749/06

Den 29. maj 2006 blev i sag nr. 67.381:

xxxx xxxxx xxxxx xxxxx
xxxxxxxx xxxxxxxx
xxxxxx xxxxxxxx xx
xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxx x
xxxx xxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forældrene til nu afdøde forsikringstager, der i forbindelse med optagelse af et banklån havde tegnet Familiesikring Kundegruppeliv i PFA Pension, klager ved deres advokat over selskabets afvisning af at udbetale gruppelivssummen i forbindelse med sønnens død.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringsdækning under henvisning til, at nu afdøde forsikringstager afgav urigtige helbredsoplysninger ved forsikringens tegning i maj 2002, og at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt de rigtige helbredsoplysninger havde foreligget. Selskabet henviser til, at klageren ikke har oplyst om, at han i december 1999 havde et alkoholoverforbrug, og at han efterfølgende fik ordineret antabusbehandling.

I forbindelse med tegning af forsikringen besvarede og underskrev klageren den 24/5 2002 en helbredserklæring til brug for vurdering af, om han kunne optages i gruppelivsforsikringen. Af helbredserklæringen fremgår bl.a. følgende spørgsmål og svar:

"

2	Har De inden for de sidste 3 år lidt af nogen alvorlig sygdom? ☒Nej ☐ Ja ...	
3	Har De inden for de sidste 3 år været undersøgt og/eller behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorium-undersøgelse eller været indlagt på sygehus eller ambulatorium e.l.? ☐Nej ☒ Ja	Hvor? _____ For hvad? Byld Hvornår? 2 år siden Hvor længe? _____ Evt. følger? _____
4	Har De nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned? ☒Nej ☐ Ja	

"

Selskabet fremsendte herefter et spørgeskema vedrørende bylden. Da nu afdøde forsikringstagers besvarelse af dette skema ikke gav anledning til supplerende spørgsmål fra selskabet, blev forsikringen antaget på normale vilkår med virkning fra 24/5 2002.

Ved skrivelse af 7/6 2005 til nu afdøde forsikringstagers forældre meddelte selskabet, at det havde fået oplyst, at forsikringstageren den 22/5 2005 var afgået ved døden, og at selskabet - med henblik på vurdering af, om gruppelivssummen kunne komme til udbetaling - ønskede at få tilsendt udskrift af dødsattesten.

Af dødsattesten fremgår det, at forsikringstageren var død på et center for alkoholmisbrugere, og at han led af afhængighedssyndrom som følge af alkoholforbrug. Dødsårsagen var ifølge embedslægen ukendt.

Efter modtagelse af dødsattesten indhentede selskabet yderligere oplysninger bl.a. fra nu afdøde forsikringstagers læge med henblik på en vurdering af, hvorvidt der var afgivet korrekte helbredsoplysninger på tegningstidspunktet.

Af skrivelse dateret den 16/6 2005 fra nu afdøde forsikringstagers egen læge fremgår bl.a.:

"Om ovenstående kan det oplyses, at jeg første gang har samtale med pt. ang. alkoholforbrug er i december 1999. Her angiver pt. selv, at han har et for stort forbrug, og ønsker at ophøre med dette, hvorfor det aftales, at pt. begynder antabusbehandling, hvilket han får hos undertegnede i de følgende måneder.

Efterflg. har pt. flere episoder, hvor han har et større alkoholforbrug og har flere småskader og været i skadestuen på R. Centralsygehus. Har lange perioder, hvor han er helt ude af alkohol-overforbruget."

Ved skrivelse af 27/6 2005 meddelte selskabet afslag på udbetaling af forsikringssummen, idet selskabet havde vurderet, at nu afdøde forsikringstager - ved ikke at oplyse om behandlingsforløbet fra december 1999 hos egen læge - havde afgivet urigtige oplysninger ved tegning af forsikringen.

Nu afdøde forsikringstagers forældre har over for nævnet påstået selskabet tilpligtet at udbetale forsikringssummen. Til støtte herfor anfører klagernes advokat i skrivelse af 28/7 2005 bl.a.:

"Spørgsmålet stillet af forsikringsselskabet omkring lægebehandling eller undersøgelse inden for de seneste 3 år er alt for bredt formuleret. Skulle man fremkomme med en præcis redegørelse for lægebesøg inden for de seneste tre år, måtte dette klart kræve et udskrift fra egen læge, idet man ikke kan forlange, at forsikrede skal huske samtlige antal lægebesøg inden for de seneste 3 år.

Spørgsmålet er ganske enkelt urimeligt bredt formuleret og bør ikke medføre, at erstatningen bortfalder. Bestemmelsens formulering kan derfor beskrives som værende en bevidst ansvarsfriholdelsesklausul som forsikringsselskabet altid kan henvise til som begrundelse for at give afslag på erstatning.

...

J. har ganske enkelt ikke tænkt over, at frivillig henvendelse til egen læge på baggrund af et ønske om at stoppe alkoholmisbruget var, at betegne som egentlig behandling, eller undersøgelse, særligt da J. jo kom af egen fri vilje uden at være fysisk eller psykisk syg. J. har derfor ikke bevidst afgivet urigtige oplysninger. Endvidere

har J. ligeledes kun fået antabus i de omtalte to måneder og ikke mere i den treårige periode som selskabet henviser til i spørgsmålet til forsikringstageren.

Der skal endvidere henvises til lægens beskrivelse af, at J. ofte i meget lange perioder var alkoholfri, hvorfor misbruget vel ikke kan karakteriseres som voldsomt men blot en erkendelse hos J. af, at han nu drak lidt for mange øl."

Ved skrivelse af 15/8 2005 meddeler klagerens advokat, at dødsårsagen ifølge obduktionsrapporten ikke med sikkerhed kan henføres til alkoholmisbrug. Da der således ikke kan påvises årsagssammenhæng mellem afdøde forsikringstagers alkoholmisbrug og dødsårsagen, er det advokatens opfattelse, at selskabet er forpligtet til at udbetale erstatning til de efterladte.

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Til støtte herfor anfører selskabet i skrivelse af 24/8 2005 bl.a.:

"De helbredsmæssige oplysninger blev forelagt PFA Pensions læge, der vurderede, at J.A. ikke ville være blevet optaget i gruppelivsordningen, såfremt PFA Pension havde været bekendt med de rette oplysninger på tegningstidspunktet.

Bedømmelsen er foretaget ud fra forsikredes alkoholoverforbrug i december 1999 samt efterfølgende antabusbehandling. Før en forsikret kan optages i gruppelivsordningen på normale vilkår, skal der gå mere end fem år uden antabusbehandling.

...

Da vi ikke ville have antaget forsikringen, såfremt de rigtige oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, fastholder vi vores afgørelse om afslag på udbetaling af gruppelivssummen, jf. Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1."

Klagernes advokat har i skrivelse af 21/9 2005 til nævnet udtrykt utilfredshed med, at selskabet fremhæver, at der skal gå fem år uden antabusbehandling, før en forsikret kan optages på normale vilkår. Advokaten henviser til, at dette er i strid med tidligere skrivelser fra selskabet, hvoraf fremgår, at der udelukkende er tale om antabusbehandling i senest tre år forud for tegning af forsikringen.

Hertil svarer selskabet i skrivelse af 13/10 2005 bl.a.:

"Til brug for bedømmelse af en konkret ansøgning udfylder den forsikringssøgende en helbredserklæring. På denne spørger vi blandt andet, om den forsikringssøgende inden for de sidste **tre** år har lidt af nogen alvorlig sygdom, har været undersøgt og/eller behandlet.

Vi foretager en decentral bedømmelse af helbredsoplysningerne, hvor vi anvender 'Retningslinjer for Risikovurdering Personforsikring', udarbejdet af Videncenter for Helbred og Forsikring.

Ifølge disse retningslinjer kan en person først antages på normale vilkår, når:

- der er forløbet mere end fem år efter kortvarig antabusbehandling
- der må ikke være somatiske følgesymptomer
- der må ikke have været noget væsentligt forbrug i de sidste fem år
- personen skal have et fast socialt netværk.

J.A. havde i december 1999 en samtale med læge N.H.L. om sit alkoholoverforbrug med efterfølgende antabusbehandling til følge. Helbredserklæringen er udfyldt den 24. maj 2002 og alkoholoverforbruget ligger således inden for de sidste tre år forud for tegningen.

Ifølge retningslinjerne fra Videncenter for Helbred og Forsikring ville J.A. tidligst kunne være antaget på normale vilkår i december 2004.

Bemærkningen om de fem år er således en uddybende kommentar som dokumentation på, at vi ikke ville have antaget forsikringen, såfremt de rigtige oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, jf. Forsikringsaftalelovens § 6 stk. 1.

...

Det må også anføres, at fortielsen har baggrund i en ikke ubetydelig uagtsomhed, idet der er stillet et ganske klart spørgsmål om en periode, som kun omfatter tre år tilbage i tiden.

Endelig er der kun gået en ret kort tid (3 år) fra afgivelsen af den urigtige oplysning til forsikringsbegivenhedens indtræden."

Heroverfor anfører advokaten i skrivelse af 27/10 2005 bl.a.:

"- PFA Pensions beskrivelse af tre år i forhold til fem år er ganske uforståelig, det er ganske ugennemskueligt, hvornår en forsikringstager/ansøger henhører under de tre henholdsvis de fem år. Sådanne forsikringsbetingelser (eller betingelser for ansøgere til forsikring) må tilsidesættes som uforståelige og utilstrækkelige i forhold til forsikringstageren.

...

- Det indrømmes dog at der ikke er gået tre år fra policens underskrivelse til seneste lægetjek omhandlende bl.a. alkoholmisbrug.

...

- Det mine klienter fik af vide var at dødsfaldet skyldes hjerteflimmer grundet, at hjertet var lidt for stort, hvorfor hjertet var for stort kunne lægen ikke sige noget præcist om.

...

- Afdøde oplyste om operationerne han havde været igennem, da han forstod spørgsmålet som sådan og ikke som, at selskabet spurgte efter alkoholbehandling som jo kun havde haft en varighed af knap to måneder."

Nævnet udtaler:

Det er nævnets opfattelse, at nu afdøde forsikringstager ved sin underskrift indestod for rigtigheden af de afgivne helbredsoplysninger. Da de besvarede helbredsspørgsmål ikke indeholder oplysninger om, at han i december 1999 fik ordineret antabus, som følge af for stort alkoholforbrug, finder nævnet, at der er afgivet urigtige oplysninger. Da det endvidere må antages, at selskabet ville have afvist at tegne forsikringen, såfremt de korrekte oplysninger havde foreligget, er selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6 berettiget til at afvise at yde forsikringsdækning som sket.

På den givne foranledning bemærker nævnet, at der ikke er krav om årsagssammenhæng mellem de urigtige oplysninger og årsagen til forsikringstagerens død, for at selskabet kan afvise at udbetale forsikringssummen i henhold til forsikringsaftalelovens § 6.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann