

## Responsum nr. 3091 af 20. sept. 1994

08.06.2009

Den 27.07.81 tegnede A en personforsikring i forsikringselskabet B. Forsikringen blev antaget på sædvanlige vilkår den 04.08.81. Den 26.04.83 begærede A forsikringen ændret. Forsikringen blev ændret/antaget på sædvanlige vilkår den 20.07.83.

A indgav anmeldelse om ulykkestilfælde/sygdom den 20.03.91. I forbindelse med behandlingen af A's anmeldelse modtog B en lægeattest, hvoraf det fremgik, at A havde været behandlet på Randers Centralsygehus i 1981. B indhente de yderligere oplysninger, hvoraf det fremgik, at A havde været undersøgt på hospitalet to gange i 1981.

Den 21.04.81 fik A foretaget en røntgenundersøgelse af lænden på sygehuset. Undersøgelsen viste ».. en dextrokonvex, men ikke torqueret scoliose med topunkt ud for de øverste lumbalhvirvler. Lændelordosen er en lille smule affladet. Iv. rummern er normale. RD.: Scoliosis. Columna Lumbalis recta.«

A blev endvidere undersøgt på sygehusets ortopædkirurgiske ambulatorium den 28.06.81, og der blev stillet følgende diagnose: »Insufficiencia musculorum lumbalis obs. pro. Ligamentosis ossis sacri obs.pro. Der fandtes intet tegn på discusprolaps...«

Parternes tvist vedrører spørgsmålet om, på hvilke vilkår B ville have antaget forsikringen, hvis B havde været bekendt med undersøgelserne den 21.04.81 og 28.06.81.

A's advokat spurgte i den forbindelse Assurandør-Societetet om følgende:

- 1) På hvilke vilkår måtte et forsikringselskab antages at ville have antaget den i sagen omhandlede personforsikring i juli 1981?
- 2) På hvilke vilkår måtte et forsikringselskab antages at ville antage en begæring om ændring af forsikringen i april 1983.
- 3) Ville det have gjort nogen forskel i antagelsesvilkårene - at forsikringstageren henholdsvis i 1981 og 1983 anså sig for rask, - at forsikringstageren ikke havde

Erhvervsorganisation  
for forsikringselskaber  
og pensionskasser

benyttet sig af tilbuddet om øvelsesbehandling på Fysiurgisk afdeling, fordi læn-  
deholdet, efter forsikringstagers egne oplysninger, hurtigt gik over, og efter for-  
sikringstagerens oplysning, ikke havde medført sygedage samt at forsikringsta-  
gerens læge i den helbredsattest, som lægen underskrev den 16.06.1993 i for-  
bindelse med forsikringens ændring til spørgsmålet: »Kan De om den forsik-  
ringssøgendes tidligere og nuværende helbredstilstand fremkomme med yderli-  
gere oplysninger, der efter Deres skøn kan have betydning for den forsikrings-  
mæssige bedømmelse?«, anførte følgende svar: »Usædvanlig sund type«.

**Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**

4) Assurandør-Societetet bedes oplyse, i hvilket omfang forsikringssøgende sub-  
jektive vurdering af sine helbredsforhold har betydning for de antagelsesvilkår et  
forsikringsselskab qua sit medlemskab af Bedømmelsesforeningen, er forpligtet  
til at tilbyde en forsikringssøgende.

#### Societetet svarede følgende:

Ad spørgsmål 1: Hvis de foreliggende helbredsoplysninger havde været oplyst  
på tegningstidspunktet den 22.07.1981, ville antagelsesvilkårene for en livs- og  
pensionsforsikring have været normale vilkår med hensyn til dødsfaldsdækning  
og afslag på invaliditetsdækning. Forsikringen ville kunne være tegnet med ret  
til præmiefritagelse med et vilkår indeholdende en iskiasklausul.

Ad spørgsmål 2: Den samme helbredsbedømmelse ville have været gældende  
ved ændringen af forsikringen i juni 1993.  
Spørgsmål 1 og 2 har været forelagt Foreningen til bedømmelse af Personforsik-  
ringsrisiko, som har oplyst, at der til grund for helbredsbedømmelsen ligger op-  
lysninger om flere tilfælde af ryggerer fra 17 års alderen, der i april 1981 med-  
førte røntgenfotoografering af ryggen samt undersøgelse i juni 1981 på ortopæd-  
kirurgisk ambulatorium. Diagnosen Insufficiencia musculorum lumbalis obs.pro.  
og ligamentosis ossis sacri obs.pro. blev stillet derfra i oktober 1981. Siden har  
der fortsat været lændegener.

Ad spørgsmål 3: Oplysningerne, som er nævnt i spørgsmål 3, ville efter societe-  
tets opfattelse ikke have ændret antagelsesvilkårene.

Ad spørgsmål 4: Det er ikke i sig selv afgørende, om forsikringstageren føler sig  
rask eller ej, men om vedkommende har videregivet lægelige oplysninger m.v.  
til forsikringsselskabet. Det er således ikke afgørende, om forsikringstageren var  
enig i indholdet af oplysningerne.