719/05

Den 2. marts 2005 blev i sag nr. 64.885:

xxxxx xxxxxxx
xxxxxxxxx xxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxx xxxxx
xxxx xxxxxxxxx

mod

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

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Boet efter afdøde forsikringstager, der havde 3 gruppelivsforsikringer i Forenede Gruppeliv, klager ved dets advokat over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummerne.

Selskabet har ophævet de 3 gruppelivsforsikringer med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet under henvisning til, at klageren har afgivet urigtige helbredsoplysninger.

Det fremgår af sagen, at forsikrede har etableret 3 gruppelivsforsikringer i perioden april 1999 til februar 2002.

Den 20/4 1999 har forsikrede besvaret nogle helbredsspørgsmål til brug for optagelse i en gruppelivsaftale med dækning ved død og invaliditet. Af begæringen fremgår bl.a.:

"3 Har De nogensinde været syg eller sygemeldt længere end en måned? Ja ☒ Nej ☐
Hvilken lidelse? Hvornår? Hvor længe?
I 1996. 2 måneder – dårlig ryg."

På baggrund af oplysningerne i et efterfølgende spørgeskema vedr. nakke- og ryglidelser, som forsikrede har besvaret i august 1999, kunne selskabet ikke forsikre ham ved

invaliditet men alene ved død, hvilket han blev meddelt i selskabets skrivelse af 25/8 1999.

Den 13/1 2000 har forsikrede søgt om optagelse i en anden gruppelivsaftale, men denne gang ønskede han kun en forsikringssum ved død. Da begæringen ikke indeholdt oplysninger om forøget dødelighed, blev forsikringen umiddelbart antaget.

Den 19/2 2002 har forsikrede søgt om optagelse i en tredje gruppelivsaftale. Også i denne aftale ønskede han kun dækning ved død, og da helbredsoplysningerne i begæringen ikke indeholdt oplysninger om forøget dødelighed, blev forsikringen umiddelbart antaget.

Den 5/7 2004 afgik forsikrede ved døden og rutinemæssigt kontrollerede selskabet, om der var givet korrekte oplysninger ved optagelse i gruppelivsaftalerne.

Fra læge N.T. har selskabet modtaget journaludskrifter, hvoraf det bl.a. fremgår, at forsikrede havde haft adfærdsforstyrrelser som følge af alkoholforbrug, og at han den 26/8 1997 var startet i antabusbehandling. Endvidere fremgår det, at han den 25/8 1997 var blevet indlagt på psykiatrisk afdeling på H. Sygehus med diagnosen alkoholafhængigheds syndrom. Videre fremgår det af journaludskrift dateret 20/1 2001, at forsikrede var kendt alkoholiker, men at han var i antabusbehandling, og at han havde fået antabus samme dag.

I selskabet skrivelse af 3/8 2004 til boet hedder det bl.a.:

> "Vi har modtaget supplerende lægelige oplysninger fra læge N.T., hvoraf det fremgår at, C.E. [afdøde] har været under antabusbehandling samt været indlagt på psykiatrisk afdeling i 1997. Dette er ikke oplyst i nogle af de helbredserklæringer som vi har modtaget af 14. februar 2002, 20. april 1999 og 13. januar 2000, kopi vedlægges.
>
> Var ovennævnte blev oplyst, ville vi efter fast praksis ikke have optaget C.E. i nogle af forsikringerne. Vi må derfor afslå at udbetale forsikringssummerne under henvisning til Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1. …

Præmierne som er indbetalt for forsikringerne siden tegningsdatoen vil blive refunderet af Nordea Bank Danmark A/S til afdødes bo."

I klageskrivelsen har boets advokat anført følgende:

"Det gøres gældende, at C.E. ikke har fortiet en oplysning vedrørende sit helbred af en sådan karakter, som ellers ville have haft betydning for forsikringsselskabets beslutning om, hvorvidt de ville forsikre C.E.

Forenede Gruppeliv angiver i brevet af 3. august 2004, at fortielsen vedrører det forhold, at 'C.E. har været under antabusbehandling samt været indlagt på psykiatrisk afdeling i 1997'.

Det gøres gældende, at uanset C.E. på et tidspunkt havde et alkoholforbrug, der tilsagde antabusbehandling, var dette forbrug under ingen omstændigheder medvirkende til hans dødsfald.

Det gøres endvidere gældende, at alkoholforbruget aldrig har været så alvorligt, at det har påvirket hans dagligdag. Ifølge C.E.'s læge, læge N.T., har C.E. siden 1996 haft tre sygemeldingsperioder. Årsagen til disse var henholdsvis en diskusprolaps, en forstuvning af fodled, samt hoftefraktur - men altså ikke alkohol - jf. vedlagte kopi af brev af 22. juli 2004.

De samme bemærkninger gør sig ligeså gældende vedrørende indlæggelsen på psykiatrisk afdeling i 1997.

Der har derfor ikke været anledning til at fremkomme med oplysninger vedrørende antabusbehandling eller indlæggelse på psykiatrisk afdeling i 1997.

Det bemærkes i øvrigt, at forsikringstegningerne ifølge min klient fandt sted, fordi C.E. ønskede at skifte forsikringsselskab. Han havde ifølge min klient indtil da været forsikret hos IF Forsikring."

Selskabet har i skrivelse af 21/9 2004 til nævnet fastholdt sin afgørelse. Af skrivelsen fremgår bl.a.:

"Det er vores opfattelse, at C.E. ved besvarelsen af helbredsspørgsmålene i bilagene A og D burde have oplyst om indlæggelserne på Psykiatrisk Afdeling i august 1997 samt om antabusbehandlingen i 1997. Oplysningerne burde været givet under spørgsmål 2 i nævnte bilag som lyder: Har De indenfor de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor.... eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium eller lign..?.

Ved den sidst etablerede forsikring (bilag E) burde der under spørgsmål 2 have været oplyst om antabusbehandlingen, som C.E. var i i 2001 (bilag H).

Såfremt vi havde fået oplysningerne om antabusbehandling, ville vi efter fast praksis ikke have kunnet tilbyde nogen form for forsikring."

Nævnet udtaler:

Ved ikke at oplyse om antabusbehandlingerne og indlæggelsen på psykiatrisk afdeling har forsikrede ved forsikringernes tegning afgivet urigtige oplysninger, og nævnet kan på det foreliggende grundlag ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6 har ophævet gruppeforsikringerne med virkning fra tegningstidspunktet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen

Udskriften bekræftes

Henning Jønsson