661/02

Den 16. december 2002 blev i sag nr. 56.378:

xxxx xxxxx xxxx xx xxxxxx
xxxxxxxxx xx xxxx xxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxxx xx

mod

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

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Boet efter nu afdøde forsikringstager, som havde tegnet gruppelivsforsikring i Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab, klager ved dets advokat over, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet og i konsekvens heraf har afvist at udbetale den til forsikringen knyttede dødsfaldssum.

Selskabet har ophævet forsikringen med henvisning til, at forsikringstageren afgav urigtige helbredsoplysninger på tegningstidspunktet, og at man, såfremt korrekte oplysninger havde været afgivet, ikke ville have antaget forsikringen.

I begæringen, som er underskrevet af forsikringstageren den 1/12 2000, er der bl.a. svaret nej til følgende spørgsmål:

> "2 Har du inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt på sygehus, ambulatorium e.l.?"

Begæringen er udformet således, at der herudover er en række spørgsmål nummereret 6-11, som alene skal bevares, såfremt der ønskes dækning for invalidesum og/eller kritisk sygdom. I spørgsmål 7 spørges der om alkoholforbrug, herunder om man har modtaget behandling for et overforbrug af alkohol.

Forsikringstagerens læge har over for selskabet bl.a. oplyst:

"Patienten havde i 1988 en kompressionsfraktur af 5. lumbale hvirvel. Frakturen helede uden gener. Ingen neurologiske udfald.

I 1995-1996 gennemførte han 1 års kontrolleret antabus behandling i forbindelse med udsættelse af hæftestraf.

Fik udskrevet antabus tabletter den 15.03.2000 efter telefonisk kontakt.

Jeg har ikke yderligere kendskab til patientens alkoholforbrug i det sidste års tid.

Patienten var derudover i det væsentligste rask.

…

Jeg har skrevet recept på Antabus tabletter til patienten i alt 3 gange. Der er blevet udskrevet recept henholdsvis den 20.02.1995, den 15.05.1995 samt den 15.03.2000, hver gang på 50 stk.

Jeg har ikke yderligere kendskab til patientens alkoholforbrug."

Boets advokat har i skrivelse af 31/7 2001 til nævnet bl.a. anført:

"L.B.H. afgik ved døden i h.t. de foreliggende oplysninger d. 10.02.2001. L.B.H. har med L.E.G. en datter født d. 20.02.1992, nemlig Nadja E.H.

Nadjas mor har i forbindelse med bobehandlingen efter afdøde L.B.H. rettet henvendelse til mig med anmodning om bistand.

…

Det gøres fortsat gældende at forsikringssummen på kr. 720.000,- er forfalden til udbetaling.

Der fremgår af det ved tegningen benyttede helbredsskema ... :
Spørgsmål 6 til 11 skal også besvares, hvis du ønsker invalidesum og/eller kritisk sygdom - ellers skal de ikke besvares.
Alkoholspørgsmålene skal altså ikke besvares. I øvrigt må det, bestrides at alkoholproblemet har haft nogen indflydelse på forsikringsbegivenheden. Lægens journal taler ikke herimod ...

Der er udskrevet recept på antabus tabletter i alt 3 gange nemlig 2 gange i 1995 samt d. 15.03.2000. Lægen har ikke yderligere kendskab til patientens alkoholforbrug.

Tryg Balticas assurandør har selv udfyldt skemaet om helbred. Det må på den baggrund være selskabets ansvar at skemaet er udfyldt korrekt ellers har vejledningen været forkert."

Selskabet har over for nævnet anført, at man efter fast praksis giver afslag på at etablere forsikring, såfremt man får oplysning om, at den forsikringssøgende har modtaget antabusbehandling.

Forsikringsbegæringen blev efter det oplyste udfyldt af en assurandør fra Tryg Forsikring, og selskabet har på advokatens opfordring indhentet dennes bemærkninger til tegningssituationen. I assurandørens erklæring af 28/5 2001 hedder det
"Jeg besøgte ovennævnte 3 gange i nov-dec sidste år. Kunden var en henvisning fra Unibank og indgangsvinklen var invaliderente, da kunden ingen dækning havde for dette. Jeg ved ikke om det var et krav fra Unibanks side i forbindelse med hans arrangement. Jeg analyserer kundens behov vedr. erhvervsforsikringer samt inv. og død. Jeg aftaler at komme ca. ugen efter da konen ikke var hjemme og det jo i høj grad også havde med hende at gøre.

Vi taler meget om pension og helbredsoplysninger, hun fortæller at hun har en meget slem gigt L.B. [afdøde] siger at han aldrig har fejlet noget (det viser sig så under udfyldelsen af helbredsspørgsmålene, at han for 10 år siden havde slået ryggen). Jeg

fortæller hvor vigtigt det er at udfylde helbredsoplysninger korrekt, så de ikke får en falsk tryghed. Jeg har udfyldt spørgeskemaet på begæringen til FG, bagefter har kunden læst sine svar. Jeg fortalte kunden, at vi ville sende et spørgeskema med vedr. ryg i forbindelse med det store helbredsskema, han har fået tilsendt ifb. med tegning af invaliderente. Det skema og helbredsattest har vi dog aldrig fået retur. Jeg fortalte at det kunne være at han fik klausul eller forhøjet præmie pga ryg."

Boets advokat har i skrivelse af 7/12 2001 til nævnet anført:

"... jeg pålægger ansvaret for eventuelle fejludfyldelser på forsikringsselskabet. Jeg har i den anledning, hvilket også fremgår af skrivelsen, anmodet om oplysninger om og hvornår Tryg-Baltica har tegnet forsikringer for afdøde og dennes hustru. Dette spørger jeg selvfølgelig om for at bestyrke antagelsen om den pågældende assurandørs kendskab til såvel L.B.H. [afdøde] som dennes hustru.

Dette spørgsmål kan heller ikke være vanskeligt at besvare.

Det må på det bestemteste afvises at selskabet gennem sin assurandør ikke er ansvarlig for udfyldelsen af de begæringer, der er nødvendige for forsikringens gennemførelse endog når de er foretaget af assurandøren."

Assurandøren har hertil bemærket, at han ikke tidligere havde tegnet forsikring på forsikringstageren.

Nævnets sekretariat har i skrivelse af 18/2 2002 stillet følgende spørgsmål til selskabet:

"Vi skal venligst bede Dem meddele os, om kunden i forbindelse med tegningen af forsikringen fik udleveret den af Forsikring & Pension udarbejdede 'Kundevejledning om helbredsoplysninger'.

Endvidere ønskes oplyst, hvorfor selskabets assurandør udfyldte helbredsoplysningerne, når dette er i strid med Assurandør-vejledning vedrørende udfyldelse af helbredserklæring, pkt. 3."

Selskabet har i skrivelse af 15/4 2002 til nævnet henvist til udtalelse af 5/4 2002 fra assurandøren, hvori det hedder:

"Ad 1: Da jeg tegnede forsikring på LBH, brugte vi meget tid på at snakke helbred. Jeg gennemgik vedlagte bilag, talte om helbredsoplysninger generelt, samt vigtigheden af, at man er ærlig og får det hele med, således forsikringsselskabet ikke kan melde 'urent trav' i skadessituationer. LBHs .samlever havde gigt, hvilket betød, hun ikke kunne tegne forsikring, imod nedsat arbejdsevne. Hendes arbejdsevne var nedsat og hun var på revalidering. Det var heller ikke vanskeligt, at forklare kunden vigtigheden af forsikring imod død og nedsat arbejdsevne. Jeg udleverede udover vedlagte bilag, helbredsattest til læge, tilbud incl. Dækning ved nedsat erhvervsevne, da det eneste kunden fejlede, eller havde fejlet, var en skade i knæet.

Ad 2: Jeg udfyldte skemaet, fordi jeg ville være sikker på at få alle oplysninger med. Også for at vise kunden, at alt skulle oplyses. Jeg udleverede endvidere helbredsattest som han skulle have med til lægen, hvilket vel beviser, at jeg ikke kunne have mistanke om at noget var galt. Da jeg om mandagen efter LBHs selvmord bliver ringet op af hans bankrådgiver og får de tragiske omstændigheder at vide bliver jeg faktisk meget chokeret, da jeg ingen anelse havde om LBHs misbrug."

Klagerens advokat har i skrivelse af 13/5 2002 til nævnet hertil anført:

"Bevisbyrden for at den omtalte 'Kundevejledning om helbredsoplysninger' er udleveret til min klient må påhvile selskabet, ligesom det må påhvile selskabet at bevise, at min klient ikke ved tegningen har været i god tro.

Jeg skal herved anføre at oplysningerne om at 'Kundevejledningen om helbredsoplysninger' er udleveret først kommer på et meget sent tidspunkt og efter at der har været henvendelse om oplysninger i forbindelse med tegningen.

Der er nu usikkerhed i sagsfremstillingen fra assurandørens side, idet der bl.a. henvises til en knæskade, som ikke tidligere har været omtalt i sagen og næppe vedrører den omhandlede sag.

Det er fortsat meget væsentligt, at det er assurandøren, der har udfyldt skemaet og dermed påtaget sig ansvaret for den korrekte udfyldelse. Med hensyn til skematekssten henviser jeg til mine tidligere anbringender om dette forhold. Det anføres netop at assurandøren udfyldte skemaet for at for alle oplysninger med, hvilket bestyrker min klients gode tro.

Afdøde har i god tro underskrevet forsikringsbegæringen og betalt forsikringspræmien.

Det må under henvisning til foranstående bestrides at den omhandlede 'Kundevejledning om helbredsoplysninger' har været udleveret og fastholdes at forsikringstager har været i god tro ved tegningen efter den mundtlige vejledning."

Nævnet udtaler:
Efter oplysningerne om forsikringstagerens lægekonsultation og antabusbehandlinger forud for tegningen af forsikringen finder nævnet det ubetænkeligt at fastslå, at han ved tegningen afgav klart urigtige oplysninger, som, hvis de dengang havde været oplyst, ville have medført, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet efter forsikringstagerens død knap 2 1/2 måned senere har ophævet forsikringen som sket og i konsekvens heraf har afslået at udbetale dødsfaldssummen.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand