714/04

Den 15. december 2004 blev i sag nr. 64.054:

xxxxx xxxxxx xxxxxxx
xxxxxxxxx xxx xxx xxx
xxxx xxxxxxx

mod

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

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har livsforsikring i Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab, klager ved sin ægtefælle over, at selskabet har ophævet klagerens forsikring.

Selskabet har afvist at udbetale erstatning under henvisning til, at klageren har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegningen af forsikringen.

Klageren påstår selskabet tilpligtet at udbetale forsikringssummen, idet han i 2004 havde blodpropper i hjertet og i hjernen. Klageren afviser at have afgivet urigtige oplysninger, eftersom han ikke har været i behandling hos egen læge, men alene til kontrol hos denne.

Selskabet har ved skrivelse af 27/5 2004 til nævnet anført:

> "Den 22. juni 2001 besvarede klageren nogle helbredsspørgsmål (bilag A) til brug for optagelse i en gruppelivsaftale med dækning ved død samt invaliditet. Da der ikke var oplyst helbredsforringende omstændigheder i bilag A, blev forsikringen umiddelbart antaget.

Den 5. februar 2004 ønskede klageren forsikringssummen ved invaliditet udbetalt, idet han havde haft blodpropper i hjertet og hjernen samt hjertestop (bilag B).

For at konstatere, om der var givet korrekte oplysninger i bilag A indhentede vi lægelige oplysninger hos klagerens læge om sygehistorien forud for indtrædelsen i forsikringen i juni 2001.

Af det modtagne lægemateriale (bilag C) fremgår, at klageren har været henvist til speciallæge i intern medicin på grund af ubehag, svimmelhed og forhøjet blodtryk. Den henvisning skete i marts 1998. Af samme bilag fremgår, at klageren i maj 1999 har vedvarende smerter i begge underben, fødder og intermitterende rygsmerter. Af side 2 i samme bilag fremgår, at klageren i marts i 2000 konsulterer lægen på grund af flere tilfælde dagligt med åndenød og trykken for brystet.

Det er vores opfattelse, at klageren til spørgsmål 2 i bilag A, der lyder: '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.?', burde have oplyst om de ovenfor refererede konsultationer m.v. Såfremt vi havde fået de relevante oplysninger, ville vi efter fast praksis ikke have kunnet etablere forsikringen, hvilket vi har meddelt klageren i brev 18. marts 2004 (bilag D)."

Nævnet udtaler:

Det er nævnets opfattelse, at klageren ved at undlade at oplyse om sine lægelige konsultationer 3 år forinden forsikringens tegning i 2001 har besvaret spørgsmål i helbredserklæringen urigtigt. Herved er der ikke givet selskabet fornøden opfordring til inden forsikringens antagelse at tilvejebringe yderligere oplysninger om klagerens helbredstilstand. På det foreliggende grundlag er det derfor nævnets opfattelse, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6 har været berettiget til at ophæve forsikringen.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen

Udskriften bekræftes

Henning Jønsson