603/00

Den 2. oktober 2000 blev i sag nr. 52.468:

xxxx xxxxxxxx xxxx
xxxxxxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Administrations-Aktieselskab
Strandboulevarden 122
Postbox 844
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der er omfattet af en gruppelivsforsikring i Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab, klager ved sin advokat over, at selskabet med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet har ophævet forsikringen og herved afvist at yde forsikringsdækning for et anmeldt erhvervsevnetab.

Selskabet har ophævet forsikringen med henvisning til, at klageren afgav urigtige helbredsoplysninger på tegningstidspunktet.

Forsikringen blev tegnet gennem Den Danske Bank, og i forsikringsbegæringen dateret 10/2 1998 har klageren afgivet en blank helbredserklæring.

Den 25/1 2000 ansøgte klageren om udbetaling af invalidesum, og af ansøgningen fremgår bl.a.: ”1. **Ved sygdom** a. Hvilken sygdom lider De af? a) Gener efter operation for brystcancer – angstanfald – depressioner – svimmelhed – hovedpine – træthed – mavesyre – somatisering. b. Hvornår mærkede De første gang symptomer på sygdommen? b) 13-3-98 c. Hvornår søgte De første gang læge for denne sygdom? c) 14-3-98 d. Hvordan har sygdommen påvirket Deres erhvervsevne? d) Jeg er slet ikke i stand til at udføre noget arbejde p.g.a. ovennævnte sygdomme og gener.”

På selskabets forespørgsel har klagerens læge oplyst følgende: "Iflg. journalnotater har pt. haft flg. sygehistorie fra feb. 1995 til feb. 98 som flg.: 1996: Med. amb. Hørsholm sygehus – diætvejl. p.g.a. diabetes. 1996: Spec.læge i otologi – vertigo – ingen otologisk årsag. 1996: Spec. i neurologi N.S. – svimmelhed – intet neurologisk abnormt. 1996: Med. afd. Hørsholm sygehus – myosis variae – tilrådet ændrede arbejdsstillinger. 1997: Spec. i psykiatri – K.J. – generaliseret angstsygdom obs. pro. – beh. Tolvon og Valaxona."

Ved skrivelse af 3/2 2000 ophævede selskabet forsikringen med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6 og refunderede samtidig hermed den af klageren indbetalte præmie.

I klageskrivelse af 21/2 2000 har klagerens advokat anført: "**PRINCIPAL PÅSTAND:** Der indrømmes M.G. fuld dækning i henhold til gruppelivsaftalen med Den Danske Bank – aftale nr. 93909 – i overensstemmelse med de vilkår der er gældende for aftalen. **SUBSIDIÆR PÅSTAND:** Der indrømmes M.G. dækning i overensstemmelse med ovennævnte gruppelivsaftale, når bortses fra de lægelige forhold der eventuelt kan komme direkte af diabetes eller 'angstsygdom'. **ANBRINGENDER:** Klager gør indledningsvis gældende, at den omhandlede forsikring blev tegnet på opfordring af bankens personale, samt at man besvarede alle de spørgsmål der blev stillet, så godt og grundigt man kunne. Derfor er de manglende oplysninger i realiteten forårsaget af, at den pågældende repræsentant for forsikringsselskabet ikke har stillet tilpas indgående spørgsmål. Ville klager selv have haft opfattelsen af, at det kunne være vigtigt i den pågældende situation ville klager naturligvis ligeledes have givet meddelelsen. Klager har ikke tænkt herpå i den pågældende situation. Under alle omstændigheder ses der ikke i relation til det aktuelle grundlag for udbetalingsansøgningen at være forhold, der kan sammenholdes med eventuelle følger af diabetes og/eller af 'angstsygdom', hvorfor det ej heller ud fra denne synsvinkel findes berettiget at fratage forsikringstager den aftalte dækning. Den sygdom, der er den reelle grund til at min klient fremsætter anmodning om udbetaling af invalidesum er som bekendt brystcancer, for hvilken min klient er opereret og konstaterer symptomer, efter tegningen af forsikringen. Det kan således fremføres for klager, at denne ikke svigagtigt har fortiet omstændigheder eller afgivet urigtige oplysninger som må antages at have været af betydning for selskabet for tegning af for-

sikringen, - ligesom der ikke ses at foreligge dokumentation for, at selskabet ikke ville have overtaget forsikringen om de påberåbte forhold havde været oplyst på tegningstidspunktet. Den subsidiære påstand anføres under henvisning til forsikringsaftalelovens § 6 stk. 2, idet det må antages at selskabet ville have tegnet forsikringen, men eventuelt på ændrede vilkår, muligt således at sygdomme stammende fra diabetes og/eller 'angstanfald' ikke ville være dækket, eller alene være dækket under en nedsat forsikringssum. Der ses ikke at foreligge en sådan konkret årsagssammenhæng mellem de påberåbte mangelfulde oplysninger og brystcanceren, som der ikke forelå oplysninger om for nogen på tegningstidspunktet, at de påberåbte forhold med nogen rimelighed kan danne baggrund for nægtelse af forsikringsudbetaling på grund af brystcanceren."

Nævnet udtaler:
Det er nævnets opfattelse, at klageren afgav urigtige oplysninger på begæringen den 10/2 1998, bl.a. ved at svare nej til spørgsmålet om, hvorvidt hun inden for de sidste 3 år havde været undersøgt af læge m.v., når henses til, at hun 4 gange i 1996 var blevet henvist til såvel sygehus som speciallæger, samt at hun i 1997 var blevet henvist til speciallæge i psykiatri.

Der er herved ikke givet selskabet fornøden opfordring til inden forsikringens antagelse at tilvejebringe fornødne yderligere oplysninger om klagerens helbredstilstand. Da nævnet finder det antageliggjort, at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6 har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft som sket.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann
formand