunder på. Jeg var fuldstændig sikker på at vi har gjort alt hvad der skulle gøres for at netop at gøre det rigtigt og at [bankrådgiver] som jeg havde fuld tillid til også gjorde det rigtige. Min nabo ... må i meget gerne kontakte hvis i vil have en bekræftelse på at dette er gjort på den måde som jeg har beskrevet evt på hans mail ... eller på tlf Jeg er blevet sygemeldt i august 2018 og fik min opsigelse den 31/6 2018 er fortsat sygemeldt da det er en arbejdsskade. Jeg troede virkelig på systemet og på at jeg havde en forsikring dette viser sig blot at når man får brug for det så bliver man smidt ud og alle vasker hænder. Jeg har været forsikret siden 1998 og skulle blot have en opgradering. Vi min nabo og jeg er virkelig overbevist om jeg havde den forsikring i orden som [bankrådgiver] sagde jeg var og dersom jeg intet hørte fra velliv i flere år og jeg bare betalte min forsikring så er man vel dækket."

Selskabet har den 20/12 2019 bl.a. anført:

"[Bank] kan ikke finde oplysninger i systemer eller databaser, der skulle understøtte Klagers påstand. Som det fremgår af [banks] systemer, har rådgiveren rådgivet kunden, sendt aftaledokumenterne til kunden og bedt kunden underskrive disse i overensstemmelse med [banks] almindelige procedurer.

Det fremgår klart og tydeligt af helbredserklæringen (Bilag E), at Klager selv var ansvarlig for, at erklæringen blev udfyldt korrekt, og at hun skulle være opmærksom på, at manglende eller ikke helt korrekte oplysninger i værste fald ville kunne medføre, at hun stod uden dækning hvis skaden skete.

Klager har også ved sin underskrift med NemID erklæret: 'Jeg har besvaret alle spørgsmål efter bedste overbevisning og har ikke fortiet eller undladt noget. Jeg er klar over at urigtige eller mangelfulde oplysninger kan medføre, at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra Nordea Liv & Pension'. Velliv fastholder derfor, at Klager i forbindelse med tegningen af forsikringen 'Dækning ved nedsat erhvervsevne' i december 2017 har afgivet urigtige oplysninger, og at Velliv har været berettiget til at slette forsikringen med tilbagevirkende kraft."

Til dette har klageren den 6/1 2020 og den 20/1 2020 bl.a. er anført:

"Rådgiver var med til at udfylde mine papirer jeg var i god tro at min rådgiver og jeg gjorde det rigtige med udfyldelsen af papirerne jeg er også uforstående over de ikke er kommet med noget fra den pågældende rådgiver og at de henholder sig til at der ikke står noget i deres data hvor skulle jeg vide det fra. Jeg fastholder at jeg er dækket. Og det er min overbevisning kun skullet opgrader en eksisterende forsikring som jeg har haft i mange år i velliv/Nordea liv og pension der er ikke mere fra min side i denne sag.

...

Ankenævnet for Forsikring

9.

94219

Det er muligt at deres system ikke har registreret mine møder med rådgiver men det er sådan at jeg rent faktisk har et vidne som var med til samtlige møder og kan således bekræfte alt hvad jeg har skrevet. I er mere end velkommen til at tage kontakt til denne."

Hertil har selskabet den 21/1 2020 bl.a. anført:

"Bankens rådgiver er ikke længere ansat i [bank], hvorfor Velliv ikke har haft mulighed for at kontakte den relevante rådgiver. Vi har noteret os, at Klager oplyser, at hun har haft sin nabo med på rådgivningsmødet og at naboen underbygger Klagers påstand. Som tidligere anført, har [bank] imidlertid ikke fundet oplysninger som understøtter Klagers påstand. Dertil er det fortsat vores opfattelse, at Klager var oplyst om vigtigheden af, at der skal afgives korrekte helbredsoplysninger på tegningstidspunktet.

Velliv fastholder derfor, at klager har fortiet oplysninger, som har betydning for Vellivs vurdering af forsikringsrisikoen ved forsikringens tegning. Da Velliv ikke ville have antaget forsikringen, hvis de rigtige oplysninger var blevet afgivet ved aftalens indgåelse, er forsikringsdækningen blevet slettet med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet jf. FAL § 6, stk. 1."

Af helbredserklæring af 30/11 2017 fremgår bl.a.:

2	Har du inden for de sidste 10 år haft eller været i kontakt med læge, psykiater, psykolog eller anden behandler for psykiske tilstande, for eksempel for depression, angst, nervøsitet, stress, krisereaktion, forgiftningstilfælde?	☒ Nej ☐ Ja
3	Har du - ud over det allerede oplyste - inden for de sidste 10 år været undersøgt eller behandlet (inklusive receptfornyelser og e-konsultation) hos læge, speciallæge eller anden behandler? NB: Oplys kun om egne kontakter - ikke børns eller andres sygdom. • Almindelige forkølelsetilfælde/influenza, hals- eller bihulebetændelse, børnesygdomme, tandinfektion og andre ikke tilbagevendende infektioner, skal du kun oplyse om - hvis de fortsat giver gener. • Helet brud på fingre, tæer, arme eller ben, skal du kun oplyse om - hvis der er mén eller følger. • Køre-kortsundersøgelser, folkeundersøgelser og vaccinationer skal du kun oplyse om - hvis de har givet anledning til yderligere udredning.	☒ Nej ☐ Ja
9a	Har du - ud over det allerede oplyste - inden for de sidste 10 år været syg eller uarbejdsdygtig i en sammenhængende periode på to uger eller mere?	☒ Nej ☐ Ja
9b	Hvor mange sygedage har du haft indenfor de sidste 12 måneder? Antal arbejdsdage	☒ 0-5 ☐ 6-10 ☐ 11 eller derover

Ankenævnet for Forsikring

10.

94219

Af klagerens lægejournal fremgår bl.a.:

"04/01/17

Akut belastningsreaktion.

Ægtefælle død [december 2016] ... Sover ikke - græder. Nu TRÆT - ingen energi, taber sig. Svimmel. Ovenstående dog foreneligt med sorg - og træthed efter syg ægtefælle i 2 år.

...

19/01/17

Akut belastningsreaktion

Fortsat grådlabil. labil. Kan ikke starte job endnu. Græder ved det mindste. Arbejder [arbejdsplads]. Skal til samtale med arbejdsgiver i morgen. Udfylder attest til forlængelse af sygedagpenge - elektronisk afsendelse. Yderligere 1 mdr's sygemelding - og herefter rolig opstart over et par mdr.

...

06/02/18 15:10

Snak om job. Ulykkelig. Vil videre - må søge. Grådlabil. Evt 1-2 ugers sygemelding men ikke mere.

...

15/06/18

Akut belastningsreaktion

Græder og græder ... Job problemer - har snakket med chefen -

...

10/07/18

Depression

Opfølgning opstart Mirtazapin til natten.

Har været i ... og besøge [ægtefælles] gravsted.

Har det lidt bedre. Forsøger at sige fra

...

27/08/18

Job problem - brudt sammen. Mobning, stress Fagforening skal kobles på. For et år siden trivsel us på arbejdspladsen. Intet gjort ... Vi aftaler 1-2 ugers sygemelding.

...

13/09/18

Depression

Er fortsat sygemeldt. 14 dg ca nu. Magter ikke at komme tilbage til job. Græder og græder. Kan intet overskue ... Har heldigvis fået kontakt til fagforening - og de mener, at der kan køres en sag om bl.a. mobning. Pt går til psykoterapeut, som mener, at pt bare skal have ro en periode. Pt selv ønsker langtidssygemelding så hun til sidst ender med at blive fyret. Skal til sygesamtale i kommende uge

I mine øjne er det uholdbart. Pt tåler tydeligvis ikke sit nuværende job - og kommer næppe til det nogen sinde. Bliver nødt til at tage ansvar og forsøge selv at tage styring. Kan være sygemeldt de kommende uger - men bliver nødt til at erkende, at hun jobmæssigt må videre. Anbef. at søge nyt job - også selvom der kører fagforeningssag - der let kan tage mange mdr.

...

24/09/18

Akut belastningsreaktion

Opfølgning stress/depression

Anmelder i dag i fællesskab arb betinget lidelse"

Ankenævnet for Forsikring

11.

94219

Af klagerens kommunale akter fremgår bl.a.:

"12-01-2017

Du har oplyst, at

- du er sygemeldt fra den
- sygefraværet forventes at vare mere end 8 uger.

Du vil derfor inden udgangen af din 8. sygefraværsuge blive indkaldt til en samtale i jobcenteret, hvor vi skal drøfte dine muligheder for at vende hurtigt tilbage til arbejdsmarkedet.

...

19-01-2017

Attest til sygedagpengeopfølgning

1. Diagnose/årsag til sygefravær

Belastningsreaktion - muligvis begyndende depression - efter langt forløb hvor pt. i vidt omfang har passet nu afdød ægtefælle. Udviser klassiske depressive symptomer, taber sig, sover dårligt, spiser sparsomt.

...

3. Vurdering af behov for skånehensyn, der kan fremme genoptagelse/påbegyndelse af arbejde

Langsom opstart - Det foreslås, at pt. opstarter i [afdeling] – og ikke i [afdeling]. Umiddelbart 3 dage fordelt på ugen - og således primært eftermiddag. Omtrent 12 - 15 timer ugentligt.

...

09-03-2017

Følgende aftale er indgået med [klageren]:

Beskæftigelsesmål:

Fuld raskmelding til nuværende arbejde.

Beskæftigelsesindsats:

[Klageren] starter delvist på arbejde 06.03.2017, og anden indsats vurderes ikke relevant. Hun går endvidere til psykolog.

...

Helbred:

[Klageren] har været sygemeldt siden 09.12.2016 grundet depression efter hendes [ægtefælles] død.

...

05-10-2018

Attest til sygedagpengeopfølgning

1. Diagnose/årsag til sygefravær

Belastningsreaktion/ depression

2. Vurdering af sygefravær

Igennem mange år mobning på arbejdspladsen. Er anmeldt som erhv. betinget sygdom. Har udviklet depressive symptomer og er i medicinsk behandling."

Ankenævnet for Forsikring

12.

94219

Nævnet udtaler:

Klageren har tegnet forsikring ved tab af erhvervsevne og anmeldte i december 2018, at hendes erhvervsevne var nedsat. Klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist at udbetale ydelser ved tab af erhvervsevne og har opsagt forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

Selskabet har til støtte for at ophæve forsikringen med virkning fra ikrafttrædelsestidspunktet anført, at klageren gav urigtige risikooplysninger ved tegningen, jf. forsikringsaftalelovens § 6, og at selskabet, såfremt det havde fået korrekte oplysninger, ikke ville have tegnet forsikringen. Selskabet har anført, at klageren har undladt at oplyse, at hun inden for de sidste 10 år har været i kontakt med læge og psykolog på grund af depression, at hun har været undersøgt og behandlet af egen læge, at hun har været uarbejdsdygtig i mere end to uger inden for de sidste 10 år, og at hun oplyste, at hun inden for de seneste 12 måneder havde haft 0-5 sygedage. Selskabet har videre anført, at dette ikke stemmer overens med klagerens lægejournal og kommunale akter, hvor det blandt andet fremgår, at hun i 2017 var sygemeldt i 3 måneder på grund af en depression.

Klageren har anført, at hun i forbindelse med tegningen af forsikringen fik oplyst af en bankrådgiver, at det ikke var vigtigt, hvordan hun udfyldte helbredserklæringen, da selskabet ville få fuldmagt til at indhente hendes helbredsoplysninger.

Af helbredserklæring af 30/11 2017 fremgår det: "2. Har du inden for de sidste 10 år haft eller været i kontakt med læge, psykiater, psykolog eller anden behandler for psykiske tilstande, for eksempel for depression, angst, nervøsitet, stress, krisereaktion, forgiftningstilfælde? Nej. ... 3. Har du - ud over det allerede oplyste - inden for de sidste 10 år været undersøgt eller behandlet (inklusive receptfornyelser og e-konsultation) hos læge, speciallæge eller anden behandler? Nej. ... 9a. Har du - ud over det allerede oplyste - inden for de sidste 10 år været syg eller uarbejdsdygtig i en sammenhængende periode på to uger eller mere? Nej. ... 9b. Hvor mange sygedage har du haft indenfor de sidste 12 måneder? 0-5 arbejdsdage".

Ankenævnet for Forsikring

13.

94219

Af klagerens lægejournal fremgår det: "19/01/17 Akut belastningsreaktion. Fortsat grådlabil. Kan ikke starte job endnu. Græder ved det mindste. Arbejder [arbejdsplads]. Skal til samtale med arbejdsgiver i morgen. Udfylder attest til forlængelse af sygedagpenge Yderligere 1 mdrs sygemelding - og herefter rolig opstart over et par mdr. ... 06/02/18 15:10 Snak om job. Ulykkelig. Vil videre - må søge. Grådlabil. Evt 1-2 ugers sygemelding men ikke mere. ... 13/09/18 Depression. Er fortsat sygemeldt. 14 dg ca nu. Magter ikke at komme tilbage til job. Græder og græder. Kan intet overskue ... Har heldigvis fået kontakt til fagforening - og de mener, at der kan køres en sag om bl.a. mobning. Pt går til psykoterapeut, som mener, at pt bare skal have ro en periode. Pt selv ønsker langtidssygemelding så hun til sidst ender med at blive fyret".

Af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, jf. § 5, følger det, at hvis forsikringstageren ved forsikringens tegning har givet urigtig oplysning, som forsikringstageren vidste eller burde vide var urigtig, er selskabet fri for ansvar, hvis selskabet kan antages ikke at ville have overtaget forsikringen, om det rette forhold havde været oplyst.

Efter en gennemgang af sagen, herunder de lægelige oplysninger, finder nævnet, at selskabet har godtgjort, at klageren i forbindelse med tegningen af forsikringen har undladt at oplyse om, at hun har været i behandling for depression og belastningsreaktion, og om, at hun tidligere samme år havde været sygemeldt i 3 måneder. Klageren har derfor afgivet objektivt urigtige oplysninger ved forsikringsaftalens indgåelse, og det er nævnet opfattelse, at dette må tilregnes hende som i det mindste uagtsomt. Nævnet finder samtidig, at klageren ikke har dokumenteret, at hun i forbindelse med tegningen af forsikringen fik oplyst, at det ikke var vigtigt, at hun udfyldte helbredserklæringen korrekt.

Nævnet finder det godtgjort af selskabet, at det ville have givet afslag på tegning af forsikringen, såfremt korrekte oplysninger havde foreligget, og selskabet på dette grundlag havde foretaget en helbreds vurdering af klageren.

Ankenævnet *for* Forsikring

14.

94219

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har ophævet forsikringen med virkning fra ikrafttrædelsestidspunktet i november 2016 og afvist at udbetale dækning ved tab af erhvervsevne i forbindelse med den anmeldte skade.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings