710/04

Den 8. november 2004 blev i sag nr. 63.215:

xxxx xxxxxxx
xxxxxxxxx xxx xx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xx xx
xxxx xxxxx x

mod

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

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der er omfattet af en gruppelivsforsikring i Forenede Gruppeliv, klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen ved invaliditet.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen ved invaliditet under henvisning til, at klageren har afgivet urigtige helbredsoplysninger.

I forbindelse med en låneoptagelse i Danske Bank tegnede klageren nærværende forsikring. Af anmodningsblanketten, der er underskrevet af klageren den 29/10 1998, fremgår bl.a.:

"Har De inden for de sidste 3 år lidt af nogen alvorlig sygdom? Nej ☒ Ja ☐	Hvilke? Hvornår? Hvor længe?
Har De inden for de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l.? Nej ☐ Ja ☒	Hvor? For hvad? Hvornår? Hvor længe? Evt. følger? ***Mus i knæ***

Har De nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned? Nej ☐ Ja ☒	Hvilken lidelse? Hvornår? Hvor længe? ***Mus i knæ. D. 4/9-98 til 25/10-98***
Er De for tiden fuldstændig rask og arbejdsdygtig? Ja ☒ Nej ☐"	Anfør i benægtende fald sygdommen

Da selskabet gerne ville have uddybet svarene i anmodningsblanketten, bad selskabet klageren besvare et spørgeskema, som selskabet fik returneret den 6/11 1998. Baseret på oplysningerne i spørgeskemaet, hvor det bl.a. fremgår, at der var tale om fjernelse af løs brusk, at der ikke var gener ved almindelig gang, og at klagerens stilling var lægesekretær, hvor arbejdet bestod af maskinskrivning, blev forsikringen antaget, hvilket selskabet skrev til klageren den 10/11 1998.

Det fremgår af sagens akter, at klageren blev tilkendt mellemste førtidspension pr. 1/10 2003.

Ultimo 2003 søgte klageren om at få udbetalt forsikringssummen ved invaliditet.

Selskabet indhentede i den forbindelse oplysninger fra klagerens egen læge. Af journaludskrifterne fremgår bl.a., at klageren den 23/1 1996 konsulterede sin læge på grund af lændesmerter, at klageren den 6/2 1996 konsulterede sin læge på grund af lændesmerter og fik ordineret smertestillende medicin, at klageren den 9/4 1996 af sin læge blev henvist til fysioterapi på grund af lændesmerter, at klageren den 24/4 1996 konsulterede sin læge, der konstaterede, at ryggen ikke var blevet bedre, og at klageren den 17/10 1997 konsulterede sin læge, der konstaterede, at der fortsat var lændesmerter og behov for fysioterapi samt henviste klageren til røntgenundersøgelse. Af røntgenundersøgelsen af 21/10 1997 fremgår bl.a., at klageren har en skævhed i ryggen og højredrejet rygsøjle. I den forbindelse blev diagnoserne scoliosis columna thoraco-lumbalis og mb. Scheuermann stillet. Klageren fik gennemgået røntgenundersøgelsen den 23/10 1997 hos sin læge og blev samme dag sygemeldt. Endvidere var klageren i 1998 udsat for en arbejdsulykke, der medførte knæsmerter og halten.

I selskabets skrivelse af 9/10 2003 til klageren hedder det bl.a.:

"Fra lægerne W. og B. har vi modtaget supplerende oplysninger vedrørende din helbredstilstand.

Det fremgår, at du i 1996 og 1997 har haft flere konsultationer på grund af kroniske lænde- og rygsmerter med deraf følgende medicinering. Derudover har du været udsat for en arbejdsulykke i medio 1998, hvor skaden gav knæsmerter og halten.

Var ovennævnte oplysninger anført i helbredserklæringen, som du udfyldte den 29. oktober 1998, ville du ikke være blevet optaget i forsikringen. … Vi må derfor ophæve forsikringen under henvisning til Forsikringsaftalelovens § 6 stk. 1. …

Præmien, der er betalt for forsikringen siden oktober 1998, vil du få tilbagebetalt af Danske Banks kontoførende afdeling."

Klageren har i skrivelse af 21/10 2003 til selskabet bl.a. anført:

"I sept. 1998 blev jeg opereret under diagnosen 'obs. mus i knæet (højre)'.
Ved en samtale med overlægen fra A. Hospital i november 1998 kommer vi ind på, at jeg i foråret 1998 var kørt galt på et løbehjul på arbejdet, og at dette meget vel kunne være årsagen til, at jeg havde fået ovennævnte bruskskade.
Dette blev først anmeldt i dec. 1998, og dette vidste jeg ikke på det tidspunkt, jeg underskrev forsikringspapirerne.
M.h.t. ryggen kan jeg se, at der har været 2 tilfælde af ryggener. I forbindelse med underskrivning af forsikringspapirerne havde jeg slet ikke tænkt på det, idet jeg ikke selv har anset det for værende et problem. Den ene gang var det udløst af, at jeg selv har tapetseret og malet en 5-værelses lejlighed og ellers har jeg overbelastet mig selv ved at rykke om på møbler. Dette tror jeg, at de fleste kan nikke genkendende til.
I min almindelige dagligdag med daglige sysler og arbejde har jeg ikke haft nogen problemer og derfor har jeg ikke anset det for værende relevant. Det er jo ikke noget jeg går og tænker over. Jeg ved jo godt, at hvis jeg skåner mig selv for disse store fysiske anstrengelser, mærker jeg intet.

Sådan er det jo med mange ting. Hvis man f.eks. går 10 km. og ikke er vant til det, får man ondt i benene. (Er det så også en svaghed?). Hvis man i flere timer laver monotomt arbejde, får man også gener.
Derfor har jeg slet ikke haft tænkt på dette, da jeg underskrev forsikringspapirerne."

I skrivelse af 8/12 2003 til selskabet henviser klagerens advokat bl.a. til, at klageren ikke har været sygemeldt i en længere periode i forbindelse med overbelastning af sin ryg. Endvidere er advokaten af den opfattelse, at der burde have været foranlediget indhentet yderligere materiale til belysning af klagerens helbredsmæssige gener, den gang forsikringen blev tegnet.

I skrivelse af 19/12 2003 til klagerens advokat har selskabet fastholdt afslaget, som afgivet i skrivelse af 9/10 2003.

Klagerens advokat har i skrivelse af 7/1 2004 til selskabet bl.a. anført:

"I fortsættelse af tidligere korrespondance skal jeg gøre opmærksom på, at jeg er af den klare opfattelse, at Deres indvendinger mod at udbetale erstatning til min klient i henhold til den tegnede forsikring ikke er relevant henset til, at min klient på nøjagtig samme tidspunkt fik tegnet forsikring gennem Danica gennem samme formidler, nemlig banken, hvor der blev taget forbehold for lidelsen, ligesom De også selv har gjort.

Såfremt oplysningerne om min klients kortvarige rygproblemer havde været tilgængelige, ville De således allerhøjest kunne have nøjes med at tage et forbehold vedrørende ryggen og således stadig kunne have tegnet en forsikring på min klient.

Det forhold, at De ikke har modtaget oplysninger, finder jeg ikke kan medføre, at De ikke kan udbetale forsikringsbeløbet til min klient.

I den forbindelse må der lægges vægt på, at henvendelse til min klients læge i 1996 og 1997 alene var kortvarige problemer som følge af overbelastning af lænderyggen svarende til et hold i ryggen, og at den nævnte overbelastning ikke har medført, at

min klient har været sygemeldt. Ej heller episoden i 1997 med tennisalbuen har medført nogen sygemelding af min klient."

Selskabet fastholder sin afgørelse og henviser til, at der på gruppelivsaftaler ikke anvendes klausuler.

Af klageskrivelsen fremgår bl.a.:

"Jeg gør gældende, at min klient opfylder betingelserne for at få udbetaling fra forsikringssummen. I den forbindelse må der lægges vægt på, at min klient blev tvunget til at forsikre sig i Forenede Gruppeliv i forbindelse med køb af fast ejendom, og at min klient underskrev papirerne i forbindelse med et besøg i banken. Min klient har i øvrigt givet alle nødvendige oplysninger til bedømmelse af, hvorvidt man kunne antage min klient som forsikringstager.

Min klient har således ikke tilbageholdt oplysninger, jf. Forsikringsaftalelovens § 6, og min klient er efterfølgende tilkendt mellemste førtidspension i sagen."

Over for nævnet bemærker selskabet, at klageren under spørgsmål 2 i anmodningsblanketten burde have oplyst om lægekonsultationerne og fysioterapibehandlingerne som nævnt i journaludskrifterne. Havde selskabet fået oplysningerne, ville selskabet efter fast praksis have afslået at etablere forsikringen.

Nævnet udtaler:

Klageren har i anmodningsblanketten ikke oplyst om diverse lægekonsultationer og fysioterapibehandlinger i 1996 og 1997. Klageren har således afgivet urigtige helbredsoplysninger over for selskabet, hvilket i alle tilfælde må kunne tillægges klageren som uagtsomt. Da nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet ikke ville have antaget gruppelivsforsikringen, såfremt oplysningerne om lægekonsultationerne og fysioterapi-

behandlingerne var tilgået selskabet, kan nævnet ikke kritisere selskabets ophævelse af forsikringen som sket.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann