

Responsum 3332 af 22. november 2001

I juni 1995 kommer A kørende i sin bil, og pludselig svinger en dreng på cykel ud foran ham uden at tage hensyn til den ubetingede vigepligt. For at undgå påkørsel foretager A en hård opbremsning og en undvigemanøvre, så han undgår at ramme drengen frontalt. Ved denne manøvre kastes A frem i sædet og mærker et smæld i ryggen, og har herefter siden haft smerter i ryggen.

A har en ulykkesforsikring - tegnet i 1991 og ændret i 1993 - i forsikringsselskab B. På forsikringsbegæringen har A intet oplyst om flere forskellige hospitalsundersøgelser, som han har fået foretaget i sin barndom, og der er ikke skrevet nogen bemærkninger i skemaet under helbredsoplysninger. B afviser at udbetale erstatning med den begrundelse, at selskabet mener, der er tale om en udløsning af latente sygdomsanlæg. B har til vurdering af sagen indhentet journaludskrifter fra henholdsvis hospital, speciallæge og kiropraktisk klinik. En af journalerne beskriver, at A på grund af uens benlængde lider af en rygsækævhed, og at han også har hypermobilitet i ryghvirvlerne - en kombination, som ifølge lægeerklæringen fra speciallægen altid vil give smerter i foroverbøjet stilling stående samt ved monotone arbejdsstillinger og lændebelastning. Der er dog ikke fuldstændig enighed i denne lægelige vurdering blandt de adspurgte behandlingssteder.

B konkluderer på baggrund af de lægelige dokumenter, at der er tale om en forudbestående sygdom, som udløses eller bliver symptomgivende ved den hårde opbremsning. Dels fordi ulykkesforsikringen undtager udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde, dels fordi der ved tegningen af forsikringen i 1991 var afgivet blanke helbredsoplysninger, afviser selskabet dækning af skaden.

A mener dog ikke, at han har afgivet urigtige oplysninger, idet han i 1976 ved den første undersøgelse blot var 9 år gammel og ikke kendte til undersøgelsesformålet, og undersøgelsesresultaterne i 1985 og - 87 har han heller ikke kendskab til.

Spørgsmål 1:

"Ville et forsikringsselskab i 1991 henholdsvis 1993 sædvanligvis have antaget en ulykkesforsikring med invalidedækning, såfremt den forsikringsøgende havde oplyst, at han havde fået foretaget undersøgelser på forskellige hospitaler i 1976, 1987 og 1988, hvor én af lægerne konstaterede, at han led af en rygsækævhed på grund af uens benlængde og havde hypermobilitet i rygsøjlen?"

Spørgsmål 2:

"Ville det have haft betydning ved forsikringens tegning, hvis den forsikringsøgende havde fortalt, at han havde tilbagevendende smerter?"

Spørgsmål 3:

"Såfremt forsikringsselskabet på tegningstidspunktet ville have antaget en ulykkesforsikring som angivet, på hvilke vilkår ville det så være sket?"

Spørgsmål 4:

"Ville de fleste forsikringsselskaber ikke have antaget forsikringen med en klausul om, at forsikringen ikke berettiger til erstatning for lidelser i lændedel, uanset om de nævnte lidelser er opstået eller forværret på grund af et ulykkestilfælde."

F&P har valgt at afgive en samlet besvarelse på de stillede spørgsmål.

Der var efter F&P's opfattelse ikke ensartet praksis i selskaberne på området. Såfremt det af helbredsoplysningerne var fremgået, at den forsikrings søgendes ene ben var 1 cm kortere end det andet, samt at han led af hypermobilitet, ville nogle selskaber have afvist at antage forsikringen.

Andre selskaber ville have antaget forsikringen med rygklausuler. Disse er formuleret forskelligt i selskaberne, men kan eksempelvis være formuleret på én af følgende måder:

1. Der ydes ikke erstatning for lidelser i rygsøjlen samt muskel- og nervelidelser i ben og ryg, herunder iskias og lændehold, uanset om de er opstået eller forværret som følge af et ulykkestilfælde.
2. Forsikringen dækker ikke invaliditet, der skyldes ryglidelse i lænde- og brystvirvler. Brud på ryggen erstattes dog i det omfang, det ikke anses for at være blevet forværret på grund af den bestående ryglidelse.

I øvrigt ville det typisk i forsikringsbetingelserne være nævnt, at forsikringen ikke ville dække sygdom og udløsning af latente sygdomsanlæg, selvom sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde. Forsikringsbetingelserne ville ligeledes undtage dækning for ulykkestilfælde, der skyldes sygdom og forværring af følgerne af ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

Advokaten har stillet følgende supplerende spørgsmål:

Spørgsmål 5:

"Hvilken antagelsespraksis ville selskaberne i 1991, henholdsvis 1993, have brugt, såfremt det lægges til grund, at der ved tegningen af forsikringen fra forsikringstagers side var givet oplysninger om, at forsikringstager havde ca. 1. cm forskel i benlængden og let scoliose, og at forsikringstager havde haft tilbagevendende smerter."

F&P skal udtale følgende:

Selskaberne ville i 1991, henholdsvis 1993, have antaget forsikringen med en rygklausul, som eksempelvis kunne være formuleret på én af følgende måder:

1. Der ydes ikke erstatning for lidelser i rygsøjlen samt muskel- og nervelidelser i ben og ryg, herunder iskias og lændehold, uanset om de er opstået eller forværret som følge af et ulykkestilfælde.
2. Forsikringen dækker ikke invaliditet, der skyldes ryglidelse i lænde- og brystvirvler. Brud på ryggen erstattes dog i det omfang, det ikke anses for at være blevet forværret på grund af den bestående ryglidelse.

Som redegjort for i Responsumudvalgets besvarelse af 22. november 2001 ville det i øvrigt typisk i forsikringsbetingelserne være nævnt, at forsikringen ikke ville dække sygdom og udløsning af latente sygdomsanlæg, selvom sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.

Forsikringsbetingelserne ville ligeledes undtage dækning for ulykkestilfælde, der skyldes sygdom og forværring af følgerne af ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom