666/03

Den 3. marts 2003 blev i sag nr. 58.786:

xxxx xxxxxxxxxx
xxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxxxxx

mod

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

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der via Unibank har etableret to gruppelivsforsikringer i Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab, klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at udbetale invalidesum.

Klagerens advokat har i skrivelse til nævnet redegjort for sagen således:

"Vedrørende sagsforløbet kan jeg oplyse, at min klient i efteråret 1999 blev kontaktet af hans bank, det nuværende Nordea, med henblik på eventuelt at foretage ændringer i hans eksisterende forsikringer, herunder den i sagen omhandlede gruppelivsforsikring, tegnet i Forenede Gruppeliv.

Mødet i banken d. 30. september 1999 resulterede i en underskrift på en begæring af 18. oktober 1999, hvori der blev ansøgt om udvidelse af gruppelivsforsikring.

Til spørgsmålet om hvorvidt han indenfor de seneste 3 år havde haft en alvorlig sygdom, svarede han nej. Dette var fuldstændigt i overensstemmelse med sandheden.

Til spørgsmålet om hvorvidt han indenfor de sidste 3 år havde været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut, eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse, eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium el.lign., svarede han tillige nej. Dette er objektivt set naturligvis ikke korrekt, idet han, som det fremgår af vedlagte lægeerklæring, er blevet undersøgt/behandlet af en læge dette tidsrum.

Det er dog formentlig således, at der ikke er ret mange mennesker i Danmark, som kan svare benægtende til dette spørgsmål, men faktum er, at langt de fleste forsikringstagere besvarer dette spørgsmål benægtende på trods af, at de fleste naturligvis har været undersøgt/behandlet af en læge eller en anden behandler indenfor de seneste tre år forud for forsikringsbegæringen.

Efter min opfattelse har forsikringstageren i dette tilfælde objektivt set afgivet urigtige oplysninger, men jeg mener ikke, at det kan tilregnes min klient som uagtsomt, idet han ikke havde nogen som helst grund til at tro, at det ville blive tillagt vægt, hvis han svarede som gjort. Dette ville således også betyde, at langt de fleste udbetalinger fra forsikringer ville kunne nedsættes eller bortfalde, jf. mine bemærkninger ovenfor.

Endvidere er det min opfattelse, at forsikringsselskabet ikke har bevist eller sandsynlig gjort, at man ville have afvist ændringen i forsikringen, hvis oplysningerne have foreligget ved aftalens afslutning."

Selskabet har hertil i skrivelse af 1517 2002 til nævnet anført:

"Da der ikke var oplyst helbredsforringende forhold i bilag A, blev ændringen af forsikringen antaget umiddelbart.

I marts 2002 ønskede klageren sum ved invaliditet udbetalt (bilag B), idet han var blevet tilkendt offentlig førtidspension. I bilag B, oplyser klageren, at han første gang søgte læge for den invaliderende lidelse i november 1999.

Rutinemæssigt kontrollerede vi rigtigheden af helbredsoplysningerne i bilag A, og i den forbindelse fik vi oplyst, at klageren den 30. september 1999 var blevet henvist til

neurolog (bilag C). Neurologen - B.S.H. - skriver den 27. oktober 1999, at klageren helt klart har en parese af sin venstre arm, og at han kan have en begyndende parkinsonisme (bilag D). Dette bliver bekræftet ved en MR-skanning (bilag E).

Førtidspensionsskema, fra S. Kommune vedlægges som bilag F.

Det er vores opfattelse, at klageren ved besvarelsen af spørgsmål 2 i bilag A, burde have oplyst om konsultationen hos egen læge den 30. september 1999, hvor han bliver henvist til en neurolog. Havde vi fået denne oplysning, ville vi have undersøgt årsagen hertil og afventet undersøgelsen hos neurologen."

Nævnet udtaler:
Ved ikke at oplyse om konsultationen hos egen den 30/9 1999, hvor klageren blev henvist til neurolog, har han ikke givet selskabet fornøden opfordring til at indhente yderligere helbredsoplysninger til brug for risikovurderingen. Nævnet kan på denne baggrund ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6 har afvist at udbetale invalidesum, idet nævnet må lægge til grund, at selskabet - såfremt korrekte oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet - ikke ville have accepteret udvidelse med tegning af invalidesum samt udvidelse af den eksisterende dødsfaldsdækning.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann