

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 10. juni 2020 blev i sag nr. 94548:

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 3/12 2019 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Min [pårørende] døde i ... 2018. Et år senere (omkring marts 2019) var jeg ved læge, som havde kendt min [pårørende] personligt. Ganske kort faldt snakken på om jeg havde brug for en unbiased/second opinion omkring min [pårørendes] død. Jeg kendte ikke min [pårørende] og tænkte det måske var en god ide. Jeg får en henvisning i tilfælde af jeg vælger en psykolog. I april måned beslutter jeg mig for at starte til psykolog og beslutter mig i samme omgang for at melde mig ind i Danmark.

09.04.19 melder jeg mig ind.

10.04.19 om formiddagen bliver min police godkendt. Jeg betaler og tænker alt er ok.

10.04.19 omkring middag ringer jeg til 'psykologen' der er hvor jeg bor. Jeg får en tid samme dag.

15.11.19 begynder Danmark at stille uddybende spørgsmål til hvornår jeg meldte mig ind, samt hvad jeg fejler.

18.11.19 jeg forklarer at jeg ikke fejler noget samt hvornår jeg er begyndt behandling.

25.11.19 udmelder Danmark mig.

25.11.19 jeg klager over afgørelsen

28.11.19 de afviser min klage

03.12.19 jeg forsøger at anke afvisningen hos jer

Begrundelsen til udmeldingen står i de to vedhæftede PDF'er. Ganske kort er argumentet:

'er det således et krav, at man skal være fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke lide af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af nogen legemssvaghed. Man skal med andre ord være

helt rask i optagelsesøjeblikket og ikke have en generelt højere risiko for at få brug for behandlinger.'

Jeg ER fuldstændigt rask. Jeg fejler intet. Jeg har ingen diagnose, ingen symptomer.

Jeg tager ingen medicin, jeg har ikke nedsat arbejdsevne og arbejder stadig 37.5 timer i ugen.

Min [pårørende] døde som nævnt tidligere 1½ år inden jeg startede behandlingen og grundet en lidt specielt familiesammensætning havde jeg brug for at snakke med en voksen.

...

Min [pårørendes] død var blot en ubejlighed jeg helst havde været fri for at deltage i. Jeg kendte ikke [pårørende] og har ikke hverken grædt, eller været trist.

Jeg har altså på intet tidspunkt haft akut brug for en psykolog behandling.

Jeg har ikke haft behov for psykolog behandling tidligere og jeg får nok heller ikke brug for en psykolog næste gang min [pårørende] dør. Det har været en engangsforestilling og jeg har ikke planer om at starte et nyt psykologforløb op. Konsultationen ved psykologen har altså INTET med min sundhed at gøre.

Er jeg træt af at psykologen havde tid samme dag? Ja. De havde ikke smidt mig ud hvis jeg havde boet i en by hvor psykologer havde en måneds ventetid.

Er jeg træt af at psykologen var super ringe og derfor ingen ventetid havde? Ja.

Havde jeg et reelt behov for psykolog? Nej, men jeg havde ikke andre at henvende mig til. Psykologen kunne i det mindste betales fra at lytte.

Havde jeg startet ved psykolog hvis uden indmeldelse til Danmark? Nej, sikkert ikke.

Jeg havde jo ikke et reelt behov, men tænkte at jeg gerne ville betale lidt for at vende situationen.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg føler mig snydt og svigtet og har på nuværende tidspunkt egentligt ikke tiltro til Danmark eller synderligt meget lyst til at være medlem. Jeg stoler ikke på sundhedssikringer fordi jeg forventer de forsøger at snyde sig uden om – hvilket de så også har gjort her.

Jeg føler at det er en studentermedhjælper som har taget kontakt til mig og at begrundelsen om udmeldingen er ubegrundet.

Jeg ved endnu ikke hvor meget jeg skal betale tilbage til Danmark. Jeg vil skyde på ca. 500 kroner. Derfor er dette også primært en principalsag.

Jeg betaler gerne 200 kroner for at klage, ligesom jeg gerne betaler 400,- kroner til en psykolog i tilfælde af at jeg havde haft et behov.

Jeg føler som sagt at jeg var / er 100% rask ved indmeldelsen af Danmark og det derfor er ubegrundet at de smed mig ud.

Helt konkret ønsker jeg at forblive medlem af Danmark.

Jeg ønsker de skal annullere min udmeldelse.

Jeg ønsker at den økonomiske situation vedr. mit medlemskab og de penge jeg har fået udbetalt af Danmark, fortsætter som hvis jeg aldrig havde været udmeldt.

Jeg føler ikke at de skal slippe afsted med at forsøge at smide folk ud, uden – hvad jeg føler – er en reel begrundelse."

Selskabet har i brev af 20/1 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klagen drejer sig om, at Klagers forsikring i 'danmark' er blevet annulleret, fordi Klager har afgivet urigtige helbredsoplysninger ved tegning af forsikring.
'danmark' fastholder afgørelsen, og jeg skal nedenfor give vores bemærkninger til klagen.

Sagsfremstilling

Den 9. april 2019 melder Klager sig ind i 'danmark' (Bilag 1).
Den 9. april 2019 modtog Klager første psykologbehandling (Bilag 2).
Den 3. maj 2019 modtog vi en elektronisk indberetning fra Klagers psykolog (Bilag 3).
Den 1. november 2019 anmodede vi Klager om helbredsoplysninger (Bilag 4, side 2)
Den 12. november 2019 modtog vi helbredsoplysninger fra Klager (Bilag 4, side 2).
Den 13. november 2019 anmodede vi Klager om supplerende oplysninger vedrørende psykologbehandling (Bilag 5).
Den 25. november 2019 modtog vi supplerende oplysninger fra Klager vedrørende psykologbehandling (Bilag 4, side 3).
Den 25. november 2019 sendte vi Klager et elektronisk annulleringsbrev (Bilag 6).
Den 25. november 2019 anlagde Klager klagesag hos 'danmark' (Bilag 7).
Den 28. november 2019 sendte vi Klager en opgørelse af det økonomiske mellemværende (Bilag 8).
Den 29. november 2019 svarede vi Klager, at vi fastholder afgørelsen (Bilag 9).

Begrundelse for afgørelse

Klager søgte første gang om optagelse i 'danmark's Gruppe 5 den 9. april 2019, hvor Klager havde udfyldt en helbredserklæring, som var blank (Bilag 1). Klager oplyste i erklæringen, at Klager opfyldte vores optagelseskrav uden bemærkninger og blev optaget på normale vilkår.
Sygeforsikringen 'danmark's optagelseskrav er, jf. vores Generelle forsikringsbetingelser § 1.3.1 (Bilag 10):

'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.'*

Man skal med andre ord være *helt rask i optagelsesøjeblikket og ikke have en generelt højere risiko for at få brug for behandlinger.*

Klager blev ved optagelse også bedt om at give andre relevante helbredsoplysninger, herunder om Klager stod over for udredning eller behandling for fysiske eller psykiske symptomer (Bilag 11). Klager bekræftede, at Klager var fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke led af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af nogen legemssvaghed (Bilag 1).

Den 3. maj 2019 modtog vi en elektronisk indberetning fra Klagers psykolog (Bilag 3), hvor det af indberetningen fremgik, at Klager havde opstartet første psykologbehandling den 9. april 2019

(Bilag 2). Ud fra psykologens indberetning opstartede Klager altså psykologbehandling samme dag som optagelsen. Vi anser det for en skærpende omstændighed, at Klager opstartede psykologbehandling allerede samme dag, som Klager meldte sig ind i 'danmark'. Klager har efterfølgende haft adskillige psykologbehandlinger, som af psykologen er blevet indberettet henholdsvis den. 3. maj 2019, 3. juni 2019, 7. oktober 2019 med flere (Bilag 3).

Den 1. november 2019 skrev vi til Klager på baggrund af ydede tilskud til psykologbehandlinger, og anmodede Klager om helbredsoplysninger, da Klager samme dag som optagelsen havde modtaget psykologbehandling (Bilag 4, side 2).

Den 12. november 2019 modtog vi oplysninger fra Klager (Bilag 4, side 2). Det fremgik af Klagers egne oplysninger, at Klager konsulterede sin læge i marts 2019, og blev i marts 2019 henvist til psykolog, hvorefter modtagelse af første psykologbehandling var den 20. september 2019. Efter vores anmodning den 13. november 2019 om supplerende oplysninger vedrørende psykologbehandlingen (Bilag 5) oplyste Klager i sit svar, at henvisningsårsagen til psykolog skyldtes dødsfald (Bilag 4, side 3). Det fremgår imidlertid af psykologens indberetning, at psykologbehandlingen foregik den 9. april 2019 (Bilag 2).

Det er vores vurdering, at Klager var henvist til psykolog forud for optagelsen, som krævede behandling, som fremgår både af Klagerens egne oplysninger og indberetningen fra psykologen.

Det er vores opfattelse, at Klager burde have oplyst os om henvisningen. Hvis vi havde været bekendt med denne oplysning, havde vi ikke optaget Klager som medlem på optagelsestidspunktet. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at det er underordnet, hvad årsagen til henvisningen er. Alene det forhold, at der har været en henvisning til psykolog, er tilstrækkeligt til, at Klager ikke opfylder vores helbredskrav, da 'danmark' giver tilskud til psykologbehandlinger. Klager vil dermed have en forøget risiko for fremadrettet at få tilskud til psykologbehandling, hvilket ikke vil være tilfældet for en rask person. Der er således tale om en diskrepans mellem risiko og kontingent.

Klager skriver i sin klage til Ankenævnet for Forsikring, at Klager er utilfreds med afgørelsen og oplyser, at Klager var fuldstændig rask på optagelsestidspunktet og dermed opfyldte vores optagelseskrav.

Klager burde have indset, at det var en relevant helbredsoplysning, at Klager var henvist til psykolog forud for optagelsen, og at Klager således ikke var fuldstændig rask på optagelsestidspunktet. Det er efter vores opfattelse en skærpende omstændighed, at Klager allerede samme dag som optagelsen kontaktede psykologen, modtog første psykologbehandling og i den forbindelse modtog tilskud fra 'danmark'. Klagers forsikring blev dermed annulleret den 25. november 2019 (Bilag 6) med tilbagevirkende kraft fra optagelsestidspunktet den 9. april 2019 på grund af fortiede helbredsoplysninger. Det fremgår af 'danmark's Generelle forsikringsbetingelser § 2.4, at hvis medlemmet ved forsikringens tegning afgiver urigtige helbredsoplysninger, som har betydning for 'danmark's stillingtagen til medlemskabet, kan forsikringen annulleres (Bilag 10).

Vi henviser i øvrigt til Ankenævnet for Forsikrings kendelse nr. 93.260, nr. 91.834 og nr. 82.843 om annullerede forsikringer med tilbagevirkende kraft på grund af urigtige helbredsoplysninger på optagelsestidspunktet.

Ankenævnet for Forsikring

5.

94548

Klager bemærker, at Klager ikke er bekendt med størrelsen af tilbagebetalingskravet, som vi sendte til Klager den 28. november (Bilag 8). Da Klager ikke har været berettiget til tilskud i medlemsperioden, har vi krævet tilbagebetaling af for meget udbetalt tilskud på i alt 353 kr. (Bilag 8).

Konklusion

Ud fra de foreliggende oplysninger fastholder vi annulleringen af forsikringen, da Klager ved tegning af forsikringen afgav urigtige helbredsoplysninger, idet Klager var henvist til psykolog forud for optagelsen og dermed ikke fuldstændig rask på optagelsestidspunktet. Vi anser det for en skærpende omstændighed, at Klager opstartede psykologbehandling allerede samme dag, som Klager meldte sig ind i 'danmark'.

'danmark' ville ikke have antaget forsikringen, hvis de korrekte oplysninger forelå på optagelsestidspunktet, og vi har derfor annulleret forsikringen fra optagelsestidspunktet, jf. vores Generelle forsikringsbetingelser § 2.4, Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1., og Ankenævnet for Forsikringskendelser nr. 93.260, nr. 91.834 og nr. 82.843.

På baggrund af ovenstående fastholder vi annulleringen af forsikringen fra optagelsestidspunktet og kravet om tilbagebetaling af tilskud på i alt 353 kr."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Af helbredserklæring i forbindelse med ansøgning om medlemskab fremgår bl.a.:

Helbredserklæring

Udfyld helbredserklæring

For at ansøge om medlemskab i Sygeforsikringen "danmark" skal du afgive en helbredserklæring.

- ♥ Du skal selv udfylde helbredserklæringen for dig og dine børn under 16 år og besvare alle spørgsmål omhyggeligt
- ♥ De helbredsoplysninger, du giver "danmark" skal være fyldestgørende og korrekte.
- ♥ Du må ikke fortie noget - heller ikke selvom du tror, at det er uden betydning for "danmark".

Hvis dine svar og oplysninger ikke er fuldt sandfærdige eller fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge Lov om forsikringsaftaler og Sygeforsikringen "danmark"s Generelle forsikringsbetingelser ophæves med det resultat, at forsikringen annulleres.

Medicin (tabletter, mikstur, salve, spray, injektioner, medicinske plastre mv.)?

Anvender/har du anvendt medicin inden for de seneste 12 måneder – eller forventer du at skulle anvende medicin?

Ja Nej
☐ ☐

Sygdom, legemssvaghed eller behandling?

Lider du af en sygdom, legemssvaghed eller er du henvist til, under behandling eller har modtaget behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre behandlere inden for de seneste 12 måneder?

Ja Nej
☐ ☐

Andre bemærkninger om helbredet?

Her skal du for eksempel oplyse, hvis du står overfor udredning eller behandling for fysiske eller psykiske symptomer eller fertilitetsbehandling.

320 tegn tilbage

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"1.3.1

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.

...

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."

Nævnet udtaler:

Klageren meldte sig ind i selskabet den 9/4 2019 og afgav "ren" helbredserklæring. Klageren svarede blandt andet nej til et spørgsmål, om han led af en sygdom, legemssvaghed, eller om han var henvist til, under behandling eller havde modtaget behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre behandlere inden for de seneste 12 måneder.

Den 3/5 2019 modtog selskabet indberetning fra klagerens psykolog, hvorefter det fremgik, at klageren den 9/4 2019 havde en konsultation hos psykologen. Klageren har i klageskemaet oplyst, at han fik en henvisning til psykolog af sin læge omkring marts 2019. Selskabet har i perioden fra den 3/6 2019 til den 18/11 2019 modtaget yderligere indberetninger om psykologbehandling.

Ankenævnet for Forsikring

7.

94548

Selskabet har den 1/11 og 13/11 2019 bedt klageren om supplerende oplysninger og har ved brev af 25/11 2019 annulleret forsikringen med henvisning til, at klageren har afgivet urigtige oplysninger om sin henvisning til psykolog. Selskabet har krævet tilbagebetaling af 353 kr. i for meget udbetalt tilskud efter fradrag for indbetalt kontingent.

Klagerens krav er, at selskabet skal anerkende, at han er berettiget til at være medlem, og at han ikke skal tilbagebetale tilskuddet. Han har anført, at han er fuldstændig rask, og at konsultationen ved psykolog var en engangsforestilling og intet har haft med hans sundhed at gøre.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet har godtgjort, at klageren 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 klageren har undladt at oplyse om, at han var henvist til psykolog og havde en tid hos psykologen samme dag, som forsikringen blev tegnet.

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 tilbagevendende sygdom eller af nogen legemssvaghed". Selskabet har oplyst, at det ikke ville have optaget klageren som medlem, hvis han havde givet korrekte helbredsoplysninger, idet han ville have forøget risiko for fremadrettet at skulle have tilskud til psykologbehandlinger, hvilket ikke ville være tilfældet for en rask person.

Nævnet finder ikke anledning til at betvivle selskabets oplysning om, at forsikringen ikke ville være antaget, såfremt korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegnings-tidspunktet. Nævnet kan herefter med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, ikke kritisere, at selskabet har annulleret forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

For så vidt angår selskabets tilbagebetalingskrav, følger det af almindelige forsikringsretlige principper, at et forsikringsselskab, der har udbetalt erstatning i et tilfælde, hvor det ikke har

Ankenævnet *for* Forsikring

8.

94548

været forpligtet til det, har mulighed for at kræve den udbetalte erstatning tilbagebetalt. Dette kan fraviges efter reglerne om *condictio indebiti*, hvis modtageren har været i god tro om sin berettigelse til beløbet.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har krævet tilbagebetaling.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen

Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels