

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 7. juni 2023 blev i sag nr. 98929:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Norli Liv og Pension A/S
Midtermolen 1
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har pensionsordning. I klage af 8/11 2022 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"PÅSTAND:

Norli Liv og Pension tilpligtes at anerkende [klageren] fuld dækning for nedsat erhvervsevne og ret til præmiefritagelse i henhold til forsikringsvilkårene indgået ved [klagerens] overgang til Norli Liv og Pension.

SAGSFREMSTILLING:

Nærværende sag omhandler [klagerens] mistede forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne samt præmiefritagelse, som følge af skiftet fra anden pensionsselskab til Norli Liv og Pension, og som konsekvens heraf hvorvidt [klageren] er berettiget til at fastholde fuld dækning som forsikringstager ved Norli Liv og Pension.

[Klageren] var oprindeligt dækket af pensionsordning med fuld dækning for tab af erhvervsevne samt præmiefritagelse ved andet pensionsselskab og blev i forlængelse af sin ansættelse kontak-
tet af Norli Liv og Pension med henblik på at skifte dertil.

Forinden skiftet havde [klageren] et personligt møde med pensionsrådgiver ... fra Norli Liv og Pension med fuld gennemgang af pensionsvilkår m.v. Under dette møde gjorde [klageren] klart opmærksom på samtlige relevante helbreds-mæssige forhold, og blev i den forbindelse meddelt, at der ikke skulle tages særlige hensyn i forbindelse med udfyldelse af helbredserklæringer m.v. [Klageren] udfyldte herefter helbredserklæring, hvilken fremlægges som sagens bilag 1.

Samtidig med udfyldelse af helbredserklæring gav [klageren] Norli Liv og Pension fuld adgang til alt lægeligt materiale og det stod Norli Liv og Pension frit for at indhente dette, hvilket de dog undlod på trods af [klagerens] samtykke hertil.

[Klageren] skiftede herefter til Norli Liv og Pension medio 2021. I juni 2022 fik [klageren] anledning til at anmelde skade til Norli Liv og Pension, hvorefter der blev udbetalt bl.a. erstatning for kritisk sygdom.

I samme forbindelse meddelte Norli Liv og Pension, at de var af den opfattelse, at [klageren] havde afgivet mangelfulde lægelige oplysninger ved tegning af pension og som følge heraf ikke ville tilbyde dækning af erhvervsevnetab og præmiefritagelse fra tegningstidspunktet og frem.

Afgørelse blev påklaget d. 30.08.2022 ved skrivelse fra [klagerens advokat], hvorefter Norli Liv og Pension d. 31.08.2022 fastholdt den begrænsede dækning. Korrespondancen fremlægges som sagens bilag 2.

De lægelige oplysninger Norli Liv og Pension lægger til grund for afvisningen, fremlægges som sagens bilag 3.

Idet Norli Liv og Pension fastholder at [klagerens] oplysninger ved tegning af pension ikke var tilstrækkelige og samtidig afviser at have ydet mangelfuld rådgivning, er nærværende klage desværre nødvendiggjort.

ANBRINGENDER:

Til støtte for den nedlagte påstand gøres følgende gældende.

Det gøres gældende, at [klageren] nøje har fulgt den modtagne vejledning fra Norli Liv og Pensions pensionsrådgiver i forbindelse med indgåelse af pensionsaftale og udfyldelse af helbredserklæring og dermed også hvilke lægelige oplysninger, der skulle meddeles ved tegning af pension.

Idet [klageren] specifikt har forelagt pensionsrådgiver de relevante forhold omkring tidligere sygdomsforløb, påhviler det Norli Liv og Pension, som den professionelle part, at yde tilstrækkelig rådgivning til [klageren]. Dette i endnu mere udtrykt grad, da et skifte fra [klagerens] tidligere pensionselskab, hvor han havde fuld dækning på erhvervsevnetab og præmiefritagelse, har medført en væsentlig ringere dækning for [klageren].

Det faktum, at pensionsskiftet de facto har medført en ringere dækning, understreger samtidig at [klageren] ikke har haft nogen motivation for at tilbageholde oplysninger ved pensionsskiftet, da han herved løb en væsentlig og utilsigtet risiko for at miste dækningen og i stedet blot kunne have fastholdt sin dagældende pension og fulde dækning. Såfremt [klageren] havde modtaget korrekt rådgivning fra Norli Liv og Pension, ville [klageren] under ingen omstændigheder accepteret et pensionsskifte.

Det gøres gældende, at [klageren] har givet meddelelse om relevante forhold efter vejledning fra Norli Liv og Pension, hvilket i overensstemmelse med U.1973.616Ø medfører, at de af [klageren] afgivne erklæringer, er afgivet i god tro, hvorfor Norli Liv og Pension er forpligtet til at yde dækning, som om der ikke forelå urigtige oplysninger, jf. Forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1.

Det påhviler Norli Liv og Pension, som den stærke kontraktspart samt position som rådgiver for [klageren], at varetage sin rådgivningsopgave ansvarligt og fyldestgørende. Allerede da Norli Liv og Pension ved sin pensionsrådgiver er blevet oplyst af [klageren] omkring tidligere lægelige forhold, har [klageren] i tillid til den efterfølgende vejledning ikke haft anledning til at betvivle rigtigheden af sine oplysninger.

Derudover har [klageren] samtidig givet fuldt samtykke til Norli Liv og Pensions indhentelse af samtlige lægelige oplysninger, uden at dette har givet Norli Liv og Pension anledning til at gøre indsigelser. [Klageren] har derfor haft en berettiget forventning om, at der ikke har været forhold, som gav anledning til forbehold eller andre begrænsede dækninger, for så vidt angår erhvervsevnetab og præmiefritagelse.

I det omfang Norli Liv og Pension havde ydet tilstrækkelig rådgivning, ville [klageren] under ingen omstændigheder have skiftet pensionselskab, men fastholdt den oprindelige pension med fuld dækning."

Selskabet har i brev af 25/11 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Påstand

Indklagede Norli Liv og Pension Livsforsikring A/S har været berettiget til at foretage ændringer i forsikringsforholdet, således at dækningerne fra tegningstidspunktet svarer til de korrekte helbredsmaessige oplysninger, da klager [klageren] ved forsikringsforholdets etablering har afgivet urigtige oplysninger.

Faktum

Klager er ansat hos [arbejdsgiver], der har en forsikrings- og pensionsaftale med indklagede.

I forbindelse med ansættelsen blev klager omfattet af den af arbejdsgiver med indklagede indgåede forsikrings- og pensionsaftale, og i den forbindelse blev klager, i overensstemmelse med sædvanlig praksis, kontaktet af en af indklagede pensionsrådgivere med henblik på at få tilpasset forsikrings- og pensionsordningen klagers personlige økonomiske forhold.

I forbindelse med mødet mellem pensionsrådgiveren og klager, blev vilkår og dækninger gennemgået.

Klager har efterfølgende udfyldt skemaet 'Helbredserklæring', fremlagt af klager som bilag 1.

Som det fremgår af spørgsmål 1, har klager angivet, at han er fuldstændig rask.

Det fremgår af 'Kundevejledning om helbredsoplysninger – Pensionsforsikring, Livsforsikring og gruppeliv' (sidste side i bilag 1 fremlagt af klager), at

'Du skal give oplysninger om

- både nuværende og tidligere sygdomme/lidelse
- varigt eller midlertidigt forbrug af medicin
- undersøgelser og behandling hos autoriserede sundhedspersoner (f.eks. læger, kiropraktorer, fysioterapeuter o.lign.), sygehuse og sundhedsmæssige institutioner.'

Klager har anført, at han af indklagedes pensionsrådgiver er blevet rådgivet til at svare på helbredserklæringen, som klager har gjort.

Det bemærkes i den forbindelse, at pensionsrådgivere ikke rådgiver om, hvad der skal svares på spørgsmålene i helbredserklæringen. Pensionsrådgivere gennemgår udelukkende helbredserklæringens opbygning, indhold og omfang, ligesom det gøres klart, at ansvaret for svarenes rigtighed udelukkende ligger hos kunden.

Ligeledes bemærkes det, at det klart af vejledningen fremgår, at man skal oplyse om både nuværende og tidligere sygdomme, varigt eller midlertidig forbrug af medicin samt om undersøgelser og behandlinger hos læger og på sygehuse.

I foråret 2022 anmelder klager kritisk sygdom under dækningen til Forenede Gruppeliv.

I forbindelse med behandlingen af anmeldelsen, bliver det afdækket, at klager på tegningstidspunktet har en moderat aortastenose, som klager modtager medicinsk behandling for, og som klager går til kontrol for.

Ingen af disse oplysninger er afgivet af klager til indklagede i forbindelse med selve etableringen af forsikring- og pensionsordningen.

På baggrund af disse for indklagede nye oplysninger blev sagen sendt til vurdering hos Helbred & Forsikring med henblik på at få belyst, om de nu fremkomne oplysninger ville have givet anledning til, at de af og for klager oprettede forsikrings- og pensionsordninger ville være etableret med andre vilkår.

Som det fremgår af Helbred og Forsikrings brev af 19. august 2022, ville viden om klagers helbredsmæssige tilstand have medført afslag på tegning af forsikrings- og pensionsordning hos indklagede.

På trods af den meget klare vurdering fra Helbred og Forsikring, har indklagede pr. kulance bibeholdt klager på den høje gruppelivsdækning ved død på kr. 1.108.048, som også meddelt klager ved brev af 1. september 2022.

I samme brev gøres klager opmærksom på, at forsikrings- og pensionsordningen med tilbagevirkende kraft bliver ændret til at være uden ret til præmiefritagelse og uden dækning ved nedsat erhvervsevne, hvilket er de vilkår, klager ville have fået, hvis klager havde afgivet korrekte helbredsmæssige oplysninger.

Det bemærkes i denne forbindelse, at såfremt klager havde afgivet korrekte helbredsoplysninger, ville klager været blevet rådgivet til at søge henstand i sit eksisterende pensionsselskab med henblik på efterfølgende at opnå mulighed for at videreføre den eksisterende ordning inklusive de eksisterende forsikringsdækninger. Men det kan naturligvis ikke bebrejdes indklagede, at indklagede ikke rådgiver om forhold, som indklagede ikke er blevet orienteret om.

Klager anfører, at da klager har givet samtykke til, at indklagede kunne indhente yderligere helbredsmaessige oplysninger inden etableringen af forsikrings- og pensionsordningen, er det indklagedes ansvar at sikre, at de afgivne helbredsmaessige oplysninger er korrekte.

I den forbindelse bemærkes det, at selvom klager har givet samtykke til indhentelse af yderligere helbredsmaessige oplysninger, skal der være en formodning om, at en sådan indhentelse af yderligere oplysninger vil medføre en bedre oplysning af sagen.

I klagers tilfælde er der intet i de på etableringstidspunktet afgivne helbredsoplysninger, der indikerer, at det af klager oplyste ikke skulle være korrekt, og derfor har der ikke været fornøden anledning til at indhente yderligere helbredsmaessige oplysninger. Disse yderligere helbredsmaessige oplysninger indhentes udelukkede, når der er indikation for, at dette er nødvendigt, hvilket er i overensstemmelse med helt almindelig praksis og sagsbehandling.

Anbringender

Til støtte for den nedlagte påstand gøres det gældende:

- at klager ikke har afgivet korrekt helbredsmaessige oplysninger i forbindelse med etableringen af forsikrings- og pensionsordningen, da klager ikke har oplyst:
 - at klager på etableringstidspunktet havde en moderat aortastenose
 - at klager på etableringstidspunktet var i medicinsk behandling herfor og
 - at klager på etableringstidspunktet fortsat gik til kontrol for den moderate aortastenose
- at indklagede på etableringstidspunktet ikke har haft anledning til at tvivle på rigtigheden af de af klager afgivne oplysninger, hvorfor det ikke kan bebrejdes indklagede, at indklagede ikke – på trods af klagers samtykke hertil – har indhentet yderligere helbredsmaessige oplysninger,

hvorfor indklagede i overensstemmelse med det i Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1 er fri for ansvar, da indklagede, jf. det af Helbred og Forsikring anførte, ikke ville have overtaget forsikringen, hvis de rette helbredsmaessige oplysninger havde været oplyst."

Klagerens advokat har i brev af 10/1 2023 til nævnet bl.a. anført:

"[Klageren] fremlagde for pensionsrådgiver ... i april 2021 det fulde faktum omkring forbigående blodprop i hjernen d. 16.08.2017, hvor der opdages forkalkning i halsregion med efterfølgende medicinering med blodfortyndende medicin.

På samme tidspunkt findes hjerteklap med mislyd på [hospitalet], hvilket der fra lægefaglig side beslattes ikke at gøres yderligere ved, men alene holdes under observation og der foretages ikke indgreb eller anden behandling.

Pensionsrådgiver ... har vejledt [klageren], hvorledes han skulle udfylde forsikringsdokumenter og [pensionsrådgiveren] er blevet oplyst omkring de anførte fakta.

[Pensionsrådgiveren] oplyste som en del af sin rådgivning, at såfremt [klageren] ikke havde nogen diagnoser ved egen læge, skulle han ikke anføre nogle forhold herom. [Klageren] har i tillid vejledning fra pensionsrådgiver undersøgt sine diagnoser hos egen læge. Hertil fremlægges som bilag 4 screenshot fra egen læges app, hvorfra [klageren] har direkte adgang til de diagnoser egen

læge måtte have stillet. Her kunne der ikke konstateres diagnoser, hvorefter [klageren] i overensstemmelse med både vejledning og egen læges journaler anførte sig som værende rask.

Yderligere fremlægges som bilag 5, [klagerens] notat som blev udfærdiget samtidig med, at [klageren] udfyldte skema til indklagede ved pensionsskiftet. Heller ikke her var der diagnoser hos egen læge, som kunne give anledning til bemærkninger.

I samme ombæring understreges det igen, at [klageren] loyalt har oplyst pensionsrådgiver ... omkring samtlige relevante forhold, både af egen drift såvel som ved forespørgsel."

Selskabet har i brev af 23/1 2023 til nævnet bl.a. anført:

"I forbindelse med mødet mellem klager og indklagedes pensionsrådgiver, gør klager gældende, at der har været ført drøftelser i forhold til den konkrete udfyldelse af helbredsskemaet.

Dette er ikke korrekt.

Pensionsrådgiveren har udelukkende – i overensstemmelse med sædvanlig praksis – forklaret klager, hvordan helbredserklæringen er opbygget, og hvad indholdet og omfanget af helbredserklæringen er.

Klager gør endvidere gældende, at klager skulle være blevet oplyst om, at forhold vedrørende forbigående blodprop i hjernen, forkalkning i halsregionen med efterfølgende medicinering med blodfortyndende medicin tillige med hjerteklap med mislyd ikke skulle oplyses, fordi ingen af de påståede nævnte forhold har medført en diagnose.

Dette er heller ikke korrekt.

Der spørges aldrig ind til diagnoser i forbindelse med nytegning, og således heller ikke forbindelse med afgivelse af helbredsoplysninger.

I spørgsmål 1 i helbredserklæringen skulle klager svare på, om klager var fuldstændig rask.

Som hjælp angives det, at man skal svare nej på spørgsmålet, hvis man har en kronisk sygdom/lidelse, eller hvis man er i aktuel behandling eller kontrolforløb, eller hvis man er i aktuel medicinsk behandling.

Da klager var i kontrolforløb og modtog medicinsk behandling på tidspunktet for besvarelsen af helbredsskemaet, skulle klager have svaret nej til spørgsmål om, hvorvidt klager var fuldstændig rask.

Dette har klager ikke gjort – klager har i stedet angivet, at han var fuldstændig rask, hvilket ud fra de nu tilvejebragte oplysninger ikke kan anses som korrekt. Det bemærkes for god ordens skyld, at hvis man tager medicin for at være fri for symptomer/'rask', så er man ikke – så længe man tager medicinen – rask.

Besvarelsen af spørgsmål 1 i helbredserklæringen er fuldstændig uafhængig af fraværet af diagnoser.

De fremlagte bilag 4 og 5 understøtter ikke, at klager ikke har gået til kontrolforløb eller ikke har været i medicinsk behandling, hvilket er, hvad der skal svares på, hvorfor de fremlagte bilag ikke understøtter, at klager var fuldstændig rask på tidspunktet for helbredserklæringens afgivelse.

Det bemærkes i den forbindelse, at indklagede ikke tidligere er blevet oplyst om den forbigående blodprop i hjernen – et forhold, som klager også burde have oplyst indklagede om.

Anbringender

På baggrund af ovennævnte fastholdes de tidligere fremførte anbringender.

Endvidere gøres følgende gældende til støtte for den tidligere nedlagte påstand:

Klager har ikke ved at fremlægge et – i øvrigt udateret – skærmprent fra en app tillige med en håndskreven note dokumenteret at være fuldstændig rast på tidspunktet for afgivelsen af helbredserklæring.

Dette støttes af de helbredsmæssige oplysninger, der er blevet tilvejebragt i forbindelse med behandlingen af skadesagen hos Forenede Gruppeliv.

Såvel det ovenfor som det tidligere nævnte medfører, at indklagede, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, er fri for ansvar, hvorfor klager skal anerkende den af indklagede truffe beslutning vedrørende dækning under tab af erhvervsevneforsikringsdelen og den truffe beslutning vedrørende præmiefritagelse."

Nævnets sekretariat bad den 17/2 2023 selskabet om at fremsende vurderingen fra Videncenter for Helbred & Forsikring samt yderligere relevant lægelige materiale. Sekretariatet bad selskabet om at fremsende et eventuelt notat eller mødereferat efter klagerens personlige møde med selskabets pensionsrådgiver samt fremsende indtegningsreglerne og redegøre herfor.

Selskabet har i brev af 30/3 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Ankenævnet har anmodet om at få tilsendt vurderingen fra Videncenter for Helbred og Forsikring af 19. august 2022. Vurderingen vedlægges som bilag a.

Ankenævnet har yderligere anmodet om at få fremlagt de lægelige akter, som indklagede er i besiddelse af.

I den forbindelse vedlægges følgende:

- Journaloplysninger for perioden maj 2019 til juni 2021 fra [klagerens egen læge] som bilag b.
- Ambulantepikrise fra [hospitalet] af 8. juni 2022 som bilag c.
- Journaloplysninger fra [hospitalet], Hjerte- Lunde og Karkirurgi Klinik af 1. juni 2022 som bilag d.

Ankenævnet efterspørger også notat eller mødereferat fra det personlige møde mellem klager og indklagede. I den forbindelse fremlægges som bilag e behøvsafdækning af 21. april 2021.

Endelig udbeder Ankenævnet sig en kopi af indklagedes indtegningsregler. Indklagedes arbejdsgang for modtagelse og behandling forslag i FIKO-ordninger fremlægges som bilag f. Endvidere fremlægges som bilag g yderligere oplysninger om selve indtegningsprocessen hos indklagede."

Klagerens advokat har i brev af 29/3 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Det tidligere nedlagte fastholdes, hvortil nedenstående yderligere gøres gældende.

Ved gennemgang af FIKO-ordninger, Arbejdsgang for modtagelse og behandling af forslag samt Indtegningsprocessen hos Norli Liv, jf. henholdsvis bilag F og G, er det klagers opfattelse, at Norli Liv og Pension har tilsidesat egne forskrifter ved indtegning af [klageren].

[Klageren] har tidligere haft været i kræftforløb, har [klageren] inden indtegning hos Norli Liv og Pension haft vanskeligt ved optagelse i forsikringsselskaber. Derudover henvises til det tidligere oplyste omkring kontrol af hjerteklap. Dette blev [pensionsrådgiveren] specifikt forelagt under parternes fællesmøde i forbindelse med tegning, uden at foretage sig yderligere i den forbindelse.

Ifølge Norli Liv og Pensions egne retningslinjer for indtegning, burde Norli Liv og Pension have i hentet yderligere lægelige bilag, i henhold til bilag F og G. På trods heraf undlod Norli Liv og Pension at indhente lægelige bilag eller lade udarbejde helbredsattest hos egen læge.

Endvidere har Norli Liv og Pension tilsidesat egne forskrifter om henvisning til vejledning eller oplyse [klageren] om hans mulighed for at søge hjælp hos Norli Liv og Pension Nytegning til udfyldelse af helbredserklæring eller helbredet i øvrigt.

Det påhviler Norli Liv og Pension at rådgive korrekt og fyldestgørende, når en forsikringstager stiller berettigede spørgsmål, hvilket bestrides at være tilfældet.

Såfremt [pensionsrådgiveren] havde henvist [klageren] til Norli Liv og Pension Nytegning, er der formodning for, at [klageren] havde modtaget korrekt information om udfyldning af helbredserklæring, hvorved [klageren] ville være oplyst om begrænsningerne i den dækning, Norli Liv og Pension kunne tilbyde, og herefter kunne [klageren] træffe beslutning om at forblive i sin daværende pensionsordning, hvor han fortsat ville have fuld dækning.

Som følge af den forkerte/manglende rådgivning om udfyldelsen af helbredserklæringen, som samtidig er i strid med egne interne retningslinjer hos Norli Liv og Pension, gøres det gældende, at Norli Liv og Pension er forpligtede til at tilbyde dækning i henhold til det oprindeligt tilbudte om fuld dækning ved erhvervsevnetab og præmiefritagelse som anført i påstanden."

Selskabet har herefter i brev af 17/4 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Klager oplyser i processkrift II, at klager tidligere har været i kræftforløb, ligesom klager henviser til det tidligere oplyste om kontrol af hjerteklap.

Ingen af disse oplysninger fremgik af den helbredserklæring, som klager udfyldte i forbindelse med indtegningen hos indklagede.

Ved ikke at afgive disse oplysninger til indklagede, har klager frataget indklagede muligheden for at søge yderligere oplysninger, da indklagede naturligvis ikke – helt i overensstemmelse med sædvanlig praksis – ikke søger yderligere oplysninger om forhold, som indklagede ikke er oplyst om.

Klager angiver videre, at indklagede ikke har henvist klager til, at han kunne søge vejledning hos selskabets Nytegningsafdeling.

I den forbindelse henvises til det klager fremlagte bilag 1, hvor følgende fremgår:

'Hvis du er usikker på, om du skal nævne en bestemt sygdom/lidelse eller et lægebesøg, så skriv for en sikkerheds skyld alle de forhold, du kan komme i tanke om også selvom du ikke tror, de har nogen betydning for din forsikring.'

Hvis du er tvivl om, hvorvidt du har husket alt, kan du bede din læge om at få supplerende oplysninger fra din journal (forsikringsselskabet betaler dog ikke lægens evt. honorar). Det er dog ikke sikkert, at din læge har alle oplysninger om dig, og husk, at det under alle omstændigheder er dig alene, der har ansvaret for, at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende.

Hvis du senere kommer i tanke om noget, du har glemt at oplyse, skal du kontakte forsikringsselskabet.'

Det gøres derfor gældende, at klager har modtaget vejledning om, at selskabet kunne kontaktes, hvis klager var i tvivl i forbindelse med afgivelse af helbredsoplysninger."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Nævnet har blandt andet modtaget klagerens notat efter mødet i april 2021, selskabets arbejdsgang for modtagelse og behandling forslag i FIKO-ordninger og yderligere oplysninger om selskabets indtegningsprocessen.

Af selskabets behovsafdækning af 21/4 2021 fremgår bl.a.:

"Kundens navn: [Klageren]

Kundens CPR: ...

Indtegners brugernavn: ...

Du har oplyst, at du gerne vil have gennemgået dit forsikringsbehov fordi: Du har fået nyt arbejde

Har du en ægtefælle: Ja

Har du en samlever: Nej

Skal vi lave en løsning til din samlever/ægtefælle: Nej

Har du/I børn: Ja

Har du/I fællesbørn: Ja

Har du/I særbørn: Nej

Ankenævnet for Forsikring

10.

98929

Årsløn i kroner: ...

Er du selvstændig erhvervsdrivende: Nej

Er du lønmodtager: Ja

Har du løn under sygdom: Ja

...

Dødsfaldsdækning anbefalet: 1090000

Dødsfaldsdækning valgt: 1090000

Dødsfaldsdækning årsag: Sikre ægtefælle en sumudbetaling til at skabe ny tilværelse - Erstatning af nuværende i [tredje selskab] = samme dækningsstørrelse

Nedsat erhvervsevne anbefalet: 80 %

Nedsat erhvervsevne valgt: 55 %

Nedsat erhvervsevne årsag: Solidarisk dækning ved firmapension, forhøjelse til 55 %, grundet du fastholder eksisterende dækning i [andet selskab] 15 % af løn = samlet dækning 70 % total.

Kritisk sygdom: Tilvalgt

Kritisk sygdom årsag: Sikre supplerende udbetaling til tilretning og rehabilitering"

Af helbredserklæring underskrevet af klageren den 22/4 2021 fremgår bl.a.:

Læs kundevejledningen om dækning og helbredsoplysninger, inden du udfylder erklæringen.	
☒ Jeg har læst kundevejledningen	
Det er vigtigt at du læser dette, inden du udfylder erklæringen:	
• Du skal selv svare på alle spørgsmål og delspørgsmål. • Svar omhyggeligt, du må ikke fortie noget - heller ikke selv om du tror det er uden betydning for forsikringsselskabet. • Som det eneste, skal du ikke oplyse om resultater af gentests, der belyser din risiko for fremtidige sygdomme. • Vær opmærksom på, at det kan få betydning for din forsikring, hvis du undlader oplysninger eller hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige. I værste fald kan det medføre at du står uden dækning, hvis skaden sker.	
Er du i tvivl om besvarelsen - for eksempel omkring diagnoser og datoer - kan du kontakte din læge, inden du udfylder erklæringen. Du er dog selv ansvarlig for oplysningerne i erklæringen. Lægens honorar betales ikke af forsikringsselskabet.	
Du skal ikke oplyse om resultatet af gentests, det vil sige undersøgelser, der belyser dine arveanlæg og fremtidig risiko for sygdomme.	
Besvar spørgsmål på de næste sider.	
På de næste sider kommer en række spørgsmål du skal besvare, der kan være supplerende spørgsmål ud fra hvad du svarer til hovedspørgsmålet, og alle disse skal besvares.	

1	a. Er du fuldstændig rask?	☒ Ja ☐ Nej
	Du skal her svare nej:	
	- Hvis du har en kronisk sygdom/tilstand	
	- Er i aktuel behandling eller kontrolforløb	
	- Er i aktuel medicinsk behandling	
	b. Er du fuldt arbejdsdygtig?	☒ Ja ☐ Nej

Hvis du svarer NEJ til et af ovenstående spørgsmål, vil vi sende en personlig helbredserklæring til dig.

Af vedlagte erklæring til helbredserklæringen fremgår bl.a.:

"Erklæring og samtykke

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 Forsikringsselskabet Alm. Brand Liv og Pension A/S."

Af kundevejledningen fremgår bl.a.:

"Hvilke oplysninger skal jeg give?"

Du skal udfylde en helbredserklæring og evt. nogle spørgeskemaer. Når du udfylder papirerne, skal du besvare ALLE spørgsmål. Du behøver dog ikke at oplyse om ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsetilfælde.

I nogle tilfælde vil Forsikringsselskabet Alm. Brand Liv og Pension A/S bede om en helbredsattest fra din egen læge eller oplysninger fra sygehuse, læger eller andre autoriserede sundhedspersoner, som du har været i kontakt med.

Du skal give oplysning om

- både nuværende og tidligere sygdomme/lidelser
- varigt eller midlertidigt forbrug af medicin
- undersøgelser og behandlinger hos autoriserede sundhedspersoner (f.eks. læger, kiropraktorer, fysioterapeuter o.lign.), sygehuse og sundhedsmæssige institutioner.

Hvis du er usikker på, om du skal nævne en bestemt sygdom/lidelse eller et lægebesøg, så skriv for en sikkerheds skyld alle de forhold, du kan komme i tanke om også selv om du ikke tror, at de har nogen betydning for din forsikring.

Hvis du er i tvivl om, hvorvidt du har husket alt, kan du bede din læge om at få supplerende oplysninger fra din journal (forsikringsselskabet betaler dog ikke lægens evt. honorar). Det er dog ikke sikkert, at din læge har alle oplysninger om dig, og husk, at det under alle omstændigheder er dig alene, der har ansvaret for, at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende.

Hvis du senere kommer i tanke om noget, du har glemt at oplyse, skal du kontakte forsikringsselskabet."

Af vurdering af 19/8 2022 fra Videntcenter for Helbred & Forsikring fremgår bl.a.:

"Risikovurdering ved personforsikring pr. 22-04-2021

De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komite i Videntcenter for Helbred & Forsikring. Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville komiteen have vurderet forsikringsrisikoen pr. 22-04-2021 til:

Dødelighed: D4 Invaliditet: Afslag

Forklaring på vurderingen

Vurderingen er baseret på oplysningen om aortastenose.

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læge journal og fra hjerteklinik.

Heraf fremgår det, at forsikrede i 2017 fik konstateret aortastenose, som siden er fulgt med kontroller. Ved kontrol i marts 2020 blev det vurderet, at der var tale om moderat stenose.

Vi gør opmærksom på, at det i notat fra hjertekirurgisk afdeling i juni 2022 bliver bemærket, at aortaklapstenosen er stråleinduceret. Det er således muligt, at forsikrede også tidligere – og før tegningstidspunktet – har haft Hodgkins lymfom eller lignende."

Nævnet udtaler:

Klageren blev i 2021 omfattet af en pensionsordning med forsikringsdækninger hos selskabet. I foråret 2022 anmeldte klageren kritisk sygdom og modtog udbetaling af forsikringssummen. Selskabet foretog i den forbindelse ændringer i klagerens forsikringsforhold med tilbagevirkende kraft, da klageren havde afgivet urigtige oplysninger ved indtegningen.

Klageren ønsker, at selskabet skal anerkende, at klageren har ret til dækning i henhold til den oprindelige ordning med forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne og præmiefritagelse. Klageren har anført, at selskabet har ydet forkert/manglende rådgivning om udfyldelsen af helbredserklæringen. Inden oprettelsen af ordningen havde klageren et møde med en pensionsrådgiver, hvor han gjorde opmærksom på samtlige relevante helbredsmæssige forhold. Klageren har anført, at pensionsrådgiveren meddelte, at "såfremt [klageren] ikke havde nogen diagnoser ved egen læge, skulle han ikke anføre nogle forhold herom". Klageren har anført, at han nøje fulgte vejledningen fra pensionsrådgiveren, hvorfor helbredserklæringen er udfyldt i god tro. Klageren ville ikke have skiftet pensionsselskab, hvis han var blevet rådgivet korrekt.

Klageren har anført, at selskabet har tilsidesat egne vejledningsforskrifter, herunder muligheden for at søge hjælp hos Nytegnig, og at "såfremt [pensionsrådgiveren] havde henvist [klageren] til Norli Liv og Pension Nytegnig, er der formodning for, at [klageren] havde modtaget korrekt information om udfyldning af helbredserklæring, hvorved [klageren] ville være oplyst om begrænsningerne i den dækning, Norli Liv og Pension kunne tilbyde, og herefter kunne [klageren] træffe beslutning om at forblive i sin daværende pensionsordning, hvor han fortsat ville have fuld dækning".

Selskabet har anført, at klageren ikke oplyste, at han havde en moderat aortastenose, som han var i medicinsk behandling for og gik til kontrol for. Klageren oplyste ikke om, at han tidligere havde været i et kræftforløb. Selskabet har bestridt, at der på mødet var drøftelser om udfyl-

Ankenævnet for Forsikring

13.

98929

delse af helbredserklæringen. Selskabet har anført, at klageren blev vejledt om, at selskabet kunne kontaktes, hvis klageren var i tvivl i forbindelse med afgivelse af helbredsoplysninger.

Det fremgår af klagerens håndskrevne notat efter mødet i april 2021, at "ingen diagnoser. Hos egen læge via min egen læge appen. Sendt til Alm. Brand".

På nævnets sekretariats anmodning om et eventuelt notat eller mødereferat fra mødet har selskabet alene fremlagt behovsafdækningen af 21/4 2021. Behovsafdækningen ses ikke at indeholde spørgsmål, der relaterer sig til klagerens helbred eller de helbredsoplysninger, som klageren skal afgive erklæring om.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at selskabets pensionsrådgiver på mødet i april 2021 oplyste, at klageren var rask i henhold til helbredserklæringen, hvis der ikke var registreret diagnoser ved egen læge. Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at selskabet har begået fejl, der kan begrunde, at selskabet på almindeligt erstatningsretligt grundlag pålægges at genetablere den oprindelige ordning med forsikringsdækningen ved tab af erhvervsevne og præmiefritagelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens notat ikke er tilstrækkelig dokumentation for, hvilken rådgivning han modtog på mødet. Nævnet bemærker, at selskabets behovsafdækningen af 21/4 2021 ikke indeholder spørgsmål, der relaterer sig til klagerens helbred eller de helbredsoplysninger, som klageren skal afgive erklæring om.

Nævnet har tillige lagt vægt på, at det fremgår af selskabets interne indtegningsproces, at rådgiveren ikke må hjælpe kunden med besvarelsen, og at rådgiveren ikke må rådgive eller spørge kunden til helbredet.

Nævnet har også lagt vægt på, at helbredserklæring er formuleret på en sådan måde, at det ikke forekommer naturligt – eventuelt efter samtale med rådgiveren – at få det indtryk, at der alene skal oplyses om diagnoser ved egen læge.

Nævnet finder herefter, at klageren ved oprettelsen af pensionsordningen afgav urigtige oplysninger, og at dette kan tilregnes ham som uagtsomt. Der er sådanne uoverensstemmelser mellem oplysningerne i de lægelige akter og klagerens oplysninger i helbredserklæringen, at nævnet ikke har grundlag for at betvivle selskabets oplysning om, at selskabet ikke ville have oprettet ordningen, hvis de korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren i helbredserklæring af 12/12 2018 svarede, at han var fuldstændig rask, og at det fremgår af erklæringens punkt 1, at klageren skal svare nej, hvis han har en kronisk sygdom/lidelse, er i aktuel behandling eller kontrolforløb eller er i aktuel medicinsk behandling.

Nævnet har også lagt vægt på, at det af kundevejledningen fremgår, at klageren skal give oplysninger om nuværende og tidligere sygdomme/lidelser, varigt eller midlertidigt forbrug af medicin og undersøgelser og behandlinger hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner.

Nævnet har videre lagt vægt på risikovurderingen af 19/8 2022 fra Videncenter for Helbred & Forsikring, hvor det fremgår, at "havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville komiteen have vurderet forsikringsrisikoen pr. 22-04-2021 til: Dødelighed: D4 Invaliditet: Afslag". Det fremgår af vurderingen, at klageren i 2017 fik konstateret aortastenose, og at det ved kontrol i marts 2020 blev vurderet, at der var tale om moderat stenose.

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

Ankenævnet *for* Forsikring

15.

98929

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings', is written over a light blue rectangular background.

Peter Thønnings