621/01

Den 29. maj 2001 blev i sag nr. 54.422:

xxxxx xxxxxx
xxxxxxxxxx xxx xx xxx
xxxx xxxxxxxxx

mod

Tryg-Baltica Forsikring
Tryg i Unibank
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har gruppeinvaliderenteforsikring i Tryg-Baltica Forsikring, Tryg i Unibank, klager ved sin advokat over, at selskabet har annulleret forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

Selskabet gør gældende, at der er afgivet urigtige oplysninger, og har annulleret forsikringen med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Forsikringen er oprettet på normale vilkår pr. 1/2 1996. Af helbredserklæring underskrevet af klageren fremgår:

2 Har De inden for de sidst 10 år været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende, herunder røntgenklinik eller fysiurgisk klinik?	Nej Ja X	
3 Har De i øvrigt inden for de sidste 10 år været undersøgt eller behandlet af læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge?	Nej Ja X	For hvad *I 1994 hold i nakken??*
…		**…**
		Har de følger, hvilke *Nej*
7 Bruger De receptpligtige lægemidler?	Nej X	
7a Har De tidligere brugt receptpligtige lægemidler?	Nej X	
…		
9 Er De *fuldstændig* rask og arbejdsdygtig?	Ja X	

I juli 1999 anmeldte klageren tab af erhvervsevne. Efter at have indhentet yderligere helbredsoplysninger annullerede selskabet forsikringen med den ovenfor anførte begrundelse.

Af erklæring af 13/9 1999 fra klagerens læge til selskabet fremgår: "Det er mit indtryk, at patienten i god tro ud fra sine forudsætninger, har afgivet erklæring om, at han ikke fejlede noget. Patienten ligger intellektuelt nok i underkanten af normalområdet. Han har gået til diverse undersøgelser hos speciallæger, som ikke finder tegn på specifik sygdom, men tolker det som somatiserende tilstand. Man har så forsøgt at forklare patienten dette, hvilket patienten har tolket som, at han altså ikke fejler noget."

Af skrivelse af 10/11 2000 fra GE Frankona Reinsurance A/S til selskabet fremgår: "Vi har gennemgået den fremsendte sag og kan fremkomme med følgende udtalelse: Havde forsikrede ved forsikringens tegning i december 1995 oplyst om bronkitis siden 1990, hovedpine, svimmelhed, mavegener, scoliose og diffuse muskelsmerter samt undersøgelserne herfor - herunder speciallægeundersøgelserne i maj og oktober 1995, ville dette på tegningstidspunktet have medført følgende bedømmelse: IA."

Af lægeerklæring af 23/10 1995 fremgår bl.a.: "KONKLUSION: normal neurologisk undersøgelse hos et asthenisk og måske også lidt dårligt begavet individ. Han er aktuelt hovedpinefri. Hvis hovedpinen recidiverer, vil jeg foreslå, at du forsøger nogle blokader sv.t. nakkefæsternes insertion. Endvidere kan der på ny blive indikation for en fysioterapeut, som i givet fald bedes vurdere pt. arbejdsstillinger. Jeg har omhyggeligt forklaret pt., at jeg finder ham helt rask. Jeg har kraftigt opfordret ham til at begynde lidt selvstændig 'behandling', for eksempel i en af byens svømmehaller og dyrke svømningen regelmæssigt."

Af skrivelse af 31/10 2000 fra klagerens advokat til nævnet fremgår bl.a.: "Knapt 2 måneder efter udfyldt han begæringen til forsikringsselskabet Enhjørningen. Han fik ingen vejledning i udfyldelse af blanketten, som foregik i banken. Han erindrer kun at have spurgt bankrådgiveren, hvorvidt han skulle fortælle, at han for nogle år siden havde haft hold i nakken. Dette afviste hun, idet hun meddelte, at det ikke var en sygdom. … Da min klient i 1995 havde været hos sin læge mange gange og både løbende og konklu-

derende havde fået at vide både der og hos speciallægerne, at han ikke fejlede noget og underforstået, at hans klager var hypokondriske, udfyldte han spørgsmål 3 med den konkrete 'sygdom', som han havde nævnt over for bankrådgiveren ved første udfyldelse af skemaet. … Ved besvarelse af punkt 9 må det lægges til grund, at min klient netop havde været igennem et større undersøgelsesforløb, hvorefter man kunne konstatere, at han var fuldstændig rask. Han har derfor været i god tro, da han erklærede sig fuldstændig rask. Vedrørende arbejdsdygtighed har oplysningen været både objektivt og subjektivt korrekt, da min klient på det tidspunkt stadig ikke havde haft en eneste sygedag i årevis. På baggrund af ovennævnte **gøres det gældende**, at forsikringsselskabet ikke har været berettiget til at annullere forsikringen og derfor skal yde min klient invaliderente i overensstemmelse med forsikringsvilkårene. **Til støtte** for den nedlagte påstand, **gøres det gældende**, at selv om besvarelsen af spørgsmål 2 og 3 og formentlig også 9 objektivt set ikke var korrekte, var besvarelserne i overensstemmelse med min klients opfattelse af situationen. **Det gøres derunder gældende**, at min klient ikke burde have indset, at de oplysninger han gav var urigtige, idet min klient havde fået oplyst af skiftende læger, at han var fuldstændig rask. Videre **gøres det gældende**, at når disse læger på grundlag af min klients klager ikke anede uråd om den senere konstaterede fibromyalgi, må det anses for tvivlsomt, om forsikringsselskabet forelagt de samme klager og lægernes konklusioner ikke ville have indgået aftalen, eller ville have indgået den på andre vilkår. Vedrørende de i 1999 indhentede helbredsoplysninger, **gøres det gældende**, at disse ikke forelå ved forsikringstegningen og derfor er uden betydning for forsikringsselskabets antagelse af min klient som forsikringstager."

I skrivelse af 17/11 2000 fra selskabet til nævnet hedder det: "Det følger af røntgenbeskrivelsen fra Silkeborg Centralsygehus (bilag 11), at forsikrede har fået røntgenfotograferet tarmen i 1988. Af røntgenbeskrivelserne fra 1988, 1991, 1992, 1993, (bilag 11) fremgår det, at forsikrede hver gang har fået røntgenfotograferet thorax. Af journal fra L.D. (bilag 9), fremgår det, at ..(klageren) har fået foretaget en gastroskopi den 10. maj 1994 og en rectoskopi den 12. januar 1995 grundet mavegener, som han løbende har haft siden 1981. Endvidere fremgår det, at ..(klageren) har været hos lægen den 20. marts 1990, da han har hostet i 3 måneder, den 23. marts 1993 ordineres penicillinkur mod bronchitis, den 17. februar 1995 konsulterer ..(klageren) lægen med diffuse klager: hovedpine, øresusen, led-muskelsmerter, hoste m.m., og den 13. marts 1995 kan for-

sikrede, ifølge bilag 9, næsten ikke gå, hvorefter han henvises til speciallæge K.J.B. Ifølge journalen fra L.D. (bilag 9) har forsikrede alene i 1995, været hos egen læge over 20 gange. Forsikrede har desuden i perioden fra 1987 og til oktober 1995 fået ordineret receptpligtig medicin som aciloc, acimil, zantac, losec, somadril, nobligan, propanet samt mange penicillinkure som følge af bronkitis. Af bilag 9 fremgår det desuden, at ..(klageren) den 14. december 1995 kontakter lægen og oplyser, at han har meget hovedpine og spændings-gener. Han mener, at han får det værre for hver dag. Derudover skal han til kiropraktor om aftenen. … Da ..(klageren) selv har klaget over sine smerter og henvendt sig til lægen, har han ikke været i god tro, da han underskrev helbredserklæringen (bilag 1). … Havde alle oplysninger om forsikredes helbredstilstand været oplyst, da forsikringen blev oprettet, havde vi ikke tilbudt kunden en invaliderente. Dette dokumenteres fra vores underwritingspartner GE Frankona Reinsurance A/S (bilag 12). Tryg-Baltica fastholder derfor, at vores annullering af forsikringen som meddelt ved brev til kunden af 5. oktober 1999 (bilag 13) er gældende. ..(Klageren) er dermed ikke berettiget til udbetaling af invaliderente og fritagelse for betaling af præmien."

Nævnet udtaler:

Nævnet finder, at klageren har afgivet urigtige oplysninger på begæringen ved ikke at oplyse om sine lægebesøg samt ordinerede medicin. Der er herved ikke givet selskabet fornøden opfordring til inden forsikringens antagelse at tilvejebringe nødvendige yderligere oplysninger om klagerens helbredstilstand.

Da nævnet finder det sandsynliggjort, 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, stk. 1, har annulleret forsikringen med tilbagevirkende kraft som sket.

Nævnet finder det efter det foreliggende ikke godtgjort, at klageren gjorde bankmedarbejderen bekendt med de rigtige oplysninger, eller at selskabet på grund af bankmedarbejderens rådgivning skulle have pådraget sig et erstatningsansvar.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand