605/00

Den 23. oktober 2000 blev i sag nr. 52.578:

xxxx xxxxx xxxx xxxxxxx
xxxxxx xxxxxxx xxxx
xxxxxxxxxxxx xx xxxxxxx
xxxx xxxxxxxxx x

mod

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

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Boet efter forsikringstageren, der havde gruppelivsforsikring i Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab, klager ved forsikringstagerens datter J.B.B. over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning efter forsikringstagerens død den 22/8 1999.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til, at der er givet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning.

Selskabet har i skrivelse af 28/3 2000 til nævnet bl.a. anført: "Den 16. maj 1997 underskrev J.B. ..(forsikringstageren) en helbredserklæring (bilag A) til brug for optagelse i en gruppelivsaftale med Frøs Herreds Sparekasse. Til spørgsmål 2, der lyder: 'Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor…..', svarede J.B. nej. Den 22. august 1999 døde J.B. og i forbindelse med udbetalingssagen, oplyste afdødes læge, at afdøde havde haft en mangeårig adipositas (fedme), og at der gennem årene i forbindelse med slankekure blev anvendt en ganske kraftig medicinsk behandling ved hjælp af Letigen og Regenon Ret, at vægten i de sidste 3 år før forsikringens etablering svingede mellem 115 og 125 kg, hvilket med en højde på 172 cm, svarer til

en overvægt på mellem 51 og 65%. Endvidere blev et mangeårigt forhøjet blodtryk behandlet med to slags medicin (bilag B). Såfremt vi havde modtaget disse oplysninger ved forsikringens etablering, ville vi efter fast praksis have afslået at tegne forsikringen, hvilket vi skrev til Frøs Herreds Sparekasse den 28. oktober 1999 (bilag C). Afsluttende oplyses, at vi ikke kan tegne forsikring på skærpede vilkår. Som følge heraf har vi heller ikke kunnet tilbyde J.B. en reduceret dækning."

Klageren har i skrivelse af 2/3 2000 til nævnet bl.a. anført, at forsikringstagerens bankrådgiver T.S. skiftede fra Bikuben/Sparekassen Sydjylland til Frøs Herreds Sparekasse, og at forsikringstageren i denne forbindelse - på T.S.'s opfordring - opsagde en forsikring, som var tegnet i 1989, for at tegne en ny forsikringen i det indklagede selskab, hvilket skete gennem Frøs Herred Sparekasse. I skrivelsen hedder det bl.a.: "I de 8 år der gik fra J. tegnede sin første forsikring til den nye skulle tegnes kan der have opstået helbredsmæssige forhold der gør, at den nye forsikring ikke kan tegnes, med de helbredsoplysninger der her skal afgives. I en sådan situation må en rådgiver vurdere om det ikke er bedre kunden bliver i sin eksisterende ordning, hvor der allerede er afgivet helbredsoplysninger end at overgå til en ny, hvor der kræves nye helbredsoplysninger. J. afleverede sin første 'rene' helbredserklæring i f.m. tegning af den første gruppelivsforsikring. I den mellemliggende periode havde J. taget meget på i vægt, og var åbenbar overvægtig, hvorfor rådgiveren burde og skulle have været opmærksom på afgivelsen af nye helbredsoplysninger, som også blev afleveret 'ren'."

Herefter gør klageren gældende, at der i forbindelse med selskabsskiftet er ydet forsikringstageren en mangelfuld og dårlig rådgivning. Klageren gør endvidere gældende, at forsikringstageren afgav helbredsoplysningerne i god tro, idet forsikringstageren opfattede sig selv som ”rask og arbejdsdygtig”. Endelig gør klageren gældende, der alene bør ske en nedsættelse af erstatningen. I denne forbindelse henviser klageren til, at det af begæringen bl.a. fremgår: "Undertegnede ønsker herved optagelse på de betingelser, der er aftalt mellem Forende Gruppeliv og Sparekassen. Jeg er klar over, forsikringen nedsættes eller ophæves, såfremt svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted og samtykker i, at FG kan søge oplysninger hos de læger, lægelige institutioner og forsikringsselskaber, som har eller vil få kendskab til min helbredstilstand, og at selskabet kan gøre disse bekendt med det til FG oplyste. Forsikringssummen ved

dødsfald udbetales til de 'nærmeste pårørende', eller som anført under begunstigelsesbestemmelse."

Selskabet har ikke kommenteret klagerens påstand om mangelfuld rådgivning over for nævnet. Selskabet bemærket, at muligheden for nedsættelse alene gælder for obligatoriske gruppelivsaftaler og ikke frivillige aftaler, som den af forsikringstageren indgåede.

Klageren har i skrivelse af 6/6 2000 til nævnet bl.a. anført: "For det andet tyder Deres brev på, at Forenede Gruppeliv ikke vil tage ansvar for deres sælgere af forsikringer. Det er naturligvis meget beklageligt, hvis dette er tilfældet, da mange flere af disse sager vil opstå. Vi er naturligvis af den overbevisning, at selskabet er medansvarlig for den overflytning af forsikringen, der har resulteret i den situation som vi er havnet i. Forenede Gruppeliv må sikre sig at deres sælgere er tilstrækkelig uddannet således de ved at et gruppelivsforsikring ikke kan overflyttes men skal tegnes på ny."

T.S. har i skrivelse af 7/2 2000 til klagerens bror bl.a. anført: "I øvrigt kan jeg oplyse, at vi er meget omhyggelige med vor rådgivning i forbindelse med tegning af gruppelivsaftaler, og at vi i forbindelse med kundens afgivelse af helbredsoplysninger altid gør kunden opmærksom på, at man hellere må oplyse for meget end fortie noget, hvis man er i tvivl. Ved afgivelse af fejlagtige oplysninger fortæller vi konsekvenserne heraf. Endvidere kan oplyses, at J. havde tegnet gruppelivsordning igennem det daværende pengeinstitut, Sparekassen Sydjylland, på de samme konditioner og oplysninger. Vi kan jo ikke vide om en kunde fejler noget og dermed fortier det. Overvægt alene behøver ikke at være grund til, at en forsikring ikke kan antages. Dette for at oplyse om vor rådgivning ved tegning af gruppelivsordninger!"

Nævnet udtaler:
Selskabet har ikke ved tegningen af forsikringen afkrævet J.B. oplysninger om dennes vægt. Efter det nu oplyste om J.B.'s vægt måtte det i øvrigt være kendeligt for bankmedarbejderen, der tegnede forsikringen, at J.B. var klart overvægtig. Selve det forhold, at J.B. var overvægtig, kan derfor efter nævnets opfattelse ikke tilregnes J.B. som en

urigtig oplysning. Derimod finder nævnet, at forsikringstageren J.B. har afgivet urigtige oplysninger i begæringen ved ikke på spørgsmål 3 at oplyse om sine lægebesøg samt behandling med medicin på grund af forhøjet blodtryk og fedme. Der er herved ikke givet selskabet fornøden opfordring til inden forsikringens antagelse at tilvejebringe nødvendige yderligere oplysninger om klagerens helbredstilstand.

Da det efter de til sagen tilvejebragte oplysninger må lægges til grund, at forsikringen ikke ville være blevet tegnet, såfremt selskabet havde været bekendt med nu afdøde forsikringstagers lidelser, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Selskabet har ikke kommenteret klagerens påstand om mangelfuld rådgivning i forbindelse med forsikringstagerens opsigelse af den i 1989 etablerede forsikring og tegning af forsikringen i det indklagede selskab. Nævnet finder imidlertid, at det ikke på det foreliggende grundlag, hvor bl.a. henses til T.S.'s skrivelse af 7/2 2000, kan lægges til grund, at selskabet er ifaldet et erstatningsansvar på grund af mangelfuld/fejlagtig rådgivning.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann
formand