678/03

Den 25. august 2003 blev i sag nr. 60.357:

xxxxxx xxxxxx
xxxx x
xxxx xxxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har gruppelivsforsikring og gruppeinvaliderente tilknyttet kapitalpension i Danica Pension, klager ved sin advokat over, at selskabet har ophævet gruppeinvaliderenten i medfør af forsikringsaftalelovens § 6.

Forsikringen blev tegnet i henhold til begæring af 11/12 1998 gennem klagerens bank.

Klageren har ved forsikringens tegning oplyst om håndproblemer fra 1998. I øvrigt har han svaret nej til spørgsmålene:

"1. Har De inden for de sidste 10 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende?

...

3. Har De inden for de sidste 10 år lidt af nogen alvorlig sygdom?"

I forbindelse med skadeanmeldelse indhentede selskabet en række helbredsoplysninger. Efter forelæggelse for GE Frankona meddelte selskabet, at man ikke havde fået de rigtige oplysninger om klagerens helbred ved udfyldelse af helbredserklæringen 11/12 1998, hvorfor selskabet ophævede gruppeinvaliderenten og tilbageførte den af klageren betalte præmie fra 1/6 1999.

Klagerens advokat har ved skrivelse af 13/9 2002 til selskabet anført følgende:

"Disse 18 kontakter til sundhedssystemet mener forsikringsselskabet er så betydningsfulde, at de skulle have været opgivet på helbredserklæringen den 11/12 1998. Ved gennemgangen af disse kontakter til sundhedssystemet kan det konstateres, at det drejer sig om forbigående smerter forskellige steder uden helbredsmæssig betydning, flere af de nævnte kontakter må endda betegnes som totalt betydningsløse i enhver sammenhæng.

Skadelidte har haft ondt forskellige steder i løbet af årene. Han har ikke opfattet det som et tegn på sygdom, men mere som et resultat af sit arbejde - som HJ selv udtrykker det: 'Når man har tungt legemligt arbejde hver dag, kan det ikke undgås, at man nu og da får ondt et eller andet sted.'

Intet i de lægelige akter antyder, at HJ har fået besked om, at hans symptomer havde noget med hans generelle helbred at gøre. Helt konkret fik HJ specielt efter undersøgelse på fysiurgisk afdeling ... at vide, at han ikke havde nogen form for gigt, men at han nok havde haft en nerve i klemme og i øvrigt var sund og rask.

HJ har ved udfærdigelsen af helbredserklæringen af 11/12 1998 følt sig helt rask og fuldt arbejdsdygtig og ikke været i kontakt med sundhedssystemet. På grund af nogen form for sygdomme.

Jeg mener derfor, at HJ har besvaret helbredserklæringens punkt 1 11/12 1998 helt korrekt efter de intentioner der formodes at ligge i erklæringen."

I selskabets skrivelse af 15/10 2002 til klagerens advokat hedder det bl.a.:

"Helbredserklæringen giver ikke hverken forsikrede eller Dem som advokat for forsikrede opfordring til at sortere i rækken af lægekontakter. I helbredserklæringens pkt. 1 bedes forsikrede oplyse, om han indenfor de sidste 10 år har været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse, eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lignende. Hermed menes **samtlige undersøgelser**. Det er herefter op til forsikrings-

selskabet suverænt at vurdere, om disse kontakter har betydning i relation til forsikringens vilkår. Ved bedømmelsen indgår **ikke medicinske** forhold på lige vilkår som **medicinske forhold**. Ved vurderingen af helbredsforhold sammenholder vi derfor disse med forsikringssøgendes erhverv, og foretager vurdering af henholdsvis dødsfalds- og invaliditetsrisiko.

Således er vi ikke uenige med forsikrede og Dem i, at forsikredes gener meget vel kan være erhvervsbetingede, hvorved invaliditetsrisikoen er forøget.

...

Endvidere fremgår diagnosen obs. neurologisk lidelse af journaloptegnelsen vedrørende konsultationen 26. maj 1994. Dette er ligeledes en diagnose, som medfører, at der ikke kan tegnes invaliditetsdækning.

Disse 2 ting, sammenholdt med de øvrigt punkter, er medtaget i vurdering af afslaget."

Selskabet har ved skrivelse af 15/10 2002 til nævnet bl.a. anført:

"I forbindelse med en skadeanmeldelse modtog vi en række helbredsoplysninger den 6. december 200 1. Af oplysningerne fremgår blandt andet, at der på Centralsygehuset i H., fysiurgisk ambulatorium den 26. maj 1994 er stillet diagnosen OBS. Neurologisk lidelse, og af samme journal den 9. juni 1994 blev stillet diagnosen arthritis rheurnatoides. Ligeledes er der oplysning om en række læge- og sygehus konsultationer i journalkopien.

Af helbredserklæringen fra 11. december 1998 ... fremgår kun oplysninger om håndproblemer fra august 1998.

Helbredsoplysningerne har været forelagt GE Frankona, som i brev af 29. januar 2002 har meddelt, at helbredsoplysningerne ville have givet afslag på tegning af gruppeinvaliderente. Dette meddeler vi forsikrede den 19. februar 2002.

Med henvisning til Forsikringsaftalelovens paragraf 6 har vi gjort vilkårene gældende og har ophævet gruppeinvaliderenten."

I skrivelse af 14/4 2003 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"Til orientering kan jeg meddele, at min kunde nu er tildelt højeste førtidspension og man har diagnosticeret hans lidelse til frontal labs demens (pick's syndrom).

Omkring forsikringstegningen kan jeg oplyse, at forsikringen blev tegnet efter krav fra daværende filialbestyrer ..., efter etablering af lån. Begæringen blev udfyldt i banken med bistand fra filialbestyrer ..., der oplyste, at der ikke skulle angives nærmere omkring diverse hospitaler, læger m.v., med mindre der var tale om sygdom med alvorlige følger."

Selskabet har indhentet en udtalelse fra medarbejderen i banken, hvoraf det bl.a. fremgår:

"Som svar på dit brev af 22. april 2003 kan jeg oplyse at jeg ikke kan huske den konkrete situation, men at vi altid anmoder kunderne om at oplyse alle undersøgelser/behandlinger af læger og hospitaler m.v. bl.a. af den indlysende grund at vi ved, at såfremt forsikringssituationen bliver aktuel vil alle oplysninger blive kontrolleret og såfremt der er mangler eller urigtige oplysninger vil udbetaling blive nægtet."

Hertil har klagerens advokat i skrivelse af 22/5 2003 bl.a. anført:

"Ifølge oplysninger fra H.J. havde han gips på ved udfyldelse af skemaet i banken, hvilket næsten også for C.W.J. (filialbestyreren) burde have indikeret, at der havde været lægelig behandling, hvilket der burde have været anført i pkt. 1.

Ovennævnte oplysninger underbygger min kundes forklaring om at det blev meddelt, at der ikke skulle oplyses om behandlinger med mindre der var tale om sygdom med alvorlige følger."

Nævnet udtaler:

Klageren har ved besvarelsen i december 1998 af de stillede helbredsspørgsmål i begæringen undladt at oplyse om hospitalsbehandlinger og lægekonsultationer. Herved har klageren afgivet urigtige helbredsoplysninger, og der er derved efter nævnets opfat-

telse ikke givet selskabet fornøden anledning til at foretage nærmere udredninger om klagerens helbredstilstand. Nævnet finder på denne baggrund ikke anledning til at kritisere, at selskabet har påberåbt sig forsikringsaftalelovens § 6 vedrørende urigtige oplysninger. Da nævnet endvidere finder at måtte lægge til grund, at selskabet med modtagelse af de rette oplysninger ville have afslået at tegne gruppeinvaliderente tilknyttet kapitalpensionen, kan nævnet ej heller kritisere, at selskabet har ophævet forsikringen som sket.

Om bankens medarbejder skulle have udtalt sig på en sådan måde, at klageren har haft grund til at tro, at oplysninger herom ikke var relevante, må bero på en nærmere bevisførelse, der ikke kan foretages for nævnet, men som i givet fald må foregå ved domstolene.

Med dette forbehold

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand