635/01

Den 17. december 2001 blev i sag nr. 55.733:

xxxx xxxxxx xx xxxxxxx
xxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxx

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har gruppelivsforsikring i Topdanmark Forsikring A/S, klager over, at selskabet har afvist at udbetale erstatning for kritisk sygdom.

Selskabet gør gældende, at der er afgivet urigtige oplysninger, og at selskabet, såfremt de rigtige helbredsoplysninger havde foreligget, ikke ville have antaget forsikringen.

I november 1994 ansøgte klageren om tegning af invaliderente hos selskabet. I denne forbindelse udfyldte klageren en helbredserklæring og helbredsattest.

Af helbredserklæring underskrevet af klageren den 11/11 1994 fremgår bl.a., at han har dårlig ryg. Af helbredsattest underskrevet af klageren den 12/1 1995 fremgår bl.a., at han har forhøjet blodtryk og hjertekrampe.

Efter at have forelagt helbredsoplysningerne for Bedømmelsesforeningen afviste selskabet at tegne invaliderente for klageren.

Klageren ansøgte også om tegning af en gruppelivsforsikring. Af begæring underskrevet af klageren fremgår:
"**4.** Har De inden for de sidste 3 år lidt af nogen alvorlig sygdom?

☒ Nej ...

5. Har De inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, laboratorieundersøgelser eller været indlagt/undersøgt på sygehus.
Hvor, for hvad hvornår, hvor længe, evt. følger?
☐ Nej ☒ Ja *Ondt i ryggen 1 gang hver måned* ...

7. Er De for tiden fuldstændig rask og arbejdsdygtig? ...
☐ Nej ☒ Ja"

Begæringen er dateret 9/11 (1994), men stemplet "modtaget" hos Topdanmark den 10/2 1995.

Herefter blev gruppelivsforsikringen antaget, og i oktober 1998 blev den udvidet med dækning ved kritisk sygdom.

Klageren anmeldte den 22/12 2000, at han havde fået en blodprop i hjertet. Af lægeattest fremgik, at klageren siden 1979 havde været i behandling for forhøjet blodtryk og siden 1989 for hjertekramper. Da dette ikke var oplyst ved forsikringens tegning annullerede selskabet forsikringen med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk.1.

Klageren er utilfreds med selskabets afgørelse. Af klageskema af 24/4 2001 fremgår: "Omkring november 1994, havde jeg besøg af en kvindelig assurandør fra Topdanmark som havde ringet og tilbudt at tegne en invaliderente. Jeg oplyste her assurandøren om mine lidelser vedr. hjertekrampe og forhøjet blodtryk m.v., hvorefter sagen blev behandlet i Topdanmark som dog ikke ville tegne en sådan invaliderente p.g.a. de oplyste helbredsforhold bl.a. fra min egen læge (lægejournal) som forsikringsselskabet fik tilsendt inden de traf afgørelse. Kort tid efter dette afslag fra Topdanmark, havde jeg igen besøg af den samme assurandør nok i februar 1995. Her udfyldte vi skema/erklæring vedrørende gruppelivsforsikring, d.v.s. at det var assurandøren der udfyldte skemaet/erklæringen, som jeg så derefter underskrev. Assurandøren var vel vidende om mine helbredsforhold, men til trods herfor krydsede assurandøren nej i pkt. 4 i erklæringen vedr. om jeg indenfor de sidste 3 år havde lidt af nogen alvorlig sygdom. Derudover blev der krydset ja i skemaet i pkt. 7 om jeg var fuldstændig rask på daværende tidspunkt. Da jeg forudsatte, at assurandøren var sagkyndig på området og derfor kendte spørgsmålenes iboende mening, samt hendes forudgående kendskab til min lidelse, så fandt

jeg ingen anledning til at betvivle udfyldelsen af skemaet. F.eks. vedrørende spørgsmål nr. 4, hvor der spørges om jeg indenfor de sidste 3 år har lidt af nogen alvorlig sygdom. Kan man her forlange at jeg bedre end assurandøren skulle kunne vurdere om min sygdom er alvorlig eller ej i relation til de normer forsikringsselskabet har sat, når assurandøren har kendskab til mine helbredsforhold? Desuden vedr. punkt 7 om jeg var fuldstændig rask på det tidspunkt, idet jeg jo var fuldt arbejdsdygtig og ikke følte mig syg, da jeg jo fik medicin. Også her må det vel være assurandøren der bør vide hvordan denne passus 'fuldstændig rask', skal fortolkes i relation til forsikringsnormerne, med forudsætning i hendes viden til mit helbred. Skulle jeg som lægmand i denne situation overfor assurandøren betvivle hendes ekspertise vedrørende fortolkningen af de i erklæringen anførte spørgsmål, når jeg til hende havde oplyst om mine helbredsforhold, samtidig med at Topdanmark i forbindelse med den nylige sag vedr. afslag af invaliderente endda havde modtaget lægeoplysninger vedrørende mit helbred ca. måneden før."

SiD har i skrivelse af 15/5 2001 til nævnet anført: "På vegne af og efter aftale med vort ovennævnte medlem, skal vi oplyse til sagen at den dato (9.11) som står anført på helbredserklæringen på kundegruppelivsforsikringen ved H.N.'s [klageren] underskrift er forkert, da datoen skulle have været fra januar/februar 95. Det var assurandøren der udfyldte skemaet og som ligeledes skrev den nævnte dato, altså den 9.11."

I skrivelse af 13/6 2001 fra selskabet til nævnet hedder det: "Vi har, efter at Topdanmarks læge har vurderet sagen, ophævet forsikringen og derfor afvist at udbetale forsikringssummen ved kritisk sygdom med den begrundelse, at forsikrede ikke ved tegningen har oplyst om hypertension og angina pectoris. Havde forsikrede givet de korrekte oplysninger om sit helbred på tegningstidspunktet, ville Topdanmark ikke have tilbudt forsikringen. Det er vores opfattelse, at vores afslag er i overensstemmelse med reglerne i FAL §§ 8 og 9. § 9 bestemmer, at urigtige oplysninger ikke kan gøres gældende, hvis vi ved tegning af gruppelivsforsikringen, d.v.s. ved antagelsen den 08.03.1995, burde have vidst om de urigtige oplysninger. Ikke desto mindre er det vores opfattelse, at der ikke i den forbindelse stilles krav om, at vi skal optræde aktivt med henblik på at få bekræftet, at de meddelte oplysninger er korrekte. Denne undersøgelsespligt gælder kun i særlige tilfælde, f.eks. hvis besvarelsen i helbredserklæringen er uklar eller tvety-

dig. ... Hvis graden af forsikredes uagtsomhed skal tillægges vægt ved afgørelsen af, om vi burde vide, er det vores opfattelse, at karakteren af de udeladte oplysninger indebærer, at der er tale om grov uagtsomhed. Dette skyldes, at der ved tegning ultimo 1994 forties oplysninger om lægebehandlinger fra den 4.5.1992, 4.6.1992, 13.10.1992, 8.3.1993 og 30.11.1993. Der er ikke tale om bagatelagtige lidelser, idet der iværksættes såvel behandling som kontrol. Vedrørende det ovenfor nævnte om aktiv optræden oplyses følgende: Ved tegning af individuelle forsikringer optræder vi aktivt med henblik på at sikre, at der ikke er afgivet urigtige oplysninger. Men i den konkrete sag er der tale om et gruppelivsprodukt, der behandles separat og bedømmes uafhængigt af andre begæringer herunder uafhængigt af attestgrænsen på disse. Om handlepligten efter forsikringens tegning foreskriver § 8, at vi skal handle uden unødigt ophold, efter at vi har fået kundskab til de urigtige oplysninger. Kundskabstidspunktet er i dette tilfælde modtagelsen af attest til anmeldelse af kritisk sygdom af 27.12.2000. Vi mener derfor ikke, at vi har tilsidesat de pligter FAL §§ 8 og 9 pålægger os. Som følge af ovenstående er forsikredes påstand om, at begæring om gruppelivsforsikring er dateret forkert, irrelevant. Ovenstående fører til samme resultat, selvom forsikringen skulle være tegnet i januar/-februar 1995. At Topdanmark har fået oplysning om ischæmisk hjertesygdom i forbindelse med forsikredes ansøgning om invaliderente, fritager ham, efter Topdanmarks mening, ikke for at oplyse herom ved tegning af gruppelivsforsikringen, idet der er tale om to forskellige produkter. Gruppelivsforsikringen behandles særskilt og giver på grund af de udeladte oplysninger ikke anledning til indhentelse af yderligere helbredsoplysninger. Helbredsattesten blev indhentet på grund af invaliderentens størrelse og ikke på grund af helbredsforholdene. Topdanmark får udelukkende oplysning om angina pectoris på grund af den indhentede helbredsattest. Kravet om indhentning af helbredsattest på grund af en dæknings størrelse gælder ikke ved tegning af gruppelivsforsikring. Det kan endvidere bemærkes, at forsikrede ved tegning af gruppelivsforsikringen har skrevet under på, at han er klar over at forsikringen kan ophæves, såfremt svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielse har fundet sted. Det skal således anføres, at forsikrede selv har ansvaret for, at de afgivne helbredsoplysninger er korrekte. Det er herefter vores opfattelse, at forsikrede ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom, idet Topdanmark ikke ville have tilbudt forsikringen, såfremt de korrekte oplysninger om forsikredes helbredsforhold havde været oplyst på helbredserklæringen for gruppelivsforsikringen. Forsikrede påstår, at assurandøren var bekendt med hans

helbredsforhold. Vi har derfor forsøgt at kontakte assurandøren. Assurandøren er fratrådt i 1995. Vi er efterfølgende blevet bekendt med, at den pågældende assurandør er udvandret fra Danmark pr. 29.4.2001. Vi har imidlertid ikke fundet grundlag for at antage, at assurandøren skulle have fraveget Topdanmarks tegningsregler i den konkrete sag."

Nævnet udtaler:
Der er afgivet urigtige oplysninger på begæringen vedrørende gruppelivsforsikringen, idet der ikke er oplyst om flere lægebesøg på grund af forhøjet blodtryk og hjertekramper. Der er herved ikke givet selskabet fornøden opfordring til inden forsikringens antagelse at tilvejebringe nødvendige yderligere oplysninger om klagerens helbredstilstand.

Nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, jf. også Bedømmelsesforeningens udtalelse i sagen. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6 har annulleret forsikringen med tilbagevirkende kraft som sket.

At klageren i forbindelse med begæringen om invaliderenten afgav rigtige helbredsoplysninger kan i det foreliggende tilfælde ikke - i sig selv - føre til, at selskabet er afskåret fra at gøre urigtige oplysninger gældende, jf. forsikringsaftalelovens § 8 og § 9.

Selv om klageren gør gældende, at assurandøren - og dermed selskabet - var bekendt med de rigtige helbredsoplysninger finder nævnet, at klageren - henset til at han havde modtaget afslag på tegning af invaliderente - måtte være klar over, at helbredsoplysningerne, der blev afgivet til brug for gruppelivsforsikringen, var decideret urigtige. Under disse omstændigheder finder nævnet ikke at kunne kritisere selskabets afgørelse.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Jørgen Nørgaard