745/06

Den 3. april 2006 blev i sag nr. 67.156:

xxxxx xxxx
xxxxxxx xxxx xxx xxxx xx xx
xxxx xxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Strandboulevarden 122
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikrede, der har været omfattet af en gruppelivsaftale i Forenede Gruppeliv, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft under henvisning til, at klageren afgav urigtige oplysninger ved forsikringens tegning, jf. forsikringsaftalelovens § 6.

Det fremgår af sagen, at klageren den 19/9 2002 udfyldte og underskrev begæring om gruppeforsikring. Klageren undlod at uddybe svarene på to af forsikringsbegæringens spørgsmål. Som følge af den ufyldestgørende besvarelse blev hun af selskabet ved skrivelse af 25/9 2002 anmodet om at besvare spørgsmålene igen. Af besvarelsen, som hun underskrev den 26/9 2002, fremgår:

"Modtager du behandling eller bruger du for tiden nogen form for medicin?
Ja X Nej ___ (Hvis ja:)

Hvilken? Thycapzol
For hvad? Forhøjet stofskifte

Har du inden for de sidste tre år været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l.?
Ja X Nej ___(Hvis ja:)

Hvor? For hvad+ Hvornår? Hvor længe? Eventuelle følger?
H., stofskiftet, siden år 2000, stadig, nej."

Selskabets lægekonsulent vurderede, at de afgivne helbredsoplysninger var tilfredsstillende, hvorfor forsikringen blev antaget.

Den 26/1 2005 fik klageren en blodprop i hjernen. Som følge heraf ansøgte hun medio februar 2005 om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom.

Til brug for sagens behandling indhentede selskabet herefter journaloplysninger fra klagerens egen læge.

Det fremgår af de indhentede journalakter, at klageren i perioden fra den 5/10 1999 til den 20/1 2000 fik antidepressiv behandling med først Cipramil og siden Remeron. Den 20/1 2000 blev hun af egen læge henvist til psykiater.

På baggrund af de indhentede oplysninger afviste selskabet at yde forsikringsdækning, hvilket blev meddelt klageren ved skrivelse af 9/5 2005. Samtidig hermed refunderede selskab den præmie, som hun havde betalt siden tegningen.

Klageren var utilfreds med selskabets afgørelse, hvilket hun efterfølgende tilkendegav i udateret skrivelse til selskabet, i hvilken hun anførte, at behandlingen for depression lå tilbage i 1999, og at behandlingen i øvrigt er uden sammenhæng med den kritiske sygdom. Dette fik imidlertid ikke selskabet til at ændre sit afslag på forsikringsdækning.

Klageren har påstået selskabet tilpligtet at anerkende, at hun er berettiget til udbetaling ved kritisk sygdom. Til støtte herfor har klageren i klageskemaet bl.a. anført, at hun i

forbindelse med forsikringens tegning afgav korrekte oplysninger om sit tidligere sygdomsforløb.

Selskabet har over for nævnet fastholdt, at det har været berettiget til at ophæve forsikringen med tilbagevirkende kraft. Selskabet har til støtte herfor i skrivelse af 8/8 2005 anført, at klageren burde have oplyst, at hun tidligere havde konsulteret sin læge grundet depression, og at hun havde været i antidepressiv behandling.

Nævnet udtaler:
Indledningsvis bemærker nævnet, at klageren ved forsikringens tegning undlod at oplyse om konsultationerne hos lægen vedrørende depression, herunder at hun fik ordineret Cipramil og siden Remeron, selv om disse lå inden for 3 års perioden. Nævnet finder, at klageren dermed har afgivet urigtige oplysninger. Da det samtidig må antages, at selskabet ville have afvist at tegne gruppelivsforsikringen, såfremt de korrekte oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har ophævet hele forsikringen som sket, jf. forsikringsaftalelovens § 6. At der ikke er sammenhæng mellem den lidelse, fortielsen vedrørte, og den sygdom, klageren nu kræver erstatning for, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann