

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 11. oktober 2023 blev i sag nr. 99198:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har dækning ved visse kritiske sygdomme. I brev af 5/1 2023 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"1. Forsikringsaftalen og sagens tvist

Sagen omhandler spørgsmålet om, hvorvidt min klient er berettiget til udbetaling fra hans dækning i form af forsikring ved kritisk sygdom ved AP Pension i anledning af den blodprop han pådrog sig i januar 2020, hvor han blev indlagt herfor den 9. januar 2020.

Som sagens bilag 1 fremlægges forsikringsbetingelserne.

Selskabet har vurderet, at det ikke er tilfældet, hvilket herefter giver anledning til nærværende klage til Ankenævnet for Forsikring.

2. Sagsforløb

Den 9. januar 2020 blev min klient indlagt på [hospital] grundet symptomer på en blodprop i hjernen. Som sagens bilag 2 fremlægges journaludskrift fra egen læge for perioden 11. oktober 2013 til 3. november 2014. Som sagens bilag 3 fremlægges journal fra egen læge for perioden 9. januar 2020 til 13. februar 2020. Som sagens bilag 4 fremlægges epikrise fra [hospital] af 10. januar 2020. Som sagens bilag 5 fremlægges resultater fra blodbanken 4. juli 2010 til 15. april 2016. Som sagens bilag 6 fremlægges medicinkort.

Den 14. januar 2020 ansøgte min klient om udbetaling hos AP Pension. Som sagens bilag 7 fremlægges kopi af anmeldelse af 14. januar 2020.

Den 23. januar 2020 meddelte AP Pension, at de ville indhente journalmateriale fra [hospital]. Som sagens bilag 8 fremlægges AP Pensions brev af 23. januar 2020.

Ankenævnet for Forsikring

2.

99198

Den 11. februar 2020 vurderede AP Pension, at min klient ikke var berettiget til udbetaling fra ordningen, da de vurderede, at der ikke var neurologiske udfaldssymptomer til stede. Som sagens bilag 9 fremlægges AP Pensions brev af 11. februar 2020.

Den 18. februar 2020 sendte AP Pension et nyt brev med oplysning om, at de modtagne oplysninger i sagen muligvis ikke var svarende til de oplysninger, min klient havde afgivet, da han oprettede forsikringen ved AP Pension i 2014. Som sagens bilag 10 fremlægges AP Pensions brev af 18. februar 2020.

Den 25. februar 2020 påklagedes afgørelsen. Som sagens bilag 11 fremlægges klageskrivelse af 25. februar 2020.

Den 3. marts 2020 fastholdt AP Pension sin stillingtagen angående dækningen, idet man fastholdt, at der ikke var beskrevet neurologiske udfaldssymptomer. Som sagens bilag 12 fremlægges AP Pensions brev af 3. marts 2020.

Den 16. april 2020 anmodede AP Pension om yderligere medicinoplysninger. Som sagens bilag 13 fremlægges AP Pensions brev af 16. april 2020.

Den 16. april 2020 konsulterede min klient [neurologisk speciallæge 1]. Som sagens bilag 14 fremlægges speciallægeepikrise af 16. april 2020.

Den 17. april 2020 afgav [speciallæge 2] udtalelse angående apopleksisymptomer. Som sagens bilag 15 fremlægges udtalelse af 17. april 2020.

Den 11. juni 2020 fremsendtes yderligere bemærkninger til AP Pension. Som sagens bilag 16 fremlægges partsindlæg af 11. juni 2020.

AP Pension overgav herefter sagen til Videntcenter for Helbred og Forsikring. Som sagens bilag 17 fremlægges oversendelsesskrivelsen af 11. juni 2020, for så vidt angår spørgsmålet om, hvorvidt selskabet ville have kunnet tilbyde forsikring ved kritisk sygdom i 2014 ud fra de nærmere omstændigheder, der blev oplyst i sagen i 2020.

Den 14. august 2020 besluttede AP Pension at annullere min klients forsikring. Som sagens bilag 18 fremlægges brev af 14. august 2020. Som sagens bilag 19 fremlægges de af AP Pension modtagne bilag, som er forelagt for Videntcenter for Helbred og Forsikring.

Den 28. august 2020 afgav [speciallæge 2] udtalelse angående apopleksisymptomer. Som sagens bilag 20 fremlægges udtalelse af 28. august 2020.

Den 17. september 2020 påklagedes AP Pensions afgørelse. Som sagens bilag 21 fremlægges klageskrivelse af 17. september 2020.

AP Pension anmodede herefter den 23. september 2020 Videntcenter for Helbred og Forsikring om at uddybe deres vurdering af 5. august 2020. Som sagens bilag 22 fremlægges AP Pensions brev af 23. september 2020.

Den 8. oktober 2020 besluttede AP Pension at fastholde sin stillingtagen angående annullation af forsikringen.

Som sagens bilag 23 fremlægges AP Pensions brev af 8. oktober 2020. Afgørelsen blev påklaget den 21. december 2020 efter korrespondance med AP Pension. Som sagens bilag 24 fremlægges brev af 21. december 2020.

AP Pension fastholdt herefter annullation af forsikringen den 4. februar 2021. AP Pension har herefter ikke ændret sin stillingtagen i sagen.

3. Klagebemærkninger

AP Pension har ved sine afgørelser om annullation af forsikringen henvist til, at min klient forud for tegning af forsikringen har haft forhøjet blodtryk, kolesterol- og levertal, ligesom selskabet har anført, at min klient burde have oplyst om sine konsultationer i perioden fra den 12. november 2011 og fremefter i forbindelse med udfyldelse af helbredserklæringen til brug for tegning af forsikringen. Selskabet vurderede herefter, at man ikke ville have tilbudt min klient at oprette forsikring for kritisk sygdom, såfremt man havde været i besiddelse af disse oplysninger. Selskabet afviser således udbetaling af dækning ved kritisk sygdom og annullerer min klients forsikring.

Videncenter for Helbred og Forsikring har vurderet, at der ville være udbedt en blodtryks- og lipiddattest, såfremt man havde været i besiddelse af oplysningerne vedrørende min klients helbredsmæssige forhold på tegningstidspunktet, og at man særligt har lagt vægt på min klients målte blodtrykværdier, hvorfor jeg skal fremkomme med nedenstående bemærkninger.

For så vidt angår spørgsmålet om forhøjet blodtryk skal jeg bemærke, at selskabet alene har henvist til blodtryksmålingerne foretaget ved egen læge, ligesom selskabet ikke tager i betragtning, at der ved foretagelse af hjemmemålinger, herunder eksempelvis den 7. april 2014 konstateres normalt blodtryk.

Jeg henviser i den forbindelse kopi af udtalelse fra min klients egen læge af den 28. august 2020, hvoraf fremgår, at min klient i lægeligt regi er konstateret at have såkaldt 'konsultationstryk' og ikke forhøjet blodtryk, hvilket tillige understøttes af, at min klient på intet tidspunkt har været i nogen form for behandling for forhøjet blodtryk.

Jeg skal i forlængelse af ovenstående endvidere særligt bemærke, at min klient også i perioden forud for tegning af forsikringen har været bloddonor, ligesom jeg skal understrege, at personer med forhøjet blodtryk automatisk permanent udelukkes fra bloddonation, og at man under behandling for forhøjet blodtryk ikke må donere blod. Dette har selskabet ikke forholdt sig til. Jeg henviser i den forbindelse til de fremlagte kopier af min klients resultater fra blodbanken fra [hospital] for perioden 4. juli 2010 til 15. april 2016, hvorfra jeg skal fremhæve, at uanset min klient ved ankomst til klinisk immunologisk afdeling har fået målet et højt blodtryk, er der altid foretaget blodtapning, idet blodtrykket altid er faldet efter et par minutter på klinikken. Ifølge journalmaterialet er den eneste gang, hvor min klient ikke har fået tappet blod den 1. december 2015, hvilket alene var en følge af, at konsultationen var booket for tidligt.

Med henvisning til såvel journalmaterialet fra [hospital], ... Afdeling, og udtalelsen fra egen læge skal jeg således understrege, at der ikke er holdepunkter for at konkludere, at min klient har forhøjet blodtryk, når han kontinuerligt har ageret bloddonor, aldrig har været i behandling for for-

højet blodtryk og i øvrigt blot fået konstateret konsultationstryk, hvor hjemmemålingerne modsætningsvist har været normale.

For så vidt angår selskabets bemærkning om, at min klient har forhøjede levertal i relation til indholdet af ALAT, skal jeg ligeledes henvise til den tidligere fremsendte udtalelse fra egen læge, hvoraf fremgår, at der aldrig er fundet indikation for behandling herfor. Videre skal jeg bemærke, at der aldrig er konstateret hverken udsving eller stigninger i levertallene, men at levertallene i alle år har været ens, hvilket blot er udtryk for en samlet tilstand og ikke en behandlingskrævende sygdom.

Dette understøttes endvidere af, at min klients levertal på intet tidspunkt har givet anledning til hverken behandling eller yderligere udredning, hvilket udtalelsen fra egen læge ligeledes bekræfter.

For så vidt angår min klients kolesteroltal og triglyceridniveauet i blodet skal jeg bemærke, at let forhøjet triglyceridindhold i blodet ikke i sig selv kan betragtes som en sygdom, før det er direkte behandlingskrævende.

Jeg skal ligeledes understrege, at min klients indhold af triglycerid i blodet aldrig på noget tidspunkt har været højt nok til iværksættelse af behandling.

På baggrund af ovenstående bemærkninger skal jeg herefter understrege, at min klient ved tegning af forsikringen ved kritisk sygdom i lægeligt regi betragtedes som rask uden behandlingskrævende sygdomme.

At min klient i forsikringsbegæringen har oplyst, at han var rask på tidspunktet for tegning af forsikringen, er således ikke ukorrekt.

Jeg skal i forlængelse af ovenstående henvise til, at det af Forsikringsaftalelovens § 7 fremgår, at en

forsikringstagers undladelse af at give oplysning ingen indflydelse har på selskabets ansvar, medmindre vedkommende burde være klar over, at den ikke oplyste omstændighed var af betydning for selskabet, og hans forhold kan tilregnes ham som grov uagtsomhed. Det faktum, at min klient ingen behandlingskrævende sygdomme havde på tidspunktet for tegning af forsikringen, indikerer således, at min klient heller ikke burde have oplyst om de af selskabet påberåbte forhold, ligesom han utvivlsomt heller ikke burde have vidst dette.

Min klient kan i medfør af Forsikringsaftalelovens § 4 og 5 således hverken anses at have afgivet urigtige oplysninger eller fortiet omstændigheder af betydning for selskabets vurdering af forsikringsbegæringen, ligesom han i forsikringsretligt regi heller ikke burde vide, om han skulle have oplyst om de givne forhold, når han ikke modtog nogen form for behandling herfor.

Det er således også opfattelsen, at der ikke er holdepunkter for at have annulleret forsikringen.

For så vidt angår spørgsmålet om afslag på udbetaling af min klients forsikringsdækning ved kritisk sygdom, og at selskabet har begrundet dette med, at min klient ikke opfylder de for forsikringen gældende betingelser for udbetaling af forsikringssummen.

Jeg skal indledningsvist bemærke, at min klient den 9. januar 2020 blev indlagt på [hospital] med nedsat bevægelighed i tungen og mistanke om cerebral blodprop. Det verificeres samme dag ved MR-skanning af hjernen, at min klient har pådraget sig iskæmisk apopleksi i form af et højresidigt cerebralt lakunært infarkt i basalganglierne i storhjernen. Der er således lægeligt dokumenteret, at min klient har pådraget sig en blodprop i hjernen i form af trombosedannelse, i hvilken forbindelse jeg skal henvise til den på sagen foreliggende journal fra [hospital], Neurologisk Afdeling.

Det fremgår herefter af journalnotat af den 10. januar 2020 fra [hospital], at min klient på dette tidspunkt fortsat konkluderes at have nedsat bevægelighed og reduceret kraft i tungemuskulaturen, ligesom det konkluderes, at min klient har påvirket ordudtale som følge heraf. Henset hertil og det faktum, at min klient også efterfølgende ved den løbende opfølgning hos egen læge har fortsatte gener i form af nedsat tungebevægelighed, dysartri og urofornemelse i over- og underekstremiteter, skal jeg således understrege, at min klients neurologiske udfaldssymptomer ligeledes er vedvarende ud over 24 timer.

Jeg henviser i den forbindelse til den neurologisk speciallægeepikrise af den 16. april 2020, hvor min klient af [neurologisk speciallæge 1] konkluderes at neurologiske udfaldssymptomer forårsaget af den MR-verificerede blodprop, idet speciallægen konkluderer, at der er nedsat kraft i tungemuskulaturen medførende påvirket talefunktion, ligesom han konkluderer, at min klient fortsat har lette føleforstyrrelser distalt i både over- og underekstremiteter. Jeg skal i forlængelse heraf understrege, at min klients diagnose i form af apopleksi med deraf følgende varige gener er bekræftet i neurologisk regi.

Jeg henviser endvidere til den fremlagte udtalelse af den 17. april 2020 fra [speciallæge 2] som tilsvarende konkluderer, at min klient fortsat har neurologiske følger i form af styringsbesvær i tungemuskulaturen grundet reduceret kraft, ligesom han tillige bekræfter min klients føleforstyrrelser i over- og underekstremiteter.

Jeg skal således understrege, at min klient har pådraget sig dækningsberettigede apopleksifølger med fortsatte neurologiske udfald i form af nedsat kraft i tungen med ledsagende styringsbesvær heraf samt påvirket talefunktion til følge, ligesom han fortsat har urofornemelse med føleforstyrrelser i såvel over som underekstremiteter. Jeg skal tillige understrege, at de neurologiske udfald af en neurologisk speciallæge er vurderet at være en direkte følge af det ved MR-skanningen verificerede cerebrale infarkt, hvortil jeg supplerende skal bemærke, at placeringen af infarkt er medicinsk overensstemmende med de neurologiske udfald, som min klient nu oplever.

Jeg skal i forlængelse af ovenstående endvidere ikke undlade at bemærke, at min klient efter blodproppen ikke har været fuldt ud i stand til at varetage sit arbejde på ordinære, idet han har arbejdet med fortsatte skånehensyn.

Henset til, at min klients objektive neurologiske udfaldssymptomer har været vedvarende i mere end 3 måneder, er det således min klare opfattelse, at han opfylder de for forsikringen gældende betingelser for udbetaling af forsikringssummen.

På baggrund af ovenstående samt de for Ankenævnet fremlagte bilag, skal jeg herefter anmode om

Ankenævnet for Forsikrings stillingtagen til, dels hvorvidt AP Pension har været berettiget til at annullere forsikringen ved kritisk sygdom, og dels hvorvidt min klients gener skal anses som dækningsberettiget under min klients dækning ved kritisk sygdom."

Selskabet har i brev af 28/3 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Hvilken forsikring er der tale om

Sagen angår klagers forsikring for visse kritiske sygdomme.

Forsikringen er tegnet gennem [bank] ved begæring underskrevet den 12. november 2014, jf. bilag 18, og med de som bilag 1 fremlagte forsikringsbetingelser.

Hvad handler sagen om

Sagen angår spørgsmålet om, hvorvidt AP Pension har været berettiget til at annullere forsikringen på grund af urigtige helbredsoplysninger ved forsikringens tegning.

Sagsfremstilling

Begæringen i bilag 18 indeholder en helbredserklæring, hvor klager blandt andet har besvaret følgende spørgsmål:

'2. Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelser eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende.'

Klager besvarede spørgsmålet bekræftende og oplyste, at han i 2010 var blevet undersøgt/behandlet på ... Kiropraktisk Klinik for ondt i ryggen 5 gange, og at der ikke var følger, men at han gik til vedligehold ved kiropraktor.

Det fremgår desuden af begæringens sidste side, at

'Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Derfor skal du give samtykke

Når du vil tegne en forsikring i AP Pension eller foretage ændringer i din forsikringsaftale, påtager vi os en økonomisk risiko. Derfor har AP Pension brug for oplysninger, som kan være af betydning for at vurdere denne risiko, så vi kan fastsætte prisen og vilkårene for forsikringen.

Konsekvens af urigtige oplysninger

Angiver du urigtige eller mangelfulde oplysninger, kan det medføre, at dækningen helt eller delvist falder bort den dag, du har brug for den. Det følger af forsikringsaftaleloven.'

Helbredserklæringen er underskrevet af klager den 12. november 2014. På grundlag af helbredserklæringen er forsikringen blevet antaget på normale vilkår.

Den 14. januar 2020 ansøgte klager om udbetaling ved visse kritiske sygdomme, jf. bilag 7. I den forbindelse indhentede selskabet helbredsoplysninger fra [hospital], jf. bilag 8.

Det fremgik af oplysningerne, at klager var kendt med hypertension (forhøjet blodtryk) og auto-immun thyroiditis, (kronisk inflammationstilstand i skjoldbruskkirtlen), og var i behandling ved Eltroxin. Derfor blev sagen oversendt til selskabets helbredsafdeling, jf. bilag 9.

Helbredsafdelingen indhentede oplysninger fra klagers læge, jf. bilag 10, og anmodede klager om at indhente medicinoversigt for perioden fra den 12. november 2011 til den 12. november 2014, jf. bilag 13.

Helbredsafdelingen modtog ikke sidstnævnte oplysninger, der efter det oplyste ikke kunne fremskaffes, men oplysningerne fra egen læge viste, at klager i perioden fra 12. november 2011 til 12. november 2014 havde været undersøgt/behandlet hos egen læge en stort antal gange, jf. bilag 3 og bilag 19, s. 19 – 21. Han var desuden blevet undersøgt på [hospitals] ambulatorium flere gange, jf. bilag 19, s. 24-25 og han havde fået foretaget et stort antal blodtryksmålinger og blodprøver, jf. bilag 19, s. 19-21 og 26-30.

Dette havde klager ikke oplyst ved tegningen, og helbredsafdelingen forelagde derfor sagen for sin lægekonsulent med speciale i medicinske sygdomme. Lægekonsulenten oplyste, at der var unormale værdier ved undersøgelserne, og at han ville have vurderet sagen til afslag, hvis oplysningerne havde været kendt ved tegningen, jf. bilag A.

Sagen blev herefter fremsendt til vurdering ved Videntcenter for Helbred & Forsikring, jf. bilag 17, der i to responsa af 1. juli 2020 og 5. august 2020 oplyste, at hvis oplysningerne havde været kendt på tegningstidspunktet, ville risikovurderingen for KS, altså dækningen for visse kritiske sygdomme, have været på 150 %, svarende til en forøgelse af risikoen med 50 %, jf. bilag 19, s. 15 og 16.

Med en sådan risikovurdering ville selskabet ikke have antaget forsikringen, jf. bilag 19, s. 14, og selskabet meddelte derfor den 14. august 2020, at forsikringen blev annulleret, jf. bilag 18.

Efterfølgende havde klagers advokat en række indsigelser, jf. bilag 20 og 21, og sagen blev derfor igen forelagt for Videntcenter for Helbred & Forsikring, der fik tilsendt brevet og materialet fra klagers advokat, herunder det som bilag 20 fremlagte brev fra klagers læge. Dette førte imidlertid ikke til en ændring af Videntcentrets vurdering, jf. Videntcentrets responsum af den 5. oktober 2020 (bilag B), og selskabet fastholdt derfor annulleringen af forsikringen.

Begrundelse for selskabets afgørelse

Selskabet fastholder afgørelsen.

Klager har ikke givet selskabet oplysninger om de mange undersøgelser/behandlinger hos egen læge og på ambulatorium i perioden fra november 2011 – november 2014, selv om der specifikt er spurgt herom i spørgsmål 2 i helbredserklæringen. Der foreligger derfor urigtige oplysninger i forbindelse med klagers besvarelse af helbredserklæringen.

Klagers advokat anfører, at der ikke er tale om sygdom, men det er undersøgelser/behandlinger og ikke (kun) sygdom, der er spurgt om i spørgsmål 2.

Der er tale om et klart og tydeligt spørgsmål, der ikke kan misforstås, og som kun angår 3 år inden forsikringens tegning, og det fremgår ikke af erklæringen, at klager kan vælge at udelade oplysninger.

Tværtimod er klager i samtykkeerklæringen blevet gjort udtrykkeligt opmærksom på, at de ønskede oplysninger har betydning for selskabet, og at urigtige eller mangelfulde oplysninger vil kunne medføre, at hans dækning vil falde bort helt eller delvist.

Dertil kommer, at mindst 18 af de fortiede undersøgelser/behandlinger har fundet sted senere end et år før tegningen. Den sidste fortiede undersøgelse/behandling har endda fundet sted så sent som den 3. november 2014, altså 1 uge før tegningen. Der er desuden tale om et vedvarende forhold, som også forelå på tidspunktet for forsikringens tegning, og som indebar, at klager også fremover måtte påregne at gå til hyppige undersøgelser/behandlinger hos egen læge eller anden behandler. Han kan derfor ikke have glemt det.

Klager anført, at han ikke er blevet behandlet for blodtryk eller forhøjede værdier i blodprøverne, men han er blevet behandlet med Eltroxin, og der spørges om undersøgelser/behandlingen, ikke kun om behandlinger.

Ifølge rets- og ankenævnspraksis kræves der (alene) simpel uagtsomhed, og der er ingen tvivl om, at der (mindst) foreligger dette, og at forsikringsaftalelovens § 5 ikke finder anvendelse.

Hvis selskabet havde modtaget oplysninger om klagers lægeundersøgelser mv., ville selskabet have indhentet yderligere helbredsoplysninger, svarende til de oplysninger, der blev indhentet i 2020, og selskabet ville på dette grundlag have afvist at tegne forsikringen. Dette er dokumenteret med de fremlagte responsa fra Videntcenter for Helbred & Forsikring. Videntcenteret har i forbindelse med sin vurdering fra den 5. oktober 2020 (bilag B) haft alle oplysninger, herunder de af klageren anførte oplysninger om hjemmemålinger, manglende behandlinger af blodtryk mv. og klagers virke som bloddonor, og dette ville således ikke have ført til en ændret vurdering. Der er derfor fornøden grundlag for at annullere forsikringen efter forsikringsaftalelovens § 6.

Der er tale om en urigtig besvarelse af helbredsspørgsmål, og forsikringsaftalelovens § 7 finder derfor ikke anvendelse.

Selskabet anmoder derfor om, at klagen ikke tages til følge.

Det kan oplyses, at selskabet kan tiltræde, at betingelserne for at udbetale dækningen ville være opfyldt, såfremt der ikke havde været grundlag for at annullere forsikringen på grund af urigtige oplysninger ved tegningen."

Klageren har i brev af 24/4 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Det er korrekt, at min klient i helbredserklæringen blev spurgt om han inden for de sidste 3 år før udfyldelse af erklæringen har været undersøgt/behandlet af læge, kirurg, fysioterapeut eller

anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelser eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende, svarer 'ja'. Det er også korrekt, at han på den eneste ledige plads, der er angivet ud for dette svarfelt, svarer, at han eksempelvis er blevet behandlet på ... Kiropraktisk Klinik i 2010 på grund af rygsmerter.

Min klient har dermed heller ikke besvaret spørgsmålet forkert, og der kan følgelig heraf heller ikke være tale om, at min klient har afgivet urigtige oplysninger. Besvarelsen er fortsat korrekt, og det står min klient tilsvarende fuldt ud ved.

Jeg skal for en god ordens skyld bemærke, at måden hvorpå erklæringen er udformet utvivlsomt kunne have været udformet mere hensigtsmæssigt og klarere med plads til udfyldelse af flere eksempler. Dertil kommer, at selskabet selv har en egen forpligtelse til at undersøge forhold nærmere, såfremt en ja/nejbesvarelse giver anledning hertil. Min klient har netop underskrevet samtykkeerklæring til indhentelse af oplysninger fra både egen læge, sygehuse mv. og det kunne selskabet blot have benyttet sig af, eller alternativt spurgt yderligere ind til besvarelsen af det pågældende spørgsmål i helbredserklæringen.

Angående spørgsmålet om min klients helbredsmæssige tilstand på tegningstidspunktet skal det for så vidt angår spørgsmålet om forhøjet blodtryk indledningsvist bemærkes, at min klient i perioden forud for tegning af forsikringen har været bloddonor, hvilket netop bevirker, at der løbende har været journalført i den forbindelse, ligesom jeg skal understrege, at personer med forhøjet blodtryk automatisk permanent udelukkes fra bloddonation, og at man under behandling for forhøjet blodtryk netop ikke må donere blod.

Min klient er i lægeligt regi konstateret at have såkaldt 'konsultationstryk' og ikke forhøjet blodtryk, hvilket tillige understøttes af, at min klient på intet tidspunkt har været i nogen form for behandling for forhøjet blodtryk. Dette bekræftes endvidere af resultater fra blodbanken fra [hospital] for perioden 4. juli 2010 til 15. april 2016, jf. bilag 5, hvorfra jeg skal fremhæve, at uanset min klient ved

ankomst til klinisk immunologisk afdeling har fået målet et højt blodtryk, er der altid foretaget blodtapning, idet blodtrykket altid er faldet efter et par minutter på klinikken.

Det kan derfor heller ikke lægges til grund, at min klient er kendt med forhøjet blodtryk, og det kan heller ikke komme min klient til skade, at han i ond tro ikke har oplyst om forhold, som rettelig ikke har været et problem.

Hvis Ankenævnet for Forsikring må nå frem til, at min klient faktisk har besvaret spørgsmålet urigtigt, skal jeg understrege, at han har været i god tro på tidspunktet for udfyldelse af erklæringen, hvorfor forholdet således vil være omfattet af Forsikringsaftalelovens § 5.

Det bemærkes dernæst, at reglerne i Forsikringsaftalelovens §§ 4-10 alene omfatter urigtige oplysninger om forhold, der har betydning for bedømmelsen af risikoen for forsikringsbegivenhedens indtræden. Det forhold, at min klient løbende har været bloddonor og dermed fået foretaget blodtryksmålinger i den forbindelse, kan ikke tages til udtryk for at udgøre oplysninger, som har betydning for bedømmelsen af risikoen for forsikringsbegivenhedens indtræden."

Selskabet har i brev af 2/5 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Det er ikke rigtigt, at klager har anført i helbredserklæringen (bilag 18), at han 'eksempelvis' er blevet behandlet på ... Kiropraktisk Klinik i 2010. Oplysningen om behandlingen på Kiropraktisk Klinik fremstår som udtømmende. Der er derfor ingen tvivl om, at der foreligger urigtige oplysninger.

Erklæringen er udformet i overensstemmelse med branchepraksis og retningslinjer, og der var intet til hinder for, at klager gav oplysninger om de mange konsultationer hos egen læge mv. i de sidste 3 år før tegningen.

Fordi klager afgav urigtige oplysninger, havde selskabet ikke anledning til at indhente supplerende oplysninger fra egen læge. Ifølge rets- og ankenævnspraksis skal et forsikringselskab ikke indhente oplysninger, medmindre der er anledning hertil.

De senere indhentede oplysninger fra egen læge viste, at klager i perioden fra 12. november 2011 til 12. november 2014 har været undersøgt/behandlet hos egen læge en stort antal gange, jf. bilag 3 og bilag 19, s. 19 – 21. Han er desuden blevet undersøgt på [hospitals] ambulatorium flere gange, jf. bilag 19, s. 24-25 og han har fået foretaget et stort antal blodtryksmålinger og blodprøver, jf. bilag 19, s. 19-21 og 26-30.

Mindst 18 af de fortiede undersøgelser/behandlinger har fundet sted senere end et år før tegningen.

Den sidste fortiede undersøgelse/behandling har endda fundet sted så sent som den 3. november 2014, altså 1 uge før tegningen. Der er desuden tale om et vedvarende forhold, som også forelå på tidspunktet for forsikringens tegning, og som indebar, at klager også fremover måtte påregne at gå til hyppige undersøgelser/behandlinger hos egen læge eller anden behandler.

Dertil kommer, at klager var i behandling med Eltroxin, hvilket han også undlod at oplyse om. Der er derfor utvivlsomt handlet uagtsomt af klager.

At klager har været bloddonor, fritager ikke ham fra at besvare de stillede spørgsmål korrekt og sandfærdigt.

Det er dokumenteret ved vurderingen fra Videntcenter for Helbred & Forsikring (bilag B), at de fortiede oplysninger har betydning for bedømmelsen af selskabets risiko."

Sekretariatet bad i meddelelse af 8/6 2023 selskabet om at fremlægge tegningsregler eller anden dokumentation for, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringstageren med en risikovurdering for KS på 150 %. Selskabet svarede i meddelelse af 23/6 2023 bl.a.:

"Som bilag C vedlægges uddrag af selskabets forretningsgang, hvor det fremgår, at der gives afslag ved en KS på mere end 100 %, og der ikke er mulighed for at tegne forsikringen til forhøjet pris eller med klausul."

Klagerens advokat har i brev af 11/7 2023 bl.a. anført:

"Indledningsvist skal jeg bemærke, at det af indklagede uploadede dokument fremgår af dennes punkt 3.4, at versionen er godkendt den 6. oktober 2022. Oplysningerne i dokumentet kan således ikke lægges til grund som gældende pr. tegningstidspunktet i november 2014. Indklagede opfordres (1) til at fremlægge de på tegningstidspunktet gældende interne tegningsregler.

Dernæst bemærkes det, at det af de af indklagede ekstraherede passager i bilag C blandt andet fremgår under punkt 2.1., at når selskabet 'modtager en sag, skal du vurdere helbredsoplysningerne'. Det fremgår dernæst under punkt 2.4, at der skal udfyldes et antagelsesbilag med selskabets vurdering, når der er tale om såkaldte urene helbredserklæringer.

Indklagede opfordres (2) således til at fremlægge dette antagelsesbilag vedrørende helbreds vurderingen, som er udfyldt af selskabet i 2014 i forbindelse med tegning af dækningen, herunder særligt at fremlægge delvurderingerne og konklusionen."

Selskabet har i brev af 18/7 2023 bl.a. anført:

"Selskabets afdelingschef for antagelsesafdelingen oplyser, at der ikke findes andet materiale fra vurderingen end det flueben, som er sat på helbredserklæringen af sagsbehandleren og derefter er den godkendt i selskabets system, jf. bilag D.

Det var en ukompliceret vurdering, da ryggene ikke kan påvirke en kritisk sygdoms dækning.

Det har ikke været muligt at finde en forretningsgang fra 2014, men afdelingschefen har fundet et dokument fra 2012, som viser, at kritisk sygdom kunne antages op til D2 på normale vilkår, jf. bilag E.

Selskabet anvendte ikke %-satsen på kritisk sygdom i 2012. D2 var lig med 100% KS.

Antagelseskravene er ikke ændret fra 2014 til dags dato bortset fra, at selskabet ikke anvender dødstavlen til kritisk sygdoms vurderinger mere, men i stedet anvender %-satsen. Dette blev formentligt ændret i 2015.

Afdelingschefen har været ansat i AP Pension fra 2013, og hun ved derfor, at antagelsesvilkårene ikke har ændret sig fra 2014 til d.d."

Klagerens advokat har i brev af 21/8 2023 bl.a. anført:

"Henvisende til ovenstående sag samt de af indklagede uploadede bilag D-E skal jeg på vegne af min klient fastholde, at indklagedes uploadede forretningsgang ikke kan lægges til grund som gældende pr. tegningstidspunktet i november 2014. Selskabet har ikke dokumenteret den faktiske forretningsgang på daværende tidspunkt. Selskabet har således heller ikke dokumenteret, at man ikke ville have antaget min klient med en risikovurdering for KS på 150 % på tegningstidspunktet.

Det bemærkes derudover, at indklagede ikke har opfyldt undertegnede opfordring (2) til at fremlægge antagelsesbilaget vedrørende helbreds vurderingen, som er udfyldt af selskabet i 2014 i forbindelse med tegning af dækningen, herunder særligt at fremlægge delvurderingerne og konklusionen. Det må tillægges processuel skadevirkning."

Ankenævnet for Forsikring

12.

99198

Selskabet har i brev af 8/9 2023 bl.a. anført:

"Det er ikke muligt at fremlægge et antagelsesbilag, som ikke findes.

Selskabets antagelsespolitik i 2014 er fuldt ud dokumenteret i bilag D, hvor selskabets afdelingschef

for antagelse har erklæret, at antagelsesvilkårene ikke har ændret sig fra 2014 til d.d., og at antagelsesvilkårene i 2014 derfor svarer til den som bilag C fremlagte forretningsgang fra 2022. Det har ikke været muligt at finde en forretningsgang fra 2014.

Dette er bekræftet i bilag E, som er et dokument fra 2012, som afdelingschefen har fundet, som viser, at KS dækningen kun kunne antages på normale vilkår ved en dødelighedsbedømmelse op til D2. D2 er som anført i bilag D lig med 100 % kritisk sygdom. Der var som anført i bilag C ikke mulighed for forhøjet pris eller klausul, for selskabet tegner ikke KS dækninger, der ikke kan antages på normale vilkår, og dette var også gældende i 2014."

Nævnet har fået forelagt bilag, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af responsum af 1/7 2020 fra Videntcenter for Helbred & Forsikring fremgår bl.a.:

"Risikovurdering ved personforsikring pr. 12-11 -2014

De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komite i Videntcenter for Helbred og forsikring. Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville komiteen have vurderet forsikringsrisikoen pr. 12/11 2014 til:

Dødelighed: D2 Invaliditet: I2

Forklaring på vurderingen

Vurderingen er baseret på de foreliggende oplysninger om forhøjet blodtryk målt i egen læges konsultation.

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læges journal. På grund af intermitterende svimmelhed konsulterede forsikrede lægen i henholdsvis oktober 2012 og oktober 2013, hvor blodtrykket var forhøjet og på henholdsvis 163/ 100 mmHg og 161/97 mmHg. I marts 2014 fandt egen læge igen blodtrykket for højt.

Til selskabet: Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville der være udbedt en blodtryks- og lipidattest. Vurderingen er foretaget på baggrund af de foreliggende blodtryksmålinger og under forudsætning af at forsikrede var ikke-ryger ved tegningen.

Risikovurdering af KS pr. 12. november 2014: 100%"

Af revurdering af forsikringsrisikoen af 5/10 2020 fra Videntcenter for Helbred & Forsikring fremgår bl.a.:

"Revurdering af forsikringsrisikoen

Risikovurderingen er gennemgået af Videntcenter for Helbred & Forsikrings læger, efter henvendelse fra forsikredes læge. Forsikringsrisikoen pr. 12. november 2014 er nu vurderet til:

Dødelighed: D3 Invaliditet: I3

Forklaring på vurderingen

På baggrund af henvendelsen fra forsikredes læge samt supplerende oplysninger, har sagen igen været forelagt den lægelige komite i Videncenter for Helbred & Forsikring. Det har givet anledning til en ændring i vurderingen pr. 12. november 2014.

Vurderingen er nu baseret på de foreliggende oplysninger om labilt blodtryk samt forhøjet lipid- og lever tal.

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læges journal, herunder laboratorieundersøgelser samt de nu tilsendte BT's kontroller fra ... afdeling.

På grund af intermitterende svimmelhed konsulterede forsikrede lægen i henholdsvis oktober 2012 og oktober 2013, hvor blodtrykket var forhøjet og på henholdsvis 163/100 mmHg og 161/97 mmHg.

Derudover foreligger der nu 8 blodtryksmålinger foretaget i forbindelse med kontroller på ... afdeling i perioden fra juni 2010 til februar 2014. Gennemsnittet af de 8 blodtryk er 150/83 mmHg.

Af det foreliggende laboratorieundersøgelser fremgår det også, at triglycerid i december 2011 var forhøjet til 4,6 mmol/l. I juni 2014 var triglycerid let forhøjet svarende til 3,3 mmol/l.

I december 2011 er der desuden påvist forhøjet ALAT på 114 U/L. Efterfølgende har ALAT været faldende til seneste måling i september 2014, hvor ALAT var 64 U/L.

Risikovurdering for KS pr. november 2014: 150%

Til selskabet:

Vi har ikke medtaget den forhøjede kreatinin i vurderingen, idet vi antager, at den er som følge af myxødemet.

I forhold til vurderingen af forhøjet blodtryk tager vi udelukkende udgangspunkt i de lægekontrollerede BT-målinger og til belysning af evt. konsultationsblodtryk bruger vi målinger fra døgnblodtryksapparat, der automatisk måler blodtrykket over hele døgnet. I denne sag har vi foretaget en vurdering ud fra de foreliggende blodtryksmålinger.

Vurderingerne fordeler sig således:

Labilt BT 01 11, påvirkede leverenzym D1 11, forhøjet triglycerid D1 11."

Af klagerens helbredserklæring af 12/11 2014 fremgår bl.a.:

"1. Har du inden for de sidste 3 år lidt af nogen alvorlig sygdom?
NEJ

2. Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut, eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelser eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende?

JA

Hvis ja:

Hos hvem: ... kiropraktisk klinik

For hvad: ondt i ryggen

Hvornår: 2010

Hvor længe: 5 gange

Er der følger: nej (går til vedligehold ved kiropraktor)

3. Har du nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end en måned?

NEJ

4. Er du for tiden fuldstændig rask?

JA

5. Er du for tiden fuldstændig arbejdsdygtig?

JA.

...

Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Derfor skal du give samtykke

Når du vil tegne en forsikring i AP Pension eller foretage ændringer i din forsikringsaftale, påtager vi os en økonomisk risiko. Derfor har AP Pension behov for oplysninger, som kan være af betydning for at vurdere denne risiko, så vi kan fastsætte prisen og vilkårene for forsikringen.

Konsekvens af urigtige oplysninger

Angiver du urigtige eller mangelfulde oplysninger, kan det medføre, at dækningen helt eller delvis falder bort den dag, du har brug for den. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Din læge m.fl. kan videregive helbredsoplysninger m.v.

Din læge kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Offentlige myndigheder og forsikringsselskaber m.m. kan ligeledes med dit samtykke videregive oplysninger om dig i henhold til anden lovgivning.

AP Pensions behandling af oplysningerne i sagen

Vi behandler oplysningerne i overensstemmelse med persondatalovens regler. Du får at vide, hvilke oplysninger vi behandler, og du kan gøre indsigelser mod, at oplysningerne indgår i behandlingen af din sag. Hvis indsigelserne er berettigede, må behandlingen ikke længere omfatte de pågældende oplysninger.

Jeg giver hermed samtykke til, at

- AP Pension må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som AP Pension finder nødvendige for at kunne vurdere min aktuelle sag om tegning/ændring af forsikring.

Ankenævnet for Forsikring

15.

99198

- de, som AP Pension indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som AP Pension har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner
- Offentlige, myndigheder, fx kommuner og Arbejdsskadestyrelsen
- Forsikringsselskaber, pensionskasser og Videncenter for Helbred & Forsikring

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold."

Af selskabets forretningsgang fremgår bl.a.:

"1.1 Beskrivelse

Her kan du læse, hvordan du behandler helbredsoplysninger på forsikringer.

...

2.3 Regler og vilkår

Kunden kan vælge mellem:

Dækning	Helbred	Max vurdering
Kritisk sygdom	H6	KS100% Ikke mulighed for forhøjet pris eller klausul.

"

Af selskabets antagelsesbilag af 2012 fremgår bl.a.:

"Sparekassernes udbud af forsikringsprodukter til deres myndige privatkunder

Gruppelivsprodukter	Begæres senest før forsikres:	Forsikringsdækning ophører:	Vi vurderer risiko for:	Antages ved max:
Forsikring ved visse kritiske sygdomme	60 års fødselsdag	31/12 det år forsikrede fylder 60 år	Kritiske sygdomme, jf. forsikringsbetingelserne	D2 I2 (se acceptregler)

Af udateret brev fra selskabets ledende medarbejder fremgår bl.a.:

"Det har ikke været muligt at finde en forretningsgang fra 2014, men vi har fundet et dokument fra 2012, som viser, at kritisk sygdom kunne antages op til D2 til normale vilkår. Selskabet anvender ikke %-satsen på kritisk sygdom i 2012. D2 er lig med 100% kritisk sygdom.

Antagelseskravene er ikke blevet ændret fra 2014 til dags dato bortset fra, at selskabet ikke anvender dødstavlen til kritisk sygdomsvurderinger mere, men anvender %-satsen. Dette blev formelt ændret i 2015.

Jeg har været ansat i AP Pension fra 2013, og jeg ved derfor, at antagelsesvilkårene ikke har ændret sig fra 2014 til d.d."

Af klagerens lægejournal fremgår bl.a.:

"31.10.2012 Klager intermitterende over svimmelhed.

BT her 163/100

Kommer til kontrol og blodprøver 1 uge.

...

13.11.2012

Kommer med hjemme-BT gennemsnitsværdi 143/90.

Snak om metabolisk syndrom også i lyset af at ... Anbefaler ham ny ktr. om ½ år efter omtale af KRAM.

...

11.10.13 BT 161/97 puls 56. Tidligere brugt hjemme BT ... kommer og henter BT apparat 3 dage inden næste kons.

...

04.03.2014

...

BT her for højt men har været blodbanken for 3 uger siden uden anmærkninger.

...

06.03.2014

Blodprøver uforandrede fra tidligere fraset at der overraskende komme TSH på 21,7. Der er således tale om en subklinisk tilstand med relativt højt TSH.

...

10.03.2014

Kommer til supplerende undersøgelse for TPO antistof.

Endvidere gentages blodprøverne, idet der er påfaldende TSH i forhold til T3 og T4 værdierne.

Bliver i øvrigt kontaktet af endokrinologerne.

...

11.03.2014

Stærkt forhøjet TPO antistof ... Eltroxin ...

...

02.04.2014

Kommer til aftalt stofskiftekontrol.

...

07.04.14

Hjemme BT 138/88, pulsen regelmæssig 65

Vedrørende thyreodit og Eltroxinbehandling, let faldende TSH ved sidste kontrol. Øger Eltroxin.

...

12.08.2014 Stofskiftet inden for normalområdet. Fortsæt uændret med Eltroxin.

...

11.09.2014

TSH nu stigende. Derfor rp. Eltroxin 150 mg. dagl."

Af klagerens hospitalsjournal fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

17.

99198

"Første ambulantbesøg: 11.03.2014

Seneste ambulantbesøg: 20.03.2014

Aktionsdiagnose: Hypothyroidisme UNS

Andre diagnoser og behandlinger:

Autoimmun thyroditis

Erhvervet atrofi af skjoldbruskkirtler

20032014 Ultralydsundersøgelse, gl. thyreoidea

20032014 Blodprøvetagning

Epikrise:

Ovenstående patient har været til undersøgelse i ... pga. påvist biokemisk myxoderm/thyreotoksikose.

Der er foretaget ovenstående undersøgelser.

...

Ultralydsskanning af gl. thyroidia har vist lille og let hypoekogen.

Kirtel uden moduli."

Sekretariatet har modtaget oversigt over diverse laboratorieprøver for perioden 2009-2014.

Nævnet udtaler:

Klageren afgav den 12/11 2014 begæring om forsikring ved visse kritiske sygdomme. Af helbredsoplysningen fremgik spørgsmålet "Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelser eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende?" Klageren svarede "JA" og oplyste hertil, at han i 2010 havde været 5 gange hos kiropraktor med ondt i ryggen. Klageren ansøgte den 14/1 2020 om udbetaling for kritiske sygdom for blodprop i højre side af hovedet. Selskabet indhente helbredsoplysninger og udledte af klagerens hospitalsjournal, at klageren var kendt med hypertension (forhøjet blodtryk) og autoimmun thyroditis, (kronisk inflammationstilstand i skjoldbruskkirtlen), og var i behandling ved Eltroxin. Selskabet forelagde den 11/6 2020 sagen for Videntcenter for Helbred og Forsikring med henblik på at vurdere, om selskabet ville have kunnet tilbyde dækning for visse kritiske sygdomme i 2014, såfremt selskabet havde haft alle oplysninger om klagerens helbredsforhold.

I responsum af 1/7 2020 vurderede Videntcenteret klagerens dødelighed til "D2", invaliditet til "I2" og forsikringsrisikoen for "KS" (kritisk sygdom) pr. 12/11 2014 til 100 %. Efter, at have indhentet yderligere journaloplysninger revurderede Videntcenteret i responsum af 5/10 2020 klagerens dødelighed til "D3", invaliditet til "I3" og forsikringsrisikoen for "KS" pr. 12/11 2014 til 150 %. Selskabet annullerede den 14/8 2020 klagerens forsikring for visse kritiske sygdomme og afviste at færdigbehandle anmeldelsen om kritisk sygdom med henvisning til, at klageren ikke havde oplyst i helbredserklæringen, at han flere gange havde fået målt forhøjet blodtryk og forhøjede kolesterol- og levertal, og at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen, såfremt de havde haft disse oplysninger.

Klageren kræver udbetaling for kritisk sygdom. Klageren har anført, at helbredserklæringen kunne være udformet mere hensigtsmæssigt og klarere med plads til udfyldelse af flere eksempler. Klageren har anført, at han svarede "ja" til, at han inden for de sidste 3 år før udfyldelse af erklæringen havde været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor m.m., og at han på den eneste ledige plads, der var angivet ud for dette svarfelt, svarede, at han "eksempelvis" var blevet behandlet hos kiropraktor. Selskabet har selv en forpligtelse til at undersøge forhold nærmere, såfremt en ja/nej besvarelse giver anledning hertil. Selskabet kunne have indhentet yderligere oplysninger eller alternativt spurgt yderligere ind til besvarelsen af det pågældende spørgsmål i helbredserklæringen. Klageren har anført, at selskabet ikke har dokumenteret, at selskabet ikke ville have antaget ham med en risikovurdering på 150 % på indtegnings tidspunktet, idet den fremlagte forretningsgang er fra 6/10 2022, og idet selskabet ikke kan fremlægge det antagelsesbilag, der skal udfyldes ved "urene" helbredserklæringer. Klageren har anført, at han i lægeligt regi har fået konstateret et såkaldt "konsultationstryk" og ikke forhøjet blodtryk. Han har ikke været i behandling for forhøjet blodtryk. Han har anført, at han i perioden forud for tegning af forsikringen var bloddonor, og at personer med forhøjet blodtryk automatisk udelukkes permanent fra bloddonation. Han har anført, at hans levertal har været ens uden udsving eller stigninger, og at der aldrig er fundet indikation for behandling. Han har anført, at hans triglyceridindhold i blodet er let forhøjet, ikke har medført behandling og ikke i sig selv kan anses som en sygdom.

Selskabet har anført, at hvis selskabet havde modtaget oplysninger om klagerens lægeundersøgelser mv., ville selskabet have indhentet yderligere helbredsoplysninger og på dette grundlag afvist at tegne forsikringen. Selskabet har anført, at der i helbredserklæringen spørges om både undersøgelser og behandlinger. Selskabet har anført, at der er tale om et klart og tydeligt spørgsmål, der ikke kan misforstås, og som alene angår 3 år inden forsikringens tegning. Det fremgår ikke af erklæringen, at klageren kan vælge at udelade oplysninger. Oplysningen om behandling ved kiropraktor fremstår udtømmende, og gav ikke selskabet anledning til at indhente supplerende oplysninger. Selskabet har anført, at mindst 18 af de fortiede undersøgelser/behandlinger har fundet sted senere end et år før tegningen. Den sidste fortiede undersøgelse/behandling har fundet sted den 3. november 2014, hvilket er en uge før indtegningen. Selskabet har anført, at der ikke findes et antagelsesbilag. Der var tale om en ukompliceret vurdering, idet ryggener ikke kan påvirke dækningen for kritisk sygdom. Selskabet har med henvisning til et antagelsesbilag fra 2012 og en udtalelse fra en ledende medarbejder anført, at selskabet har dokumenteret forretningsgangen i 2014.

Af erklæringen med klagerens helbredsoplysninger fremgår det, at "Konsekvens af urigtige oplysninger: Angiver du urigtige eller mangelfulde oplysninger, kan det medføre, at dækningen helt eller delvis falder bort den dag, du har brug for den".

Af klagerens lægejournal fremgår det, at han løbende i perioden 31/10 2012- 4/3 2014 fik målt forhøjet blodtryk, at han den 6/3 2014 fik konstateret forhøjet TSH og overgik til endokrinologer, at han den 11/3 2014 fik konstateret stærkt forhøjet TPO antistof og fik ordineret Eltroxin og frem til 11/9 2014 fik overvåget TSH-værdier og reguleret Eltroxin herefter.

Af klagerens hospitalsjournal fremgår det, at han i perioden 11/3 2014 – 20/3 2014 fik foretaget ultralydsundersøgelser og blodprøvetagninger, påvist biokemisk myxodem/thyreotoksikose, og diagnosticeret autoimmun tyroiditis og atrofi af skjoldbruskkirtler.

Ankenævnet for Forsikring

20.

99198

Af revurdering af forsikringsrisikoen af 5/10 2020 fra Videncenter for Helbred & Forsikring fremgår det, at "På grund af intermitterende svimmelhed konsulterede forsikrede lægen i henholdsvis oktober 2012 og oktober 2013, hvor blodtrykket var forhøjet og på henholdsvis 163/100 mmHg og 161/97 mmHg. Derudover foreligger der nu 8 blodtryksmålinger foretaget i forbindelse med kontroller på ... afdeling i perioden fra juni 2010 til februar 2014. Gennemsnittet af de 8 blodtryk er 150/83 mmHg. Af det foreliggende laboratorieundersøgelser fremgår det også, at triglycerid i december 2011 var forhøjet til 4,6 mmol/l. I juni 2014 var triglycerid let forhøjet svarende til 3,3 mmol/l. I december 2011 er der desuden påvist forhøjet ALAT på 114 U/L. Efterfølgende har ALAT været faldende til seneste måling i september 2014, hvor ALAT var 64 U/L. Risikovurdering for KS pr. november 2014: 150%".

Af selskabets forretningsgang af 6/10 2022 fremgår det, at "Dækning: Kritisk sygdom ... Max vurdering: KS100 %. Ikke mulighed for forhøjet pris eller klausul".

Af selskabets antagelsesbilag af 2012 fremgår det, at "Gruppelivsprodukter: Forsikring ved visse kritiske sygdomme ... Vi vurderer risiko for: Kritiske sygdomme, jf. forsikringsbetingelserne. Antages ved max: D2 I2 (se acceptregler)".

Af udateret brev fra selskabets ledende medarbejder fremgår det, at "Det har ikke været muligt at finde en forretningsgang fra 2014, men vi har fundet et dokument fra 2012, som viser, at kritisk sygdom kunne antages op til D2 til normale vilkår. Selskabet anvendte ikke %-satsen på kritisk sygdom i 2012. D2 er lig med 100% kritisk sygdom. Antagelseskravene er ikke blevet ændret fra 2014 til dags dato bortset fra, at selskabet ikke anvender dødstavlen til kritisk sygdomsvurderinger mere, men anvender %-satsen. Dette blev formentligt ændret i 2015. Jeg har været ansat i AP Pension fra [før klagerens indtegning], og jeg ved derfor, at antagelsesvilkårene ikke har ændret sig fra 2014 til d.d.".

Ankenævnet for Forsikring

21.

99198

Efter en gennemgang af sagen – herunder de lægelige oplysninger – finder nævnet, 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 i perioden 31/10 2012- 11/9 2014 løbende konsulterede sin læge med bl.a. forhøjet blodtryk, forhøjet TPO antistof og forhøjede TSH-værdier, og at han i perioden 11/3 2014 – 20/3 2014 var til ambulante hospitalsundersøgelser, hvor han fik foretaget ultralydsundersøgelser og blodprøvetagninger, påvist biokemisk myxodem/thyreotoksikose, og diagnosticeret Autoimmun tyroiditis og atrofi af skjoldbruskkirtler.

Nævnet har også lagt vægt på, at der i helbredsoplysningsskemaet spørges ind til, om forsikringstageren har været undersøgt eller behandlet af læge, fået foretaget laboratorieundersøgelser eller været undersøgt på sygehus eller ambulatorium, og at klageren hertil alene oplyste om behandlinger ved kiropraktor i 2010. Nævnet bemærker, at klagerens svar fremstår udtømmende og derfor ikke giver anledning til, at selskabet skal indhente yderligere oplysninger. Nævnet finder, at selskabet har bevist, at selskabet ikke ville have tegnet dækning for visse kritiske sygdomme, hvis korrekte helbredsoplysninger med de gentagne lægekonsultationer og hospitalsundersøgelser samt de foretagne diagnosticeringer havde foreligget på tegningstidspunktet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at Videntcenter for Helbred & Forsikring har vurderet klagerens dødelighed til "D3", invaliditet til "I3" og forsikringsrisikoen for "KS" til 150 % pr. 12/11 2014, og at det fremgår af selskabets forretningsgang af 6/10 2022, at max vurderingen ved kritisk sygdom er KS100%.

Nævnet har også lagt vægt på selskabets antagelsesbilag fra 2012, hvoraf det fremgår, at kritiske sygdomme antages ved max: D2 I2.

Ankenævnet for Forsikring

22.

99198

Nævnet har videre lagt vægt på oplysningen fra selskabets ledende medarbejder om, at selskabets antagelseskrav ikke er blevet ændret fra 2014 til dags dato bortset fra, at selskabet ikke anvender dødstavlen til kritisk sygdomsvurderinger mere, men anvender %-satsen. Nævnet bemærker, at nævnet ikke har grund til at betvivle oplysningerne fra den ledende medarbejder.

På den baggrund kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Peter Thønnings