781/07

Den 15. oktober 2007 blev i sag nr. 70.952:

xxxx xxxxx
xxxxxx xxxx xxxxxxxx
xxxxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxx xxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Strandboulevarden 122
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Boet efter afdøde forsikrede, der var omfattet af en gruppelivsaftale med dødsfaldsdækning i Forenende Gruppeliv, klager over størrelsen af den forsikringssum, som selskabet har udbetalt efter forsikredes død i 2006.

Selskabet har i anledning af dødsfaldet udbetalt en forsikringssum på 198.000 kr. Selskabet har afvist at udbetale en større sum med henvisning til, at forsikrede afgav urigtige helbredsoplysninger i forbindelse med forsikringssummens forhøjelse fra 198.000 kr. til 396.000 kr. i 2004.

Det fremgår af sagen, at forsikrede den 14/7 1995 besvarede nogle helbredsspørgsmål, idet han ønskede optagelse i en gruppelivsaftale med Unibank, nu Nordea. På baggrund af de afgivne rene helbredsoplysninger blev forsikringen umiddelbart antaget. Ifølge den indgåede aftale fulgte forsikringssummen det beløb, som forsikrede skyldte banken, dog højst 198.000 kr.

I 2004 ønskede forsikrede at forhøje forsikringssummen, således at denne højst kunne udgøre 396.000 kr. Som følge heraf anmodede selskabet forsikrede om at afgive nye helbredsoplysninger. Den 23/9 2004 besvarede han derfor på ny nogle helbredsspørgs-

mål. I forbindelse hermed svarede han bl.a. benægtende på spørgsmålet om, hvorvidt han inden for de sidste tre år havde været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse, fået udskrevet receptpligtig medicin eller været indlagt/undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l. På baggrund af besvarelsen blev forsikringssummen forhøjet.

Den 28/7 2006 afgik forsikrede ved døden. Han blev efterfølgende obduceret, og på baggrund heraf blev det i obduktionserklæring af 31/7 2006 konkluderet, at dødsårsagen var en hjerneblødning.

Dødsfaldet blev anmeldt til selskabet, som til brug for sagens behandling indhentede journaloplysninger fra forsikredes egen læge.

Af journalkopierne, som selskabet modtog den 23/11 2006, fremgår bl.a., at forsikrede i perioden 12/12 2001 til 29/1 2003 var i medicinsk behandling for forhøjet blodtryk. I samme periode blev der målt forhøjet blodtryk.

Efter modtagelsen af de lægelige oplysninger tilskrev selskabet klageren. Af denne skrivelse, som er dateret 5/12 2006, fremgår bl.a.:

> "Det fremgår, at din ægtefælle T.M.B.S. før udvidelsen af forsikringen i 2004 har været i behandling for forhøjet blodtryk med efterfølgende kontroller. Dette er ikke oplyst i helbredserklæringen, som din ægtefælle udfyldte den 23. september 2004.
>
> Såfremt vi havde haft de nævnte oplysninger, ville vi have afslået at forhøje forsikringen i september 2004. Forsikringen er oprindelig tegnet den 14. juli 1995 med en sum ved død på 198.000 kr. Den forsikringssum der derfor vil blive udbetalt til Nordea Bank Danmark A/S til indfrielse af lånet er 198.000 kr., se vedlagte kopi.
>
> Der henvises til Forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, kopi vedlægges.
>
> Præmien, der er betalt for forhøjelsen af forsikringen siden september 2004, vil blive refunderet til afdødes bo af Nordea Liv & Pension/FG-Gruppen."

Klageren var utilfreds med afgørelsen, hvorfor selskabet ved skrivelse af 6/12 2006 blev anmodet om at revurdere sagen.

Ved skrivelse af 27/12 2006 til klageren fastholdt selskabet sin afgørelse, og sagen blev herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Klageren har nedlagt påstand om, at selskabet skal anerkende, at det ikke har været berettiget til at afvise at udbetale den forhøjede forsikringssum. Til støtte herfor har klageren i skrivelse af 28/12 2006 til nævnet bl.a. anført:

> "Min mand har aldrig nogensinde været syg eller sygemeldt eller har haft fravær fra sit arbejde pga. forhøjet blodtryk. Han har altid været fuldstændig rask og arbejdsdygtig.
>
> Jeg mener, at det er FGs ansvar og forpligtelse, at søge oplysninger hos læge, før de giver forsikring,
>
> Jeg forstår ikke at FG ikke vil indfri hele lånet, da min mand ikke døde af forhøjet blodtryk hvilket kan ses på obduktion rapport som, de har fået og har givet mig afslag igen."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Selskabet har til støtte herfor i skrivelse af 19/1 2007 til nævnet bl.a. anført, at forsikrede ved besvarelsen af helbredsspørgsmålene i 2004 "burde have oplyst om undersøgelserne af det forhøjede blodtryk samt medicineringen heraf". Ifølge selskabet ville det efter fast praksis have afvist at forhøje forsikringssummen, hvis det havde modtaget de nævnte oplysninger, idet forsikringen kun kan etableres, hvis helbredsforholdene er normale.

Herefter har klageren i skrivelse af 30/1 2007 til nævnet gentaget det tidligere anførte, herunder at forsikrede ikke døde på grund af forhøjet blodtryk.

Hertil har selskabet i skrivelse af 2/2 2007 til nævnet bemærket:

> "Det kan hverken afvises eller dokumenteres, at der er årsagssammenhæng mellem det forhøjede blodtryk og hjerneblødningen, men usandsynligt er det ikke.
>
> Dødsårsagen har imidlertid ikke haft betydning for vores overvejelser af, om der var givet urigtige oplysninger eller ej, da der ikke i forsikringsaftaleloven er krav om årsagssammenhæng mellem de fortiede oplysninger og dødsårsag."

Efterfølgende er klageren fremkommet med yderligere bemærkninger i skrivelse af 14/2 2007 til nævnet.

Nævnet udtaler:
Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at forsikrede har afgivet urigtige oplysninger ved ikke at oplyse om sit forhøjede blodtryk og medicineringen herfor. Nævnet finder tillige, at undladelsen af at give selskabet oplysninger herom kan tilregnes afdøde som uagtsomt. Da afdøde har afgivet "rene helbredsoplysninger", har selskabet ikke haft anledning til at foranstalte undersøgelser herom i sundhedsvæsenet.

Da nævnet finder det godtgjort, at selskabet ikke ville have antaget forsikringen med den forhøjede forsikringssum, såfremt de korrekte oplysninger var tilgået selskabet, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet med hjemmel i forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har afvist at udbetale den forhøjede forsikringssum.

Herefter, og idet det af klageren i øvrigt anførte ikke findes at kunne føre til et andet resultat,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand