647/02

Den 10. juni 2002 blev i sag nr. 56.106:

xxxxx xxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx xx xx
xxxx xxxxx

mod

Tryg Forsikring A/S
Tryg i Unibank
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der er omfattet af en gruppeinvaliderente i Tryg Forsikring A/S Tryg i Unibank, klager ved sin advokat over, at selskabet har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunkt og i konsekvens heraf har afvist at yde yderligere forsikringsdækning i anledning af et anmeldt erhvervsevnetab.

Selskabet har ophævet forsikringen med henvisning til, at klageren afgav urigtige helbredsoplysninger på tegningstidspunktet, og at gruppeinvaliderenten ikke kunne være antaget, såfremt korrekte helbredsoplysninger havde foreligget.

I begæringen af 29/8 1995 har klageren svaret nej til følgende spørgsmål: "1 Har De nogensinde været syg eller sygemeldt af en anden årsag end ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde? 2 Har De inden for de sidste 10 år været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende, herunder røntgenklinik eller fysiurgisk klinik?"

På spørgsmålet om, hvorvidt klageren indenfor de sidste 10 år havde været undersøgt af læge m.v. svarede klageren, at hun havde været undersøgt for eksem.

Den 1/12 1999 anmeldte klageren, at hun havde mistet sin erhvervsevne på grund af depression, og at de første sygdomssymptomer var opstået 19/5 1997. Klageren oplyste, at hun nu var dagpatient på Herning Centralsygehus. Klageren har angivet sin egen læge til at være en læge fra Lægehuset Ikast.

”Lægeattest ved sygdom/ulykke 1” er udfyldt af afdelingslæge A.M.L. på Psykiatrisk Afdelings Daghospital. Hun angiver i lægeattesten at have været forsikredes læge fra den 11/10 1999. Af lægeattesten fremgår endvidere:

"5. a) Hvad er den formodede eller konstaterede årsag til lidelsen?	?
b) Hvornår begyndte lidelsen?	For ca. 2 år siden
c) Har tidligere lidelser haft indflydelse på den nuværende lidelse?	X Nej Ja – hvilke?
d) Har andre sygdomme eller svagheder haft indflydelse på den nuværende lidelse?	X Nej Ja – hvilke?"

Selskabet ydede herefter forsikringsdækning og indhentede løbende oplysning fra klageren og hospitalslægen om klagerens helbredstilstand.

Selskabet modtog den 15/1 2001 lægeattest 1 fra klagerens praktiserende læge, og af denne fremgår, at klagerens lidelse var begyndt i 1995. Selskabet indhentede yderligere oplysninger og det fremgår, at klageren i 1995 var blevet henvist til en speciallæge i psykiatri på grund af problemer efter faderens død.

Klageren modtog således 10 konsultationer hos speciallægen i psykiatri i perioden 3/1 1995 til 19/6 1995.

I skrivelse af 23/3 2001 til klageren anførte selskabet: "Efter at vi har haft sagens lægelige akter forelagt vores lægekonsulenter, skal vi meddele Dem, at vi ikke kan tilbyde Dem yderlig udbetaling for tab af erhvervsevne samt præmiefritagelse, idet der er uoverensstemmelse mellem de helbredsoplysninger vi modtog ved forsikringens tegning og de helbredsoplysninger vi nu har modtaget i forbindelse med skadesagens behandling. Vi har lagt vægt på oplysningerne om 10 konsultationer hos psykiatrisk speci-

allæge i perioden 3. januar til 19. juni 1995. Deres forsikringsaftale er således ikke indgået på det korrekte grundlag. I henhold til Forsikringsaftalelovens bestemmelser om urigtige risikooplysninger, er vi kun forpligtet i det omfang og på de vilkår, vi ville have antaget forsikringen på, såfremt de korrekte helbredsoplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet. De har ved tegningen af forsikringen i august 1995 afgivet helbredsoplysninger. I den forbindelse har De ikke oplyst om konsultationerne hos speciallægen. Hvis de rigtige helbredsforhold havde været oplyst ved tegningen af forsikringen, havde vi ikke kunne tilbyde Dem at tegne tab af erhvervsevneforsikring. Forsikringen ophæves derfor fra tegningstidspunktet."

I klageskrivelsen af 20/6 2001 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført: "Det er korrekt, at min klient i 1995 var hos psykiater. Årsagen var, at hun i 1994 mistede sin far. Det tog meget hårdt på hende og hun følte sig psykisk afkræftet. Hun havde svært ved at komme sig over sorgen. Det var årsagen til, at hun blev henvist til psykiater. Hun opfattede det selv som en form for krisehjælp. Forløbet hos psykiater P.W. blev ikke fuldført, da hun egentligt følte, at der ikke mere var et behov. Min klient fik ikke på noget tidspunkt medicinsk behandling. På tidspunktet hvor hun tegnede forsikringen, tænkte hun ikke på, at oplysningen om, at hun havde været hos psykiater var relevant. Hun forbandt det med krisehjælp og følte, at det var et helt afsluttet kapitel, som havde relation til faderens død. Min klient blev syg i 1997. Det kom som et lyn fra en klar himmel første gang, hun fik et angstanfald. Hendes nuværende sygdomssituation har intet at gøre med faderens død. På baggrund af ovenstående gøres det gældende, at der ikke i besvarelsen af helbredserklæringen er udeholdt oplysninger, idet det navnlig gøres gældende, at erklæringen ikke på nogen måde lægger op til, at klienten af egen drift skal oplyse eller komme i tanke om, at spørgsmålet om ydelse af krisehjælp er relevant for selskabets bedømmelse af forsikringsbegæring."

I selskabets skrivelse af 9/7 2001 til nævnet hedder det bl.a.: "Af lægeattest af 2. august 1995 ... fra speciallæge i psykiatri P.W. fremgår, at forsikrede i perioden fra 3. januar 1995 til 19. juni 1995 konsulterede speciallæge P.W. 10 gange og fik stillet diagnoserne 'tilpasningsreaktion med andre emotionelle symptomer' og psykoneurotisk personlighed med hysteriske karaktertræk'. Der er således givet urigtige helbredsoplysninger i forbindelse med oprettelse af gruppeinvaliderenten. I overensstemmelse med for-

sikringsbetingelserne og forsikringsaftalelovens bestemmelser om urigtige oplysninger, hæfter Tryg i Unibank derfor kun på de vilkår og i det omfang, vi ville have antaget forsikringen, såfremt de korrekte oplysninger havde foreligget ved oprettelsen. Oplysningerne har været forelagt underwritningspartner GE Frankona Reinsurance A/S ... der oplyser, at der ville være givet afslag på oprettelse af forsikring med dødsrisiko (DA) og invaliditetsrisiko (IA), hvis oplysningerne havde foreligget ved forsikringens tegning. Tryg i Unibank fastholder derfor, at I.D. [klageren] ikke er berettiget til yderligere udbetaling og yderligere præmiefritagelse samt, at I.D. heller ikke har været berettiget til præmiefritagelse og udbetaling af invaliderente i den forløbne periode."

Selskabet har oplyst, at man vil kræve de erlagte ydelser tilbagebetalt.

Nævnet udtaler:
Det er nævnets opfattelse, at klageren har afgivet urigtige oplysninger på begæringen ved ikke at oplyse om, at hun i 1995 havde konsulteret speciallæge i psykiatri, hvor hun havde modtaget behandling. 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 som sket.

Nævnet finder det imidlertid betænkeligt at antage, at klageren burde vide, at hun oppebar forsikringsydelserne med urette. Nævnet finder derfor, at selskabet ikke er berettiget til at kræve de erlagte ydelser tilbagebetalt.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Selskabet, Tryg Forsikring A/S Tryg i Unibank, skal anerkende, at selskabet ikke kan kræve de erlagte ydelser tilbagebetalt.

Klagen i øvrigt kan ikke tages til følge.

Jørgen Nørgaard