714/04

Den 15. december 2004 blev i sag nr. 63.973:

xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxx
xxxx xxxxx

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 Administrations-Aktieselskab, klager over selskabets afvisning af at udbetale invalidesum i forbindelse med tab af erhvervsevne.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen under henvisning til, at klageren afgav urigtige helbredsoplysninger på tegningstidspunktet.

Det fremgår af sagen, at klageren den 7/11 1994 søgte om optagelse i gruppelivsaftalen med dækning ved død og invaliditet. Da hans svar på helbredsspørgsmålene ikke gav anledning til supplerende spørgsmål, blev forsikringen umiddelbart antaget.

Af lægeerklæring udfyldt og underskrevet af klagerens egen læge den 15/8 1994 fremgår bl.a., at klageren den 29/8 1993 - altså inden forsikringens start - pådrog sig et lavtsiddende lændehold efter en uheldig belastning af ryggen. Dagen efter kom han under lægebehandling på grund af rygsmerter. Den 8/9 1993 henviste hans læge ham til røntgenundersøgelse, og da han den 5/10 1993 stadig havde rygsmerter, blev han henvist til fysioterapeut, hvor han modtog 6 behandlinger.

Af speciallægeerklæring af 9/4 2001 udarbejdet af læge J.R., Neurologisk Afdeling på Rigshospitalet, fremgår bl.a., at de 6 behandlinger hos fysioterapeuten kun havde forbigående effekt.

Klageren gør over for nævnet gældende, at selskabet er forpligtet til at udbetale invalidesummen.

Af selskabets skrivelse af 28/5 2004 til klageren fremgår bl.a.:

> "Det er vores opfattelse, at du i besvarelsen af helbredsspørgsmålet i bilag A, som lyder: 'Har Du inden for de sidste 3 år været undersøgt / behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler', burde have oplyst om det ovenfor refererede. Såfremt vi havde fået oplysningerne, ville vi efter praksis have afslået tegning ved invaliditet.
>
> Dette indebærer, at du alene er dækket af dødsfaldsdækningen. Præmien, der er betalt for invalidesummen siden indtrædelsen i 1994, vil blive refunderet snarest muligt."

I skrivelse af 1/6 2004 til nævnet har klageren bl.a. anført, at selskabet ikke har været berettiget til at ophæve forsikringen, idet selskabet alene har kunnet tage forbehold for lændeholdet. Han fastholder, at han ikke har afgivet urigtige oplysninger i ond tro.

Selskabet har i skrivelse af 7/6 2004 til nævnet bl.a. oplyst, at selskabet kun har koncession (tilladelse) til at etablere forsikringer på normale vilkår, hvilket betyder, at selskabet ikke kan tilbyde forsikringer til forhøjet præmier eller med indskrænkende klausuler.

I skrivelse af 17/6 2004 til nævnet har klageren bl.a. oplyst, at hans henvendelse til selskabet går på en samlet somatisk situation med hovedvægten lagt på en leddegigt. Den lidelse, selskabet forsøger at unddrage sig ansvaret for, er uden betydning for den øvrige somatiske situation, og der vil være mulighed for at tage forbehold for lændeholdet.

Nævnet udtaler:

Klageren har i helbredserklæringen undladt at oplyse om sit lændehold, der opstod i august 1993 samt den efterfølgende lægebehandling, røntgenundersøgelse samt fysioterapeutbehandling. Klageren har således afgivet urigtige helbredsoplysninger over for selskabet, hvilket i alle tilfælde må kunne tillægges klageren som uagtsomt. Da nævnet finder det sandsynliggjort af selskabet, at forsikringen (invaliditetsdækningen) ikke ville være blevet antaget, såfremt forsikringstageren dengang havde givet korrekte helbredsoplysninger, kan nævnet herefter ikke kritisere, at selskabet har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet som sket.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen

Udskriften bekræftes

Henning Jønsson