751/06

Den 26. juni 2006 blev i sag nr. 66.833:

xxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxx xx xx
xxxxxxxxx

xxxx xxxxxx xx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der havde gruppelivsforsikring i Danica Pension, klager ved sin advokat over selskabets opsigelse af forsikringen samt afvisning af at udbetale forsikringssummen.

Selskabet har ophævet forsikringen pr. 26/4 2005 med henvisning til, at klageren har afgivet urigtige helbredsoplysninger i forbindelse med tegningen af forsikringen. I forbindelse med opsigelsen har selskabet tilbagebetalt indbetalte præmier i perioden 6/12 1995 til 30/6 2005 med fradrag af ekspeditionsgebyr og omkostninger med 1.000 kr. samt 60 % i afgift eller i alt 7.693 kr. Det fremgår af sagen, at klageren, der er født i 1955, i forbindelse med optagelse i gruppelivsordningen den 3/12 1995 har besvaret helbredsspørgsmål som følger:

"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?

Ja ☐ Nej ☒

2.

Har De nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned?

2. 66.833

Ja ☐ Nej ☒

3.

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

Ja ☐ Nej ☒"

I anmeldelse til selskabet om tab af erhvervsevne af 6/9 2004 har klageren anført under punkt 2:

"Emotionel ustabil personlighedsstruktur (borderline) impulsiv, angstneurotisk."

Klageren har i samme anmeldelse svaret benægtende til spørgsmålet om, hvorvidt han har haft denne lidelse før. Til spørgsmålet om, hvornår klageren første gang mærkede symptomer på lidelsen, har klageren svaret:

"I 1998 - da jeg gik i behandling hos Distriktspsykiatrisk center. De gjorde mig opmærksom på, at jeg havde en sygdom/lidelse."

Klagerens læge har i attest af 6/9 2004 bekræftet diagnosen samt anført, at klageren havde første sygedag for lidelsen i november 1997.

I speciallægeerklæring - modtaget i selskabet den 8/9 2004 sammen med anmeldelsen - udfærdiget af overlæge SHP af 29/1 2003 er bl.a. anført:

"*Misbrug:*

JA har siden ungdomsårene haft et overforbrug af alkohol. I mange år var han stærkt beruset flere dage om ugen og røg også ofte hash. Ligeledes havde han et dagligt misbrug af beroligende medicin, som han enten fik af sin mor eller fik ordineret hos lægen.

Aktuelt er der kun misbrug af alkohol. Forbruget anslås til i gennemsnit at være på 6-8 genstande om dagen. JA opfatter selv forbruget som et misbrug.

…

I juni 1986 blev han henvist til behandling i psykiatrisk afdeling, O. Universitetshospital, og frem til november 1989 gik JA til en serie ambulante samtaler hos psykolog C.R."

Selskabet indhentede på baggrund af den modtagne anmeldelse og oplysningerne i speciallægeerklæringen yderligere helbredsoplysninger fra O. Kommune, som selskabet modtog den 18/10 2004.

Selskabet fandt, at oplysningerne fra kommunen nødvendiggjorde yderligere oplysninger indhentet fra O. hospital. I den anledning tilskrev selskabet klageren ved skrivelse af 16/12 2004, hvoraf det bl.a. fremgik:

> "I oplysningerne fra O. Kommune fremgår det, at du før tegning af gruppeinvalideren ten i december 1995 har haft psykiske symptomer.
>
> For at kunne tage stilling til om gruppeinvaliderenten er antaget på korrekte vilkår ved tegning har jeg bedt om supplerende oplysninger fra din læge og O. Universitetshospital."

I skrivelse af 18/1 2005 til klageren har selskabet meddelt klageren, at det nu har modtaget materialet fra hospitalet og videresendt dette til GE Frankona, som herefter skulle vurdere, på hvilke vilkår forsikringen ville være tegnet, såfremt de nu fremkomne oplysninger havde været oplyst ved tegningen af forsikringen.

Ved skrivelse af 10/2 2005 har selskabet orienteret klageren om, at GE Frankona har ønsket yderligere oplysninger, hvorfor selskabet herefter har rettet henvendelse til klagerens praktiserende læge desangående.

Af journal af 25/5 1998 fra klagers praktiserende læge - modtaget i selskabet den 17/3 - fremgår:

> "Patienten har igennem snart mange år haft det ret dårligt psykisk og derfor har det ikke været muligt for ham at påtage sig et arbejde. Han er aktuelt henvist til Distriktspsykiatrien, hvor han går til samtaler."

Ved skrivelse af 11/4 2005 har selskabet modtaget udtalelse fra GE Frankona, hvoraf det fremgår:

"Såfremt forsikrede i forbindelse med forsikringens tegning i helbredserklæringen af 3. december 1995 havde oplyst om samtaler hos psykolog i en 2-årig periode fra 1986, ville forsikrede være blevet tilsendt et spørgeskema, hvori han bl.a. ville have været forpligtet til at oplyse om tidligere behandling hos speciallæge i psykiatri; om behandlingen på O. Sygehus, dermatologisk ambulatorium 3. juni 1986 samt om undersøgelsen hos speciallæger i henholdsvis ortopædkirurgi og reumatologi i 1987 som følge af smerteklager fra venstre fod, ben og hofte, ville forsikringen være blevet antaget på følgende vilkår: IA."

Ved skrivelse af 19/4 2005 har selskabet på baggrund heraf meddelt klageren, at det ikke ville have antaget forsikringen, såfremt de nu foreliggende helbredsoplysninger var blevet oplyst på tegningstidspunktet.

Over for nævnet har klageren ved klageskema af 20/5 2005 nedlagt følgende påstand:

"At de ikke opsiger forsikringen, og at jeg får udbetalt det beløb årligt som forsikringen angiver."

Selskabet har over for nævnet ved skrivelse af 15/6 2005 fastholdt sin afgørelse. Selskabet har til støtte herfor anført:

"J.A. burde have indset at han i helbredserklæringen spørgsmål 1, skulle have oplyst om samtaler hos psykolog i en 2 årig periode fra 1986. Han burde ligeledes have oplyst om behandling på dermatologisk ambulatorium i juni 1986, samt om undersøgelser hos speciallæger i rheumatologi og ortopædkirurgi i 1987 pga. smerter i venstre fod, ben og hofte.

Han burde ligeledes i spørgsmål 4 have oplyst om sit overforbrug af alkohol og beroligende medicin."

Klagerens advokat har over for nævnet ved skrivelse af 8/3 2006 principalt påberåbt forsikringsaftalelovens § 5, stk. 1, subsidiært § 6, stk. 1 og 2, samt § 8, og har til støtte herfor anført:

"Under hensyn til karakteren af de lægelige undersøgelser, som nu er dokumenteret ved lægejournal, jf. ovenfor, mener jeg dog, at min klient har været i god tro ved be-

svarelsen, da undersøgelserne ganske åbenlyst ikke har omfattet permanente lidelser, og i øvrigt forhold, som længe havde været overstået og uden gener på besvarelsestidspunktet, skal jeg principalt gøre gældende, at indklagede, uanset den objektivt ukorrekte besvarelse af spørgsmål 1, er bundet af aftalen, jf. lovens § 5, stk. 1.

Subsidiært gøres det i henhold til lovens § 6, stk. 1 og 2 gældende, at indklagede er helt eller delvist dækningsforpligtet, da det må antages, at indklagede, såfremt klager havde besvaret spørgsmål 1 korrekt, ville have antaget forsikringen alligevel.
…
Endelig skal jeg gøre gældende, at indklagede ikke har overholdt meddelelsesforpligtelsen i lovens § 8, og at klager må gives medhold af denne grund, uanset hvorledes nævnet i øvrigt vurderer sagen i forhold til §§ 5 og 6. …

At indklagede var i besiddelse af sagens væsentligste akter d. 18. oktober 2004 (bilagene …), herunder sociale og lægelige akter. Disse bilag indeholder oplysninger, herunder overdrevne oplysninger, om klagers forbrug af alkohol og hash samt henvisninger til undersøgelserne ved speciallæge i 1986 og 1987 tilligemed samtlige oplysninger om klagers psykiske tilstand og tidligere psykologiske behandlinger på O. Universitetshospital. Senest d. 15. januar 2005 modtog indklagede yderligere oplysninger fra egen læge (bilagene …).

Den 18. januar blev sagen forelagt GE Frankona, som svarede d. 4. februar. D. 17. marts modtog indklagede sagens bilag …, som i realiteten ikke indeholder nye oplysninger overhovedet. Dette bilag sendes til GE Frankona d. 4. april. Den 14. april modtog indklagede svar, og først d. 19. april meddeles der afslag til klager.

Det er væsentligt at gøre klart, at starttidspunktet for fristen i lovens § 8, ikke løber fra tidspunktet, hvor der forelå svar fra GE Frankona, men derimod fra det tidspunkt, hvor klager må antages at have været i stand til at konstatere, at der har været afgivet urigtige oplysninger.
…

De supplerende oplysninger fra klagers læge, som indklagede modtog d. 4. april 2005 (bilag …), indeholder, som nævnt, ikke nye oplysninger, og kan derfor ikke anvendes som starttidspunkt for reklamationsfristen.

Der er altså principalt hengået godt 6 måneder fra d. 18. oktober 2004 til d. 19. april 2005, subsidiært mindst 3 måneder fra perioden mellem d. 18.10.04-15.1.05 og d. 19. april 2005, hvilken periode i alle tilfælde konstituerer en overskridelse af reklamationsfristen i lovens § 8."

Selskabet har i skrivelse til nævnet af 6/4 2006 anført:

"Danica Pension har siden vi modtog skadeanmeldelsen i september 2004 arbejdet på sagen ved at indhente de fornødne oplysninger, herunder lægelige oplysninger og udtalelser fra GE Frankona, og behandlet disse, så snart vi har modtaget dem. Endvidere har vi hele tiden orienteret J.A. om sagsforløbet, herunder oplyst ved brev fra den 16. december 2004, at vi undersøger, om forsikringen er antaget på korrekte vilkår, og til brug derfor indhenter supplerende oplysninger, samt meddelt afslag på tegning så hurtigt som muligt efter, vi modtog GE Frankonas vurdering. Vi har således handlet uden unødigt ophold og dermed ikke fortabt retten til at gøre urigtige oplysninger gældende."

Af forsikringsbetingelserne fremgår:

"**Stk. 2. Urigtige oplysninger.**

Er nogen af disse oplysninger urigtige eller ufuldstændige, bringes reglerne i lov om forsikringsaftaler §§ 4-10 i anvendelse, og forsikringsydelsen kan som følge heraf nedsættes eller bortfalde. Tilsvarende regler gælder ved genoptagelse af præmiebetalingen og ændring af forsikringen."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ved forsikringens tegning har afgivet urigtige oplysninger ved at undlade at oplyse om psykiatrisk behandling på O. Universitetshospital i juni 1986, om psykologsamtaler hos psykolog C.R. samt om sit mangeårige selverkendte alkoholmisbrug. Nævnet kan på det foreliggende grundlag ikke kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsaftalelovens § 6 har ophævet forsikringen efter indhentelse af udtalelse fra GE Frankona.

For så vidt angår klagerens advokats påberåbelse af forsikringsaftalelovens § 8 finder nævnet, at selskabet i tilstrækkelig grad har sandsynliggjort nødvendigheden af at indhente yderligere oplysninger om klagerens sygdomshistorie. I denne periode har selskabet stedse orienteret klageren herom og begrundelsen derfor. Med henvisning hertil finder nævnet, at selskabet ikke har reageret for sent.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann