750/06

Den 12. juni 2006 blev i sag nr. 68.874:

xxxx xxxxx
xx xxxxxxx xxxxxxxxxx
xxxxxxxxx xxxxxxx xxx
xxx xxxxxxxxxxx xxx xxxxxxxx
xxxx xxxxxxxxx x

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der i tilknytning til en familieforsikring har retshjælpsforsikring i Topdanmark Forsikring A/S, klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at yde forhåndstilsagn om retshjælpsdækning til et påtænkt sagsanlæg mod Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab (FG).

Selskabet har afvist at yde forhåndstilsagn om retshjælpsdækning med henvisning til, at der ikke er rimelig grund til at føre proces.

Det fremgår af sagen, at klagerens mor primo 2000 blev optaget i en gruppelivsordning med begunstigelse af nærmeste pårørende. I forbindelse hermed udfyldte og underskrev hun den 16/2 2000 en helbredserklæring.

Klagerens mor fik i december 2003 konstateret kræft, og som følge heraf afgik hun ved døden i marts 2004. FG, der administrerer gruppelivsordningen, indhentede sagens lægelige akter. Efter modtagelsen heraf afviste FG at udbetale forsikringssummen med henvisning til, at nu afdøde havde afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning.

Sagen blev efterfølgende af boet indbragt for Ankenævnet for Forsikring, der behandlede sagen under sagsnummer 64.815. I kendelse afsagt den 17/5 2005 hedder det bl.a.:

"Nævnet udtaler:

Efter de foreliggende oplysninger må nævnet lægge til grund, at forsikringstageren i årene forud for forsikringens tegning kontaktede sin læge på grund af ikke ubetydelige psykiske problemer i form af angstanfald, vrangforestillinger og tvangshandlinger. Det fremgår af de lægelige oplysninger, at forsikringstageren blev behandlet med angstdæmpende og antipsykotisk medicin, hvilket klageren må antages at have været bekendt med. Den af forsikringstageren i forbindelse med forsikringens tegning udfyldte helbredserklæring indeholder ikke oplysninger om forsikringstagerens konsultationer vedrørende psykiske problemer forud for tegningen. Selv om nu afdøde ikke måtte have haft sygdomserkendelse, skulle hun dog have oplyst om konsultationerne vedrørende sine angstsymptomer. Dette er ikke sket, hvorfor nævnet finder, at der er afgivet urigtige oplysninger. Da det må antages, at selskabet ville have afvist at tegne gruppeforsikringen, såfremt de korrekte oplysninger havde foreligget, er selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6 berettiget til at annullere forsikringen og afvise at yde forsikringsdækning.

Som følge heraf bestemmes: Klagen kan ikke tages til følge."

Den 15/11 2005 anmodede klagerens advokat skriftligt det indklagede selskabet om retshjælpsdækning til et påtænkt sagsanlæg mod FG. Vedlagt fremsendte advokaten stævningsudkast, hvor klageren og hans bror er anført som sagsøgere. Sidstnævnte er ikke forsikret i det indklagede selskab. Af stævningsudkastet fremgår bl.a.:

"**PÅSTAND:**

Sagsøgte, Forenede Gruppeliv Administrationsselskab, tilpligtes at anerkende, at sagsøgerne, J. og M.S. har krav på betaling i henhold til gruppelivsforsikring police nr. …01, og at der skal ske forrentning fra den 4. marts 2004 i henhold til FAL, § 24.

…

ANBRINGENDER:

Til støtte for den nedlagte påstand gøres principalt gældende,

at det ikke er dokumenteret, at J.S. led af psykiske lidelser, der ville medføre, at sagsøgte ikke ville have tegnet en livsforsikring på hende.

Til støtte herfor gøres gældende,

at J.S. ikke på noget tidspunkt er blevet henvist til psykolog,

at J.S. har passet sit arbejde og sit daglige virke uden, at nogen har haft mistanke til psykiske lidelser,

at J.S. ikke efter 1999 havde behov for at opsøge sin læge vedrørende allergiske reaktioner, og

at journalens optegnelse derfor ikke er udtryk for en korrekt lægefaglig vurdering.

Subsidiært gøres det gældende,

at J.S. i helbredserklæringen angav, at have været sygemeldt ganske længe i foråret 1999, hvilket burde have givet sagsøgte anledning til at indhente yderligere helbredelsesoplysninger, og

at manglende indhentning af yderligere helbredsoplysninger medfører, at sagsøgte ikke kan gøre gældende, at urigtig oplysning er givet, jf. forsikringsaftalelovens § 9.

Mere subsidiært gøres gældende,

at J.S. ved forsikringstegningen, hverken vidste eller burde vide, at anførelsen af allergisygdommen var rigtig, hvorfor sagsøgte hæfter som om urigtig oplysning ikke forelå jf. forsikringsaftalelovens § 5."

Selskabet afviste at yde forhåndstilsagn om retshjælpsdækning, hvilket selskabet meddelte advokaten ved skrivelse af 22/11 2005.

Sagen blev herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Klageren har ved sin advokat påstået selskabet tilpligtet at anerkende, at han er berettiget til forhåndstilsagn om retshjælpsdækning til den påtænkte retssag mod FG. Til støtte herfor har advokaten i skrivelse af 24/2 2006 til nævnet bl.a. anført:

"Det er sagsøgtes bevisbyrde, at sagsøgte ikke ville have tegnet gruppelivsforsikringen, selvom de korrekte oplysninger havde foreligget. Det er ligeledes sagsøgtes bevisbyrde, at sagsøgte ikke har haft anledning til at reagere på de helbredsoplysninger, som sagsøgte modtog i forbindelse med tegnelse af gruppelivsdækningen.

I den forbindelse vil jeg gerne særskilt henvise til sagens bilag …, der er det helbredsoplysningsskema, der ligger til grund for sagens tvist.

Det fremgår af helbredsoplysningsskemaet, at J.S. loyalt har oplyst om alle forhold. Det eneste dadelværdige i helbredsoplysningsskemaet er, at J.S. angiver allergi som årsag til en sygemelding i mere end 1 måned.

Sagen bilag … er et standard helbredelsesoplysningsskema på 4 punkter udarbejdet af Tryg Baltica. Der er tale om en gruppelivsordning, der er et billigt produkt, der omkostningsmæssigt ikke kan bære omfattende lægelige oplysninger fra hver forsikringstager.

Det første spørgsmål i helbredsoplysningsskemaet lyder om forsikringstager indenfor de sidste 3 år har lidt af nogen alvorlig sygdom. Ordet 'alvorlig' efterlader et betydeligt spillerum for forsikringstagerens egen opfattelse og subjektive skøn, ligesom de fleste mennesker i Danmark må svare bekræftende på spørgsmål 2 (har de indenfor de sidste 3 år været undersøgt/behandlet af læge), og i den forbindelse bemærkes, at der alene er 1 linie til at angive lægeundersøgelser gennem 3 år.

Hertil kommer, at J.S. i februar 2002 [2000] angiver under spørgsmål 3, at hun i april/maj 1999, det vil sige under 1 år forinden, havde været længerevarende sygemeldt i 2-3 måneder på grund af allergi. Det er sagsøgerens opfattelse, at dette burde give sagsøgte anledning til at indhente journal fra egen læge, da et sygdomsforløb på 2-3 måneder indenfor 1 år inden forsikringens tegning, bør få selskabet til at reagere,

Endelig henviser jeg til, at helbredsoplysningsskemaets 4 punkter formodentlig er udfyldt i J.S.' bank, og altså ikke i samarbejde med professionelt forsikringsinstitut, og at J.S. i øvrigt ikke er blevet anmodet om at oplyse om medicinforbrug.

Når der henses til begrundelse i Forsikringsankenævnets afslag på dækning, der netop begrundes i J.S.' medicinforbrug, sammenholdt med de øvrige oplysninger i sagen, er det sagsøgerens opfattelse, at der er rimelig grund til at føre proces og god udsigt til at vinde sagen.

Jeg agter i øvrigt at føre sagsøgers egen læge til at afgive vidneforklaring i sagen og for at uddybe de erklæringer, der er fremlagt som sagens bilag … vedrørende J.S.' egen opfattelse af sygdomsforløbet."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Selskabet har til støtte herfor i skrivelse af 29/3 2006 til nævnet bl.a. anført:

"Det er vores synspunkt, at vores kunde ikke har rimelig grund til at føre sag mod Forenede Gruppeliv henset til resultatet ved sagens behandling i Ankenævnet for Forsikring.

Vi henviser også til advokat Michael S. Wiisbyes bog 'Retshjælpsforsikringen', side 228. Her kan I se, at det er forfatterens opfattelse, at der for uenigheder, som før et påtænkt sagsanlæg har været behandlet ved et nævn i henhold til vilkårenes punkt 7 og 5, stk. 5 synes at gælde en 'omvendt bevisbyrde' i henhold til nævnets praksis. Det skal forstås sådan, at har sikrede tabt sagen ved et nævn, påhviler det sikrede at godtgøre, at der - nævnsafgørelsen til trods - er rimelig grund til en domstolsprøvelse af spørgsmålet.

Vi har i øvrigt både ret og pligt til at give udtryk for tvivl om sagens rimelighed. Jeg henviser til vilkårenes punkt 2, stk. 3.

…

Vi har gjort advokaten opmærksom på, at hvis vores kunde - mod vores forventning - opnår et gunstigt resultat, så betyder det, at vi har vurderet forkert. I så fald giver vi

naturligvis vores kunde retshjælpsdækning, så snart vi har modtaget en kopi af dommen."

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

"**2 Hvilke tvister er dækket af forsikringen**

…

3 Selskabet skal - på det foreliggende grundlag - afgive udtalelse om, hvorvidt tvisten er dækket af forsikringen eller ikke. Selskabet har både ret og pligt til at give udtryk for tvivl om sagens rimelighed. Dækningstilsagn er begrænset til omkostninger, der står i et rimeligt forhold til sagens genstand.

…

5 Hvilke omkostninger er ikke dækket af forsikringen

1 Omkostninger, som ikke er afholdt med rimelig grund, fx fordi sikrede ikke skønnes at have rimelig grund til at føre sagen, eller fordi disse ikke står i rimeligt forhold til sagens genstand."

Nævnet udtaler:

Nævnet har gennemgået sagen og finder, at der ikke er rimelig grund til at antage, at en domstolsafgørelse vil føre til et gunstigt resultat for klageren. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har meddelt afslag på retshjælpsdækning.

Som følge heraf

b e s t e m m e s:

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen