821/09

Den 8. juni 2009 blev i sag nr. 74.926:

xxxxxx xxxxxx xxxxx
xxxxxxxxxx xxx xxx
xxxx xxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har tegnet to gruppelivsforsikringer i Forenede Gruppeliv, klager over selskabets afvisning af at udbetale invalidesummerne ved tab af erhvervsevne.

Selskabet har afvist udbetaling med henvisning til, at der i forbindelse med tegningen henholdsvis den 6/11 2003 og 17/2 2004 er afgivet urigtige helbredsoplysninger.

I begæring om gruppeforsikring underskrevet henholdsvis 6/11 2003 og 17/2 2004 fremgår bl.a., at hun på spørgmål 3 om, hvorvidt hun nogensinde har været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned, har svaret "nej", ligesom hun på spørgsmål 8 har svaret "ja" til, at hun er fuldstændig rask og fuldt arbejdsdygtig. Umiddelbart over hendes underskrift fremgår, at hun samtidig giver samtykke til, at selskabet kan indhente oplysninger om hendes helbredsforhold og indhente oplysninger, der er nødvendige for en fuldstændig vurdering af den forsikringsmæssige risiko.

Ved skrivelse af henholdsvis 17/11 2003 og 24/2 2004 til klageren meddelte selskabet godkendelse af de tegnede forsikringer.

Ved ansøgning om invalidesum af 7/5 2008 har klageren anført, at hun har været sygemeldt siden 27/4 2005, og at hun lider af agorafobi, posttraumatisk belastningsreakti-

on, tilpasningsreaktion, tilpasningsreaktion med andre emotionelle syndromer og evasiv personlighedsstruktur. Desuden oplyste hun, at hun var under lægebehandling hos psykiater F.A. Endelig oplyste hun, at hun pr. 1/5 2008 var tilkendt invalidepension fra kommunen.

Selskabet rekvirerede på baggrund af begæringen det lægelige og kommunale materiale. Det fremgik af et mødereferat af 23/10 2003 vedrørende klagerens sygefravær i sit arbejde som pædagogmedhjælper, at hun havde været sygemeldt siden 9/7 2003, ligesom det bl.a. fremgik:

> "G. har stadig ugentlige samtaler med en psykoterapeut.
> G. læge mener, at G. har fået en depression og det er aftalt med lægen, at G. i en 3 mdr./s. periode skal have medicin. Der vil gå omkring 8 uger inden medicinen vil virke helt.
>
> Udfra ovenstående vil G. derfor stadig være sygemeldt på fuld tid foreløbig. Der er afleveret lægeerklæring til kommunen. G. har holdt møde med C.P. fra kommunens dagpengekontor i sidste uge."

Af anmodning om statusattest af 26/11 2003 fremgår bl.a.:

> "G. har været sygemeldt i godt 4 ½ måned p.g.a. reaktiv depression efter hendes søns død.
>
> Ved samtale hos mig den 14.10.03, var G. ikke umiddelbart indstillet på genoptagelse af sit arbejde, ej heller med blød opstart. G. holdt meget fast i, at hun netop var startet i medicinsk behandling, og at effekten heraf først kunne forventes mærkbar efter 8 uger, dvs. omkring midten af december.
>
> Der er aftalt møde mellem G. og arbejdsgiver 02.12.03, hvor spørgsmålet om genoptagelse af arbejdet vil blive taget op igen."

Ved skrivelse af 4/7 2008 til klageren afviste selskabet at yde forsikringsdækning med henvisning til, at der var afgivet urigtige helbredsoplysninger ved forsikringernes tegning, og at selskabet - såfremt det havde været bekendt med de korrekte oplysninger - ikke ville have accepteret at tegne forsikringerne. Selskabet henviste i denne forbindelse til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1.

Ved skrivelse af 12/7 2008 anmodede klageren om en revurdering, idet hun bl.a. har anført:

> "Jeg gav samtykkeerklæringer til at I kunne hente oplysninger for at godkende mig, så, der har I fået oplyst at jeg var sygemeldt i den periode, i dyb sorg, over at have mistet min søn den 30/6-2003. Så hvorfor skriver I det er fra ressurceprofilen.

Til spørgsmål 3 har jeg da svaret rigtigt, jeg har ikke før 9. juli været sygemeldt mere end en måned.

Jeg har hele tiden været godkendt og banken har også bekræftet det, derfor forstår jeg ingen ting af det her."

Selskabet fastholdt imidlertid sin afgørelse som meddelt ved skrivelse af 21/8 2008 til klageren.

Over for nævnet har klageren i klage af 23/10 2008 krævet udbetaling af invalidesum og har til støtte herfor i supplerende redegørelse bl.a. anført:

"Jeg har ikke bevidst afgivet urigtige oplysninger, men jeg har på tegningstidspunktet været i dyb sorg, idet jeg mistede min søn den 30/6-03. Dette har betydet, at jeg på dette tidspunkt ikke har været i stand til, at registrere verden omkring mig, men kun forsøgt at holde mig selv i live.
Jeg vil heller ikke undlade, at gøre opmærksom på, at jeg indtil flere gange bad min bankrådgiver om hjælp til at forstå disse papirer, men har fået besked på det kunne de ikke hjælpe mig med.

Jeg har ikke på noget tidspunkt været klar over **jeg** skulle oplyse, at jeg på tegningstidspunktet var sygemeldt. Min bankrådgiver oplyste mig, at forsikringsselskabet selv ville indhente helbredsoplysninger, hvilket jeg jo også gav tilladelse til.

Jeg kan ikke forstå hvorfor forsikringsselskabet ikke indhentede disse oplysninger på tegningstidspunktet, men bare har godkendt mig, dette bør / skal vel ikke komme mig til skade.
Min bank har i hele forløbet oplyst mig, at jeg var godkendt af forsikringen, så jeg bare skulle tage det roligt.

Jeg mener mig berettiget til at få denne udbetaling af mine forsikringer, under henvisning til forsikringsaftale lovens § 5, og ikke som angivet af forsikringen efter § 6. Idet jeg i min daværende tilstand hverken vidste eller burde have vidst, at jeg afgav forkerte oplysninger, dette ikke mindst fordi jeg hele tiden har bedt om hjælp, men desværre ingen hjælp fået og derfor står jeg nu i denne for mig ulykkelige situation."

Selskabet har over for nævnet ved skrivelse af 11/11 2008 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

"I henvendelsen til Ankenævnet anfører klageren, at hendes bankrådgiver oplyste, at forsikringsselskabet selv ville indhente helbredsoplysninger. Den påstand kan bankrådgiveren ikke bekræfte.

Det er vores opfattelse, at klageren ved besvarelsen af spørgsmål 3 i bilag … der lyder: 'Har De nogensinde været syg eller sygemeldt i længere tid end 1 måned', burde have besvaret bekræftende på spørgsmålet, idet hun på det tidspunkt havde været sygemeldt i 4 måneder. Endvidere burde klageren have svaret nej til spørgsmål 8 i samme bilag, hvor klageren svarer ja til, at hun både er fuldstændig rask og fuldt arbejdsdygtig. Tilsvarende gælder for besvarelsen af bilag ...

Det er således vores opfattelse, at klageren ikke har givet korrekte helbredsoplysninger ved etablering af de to gruppelivsforsikringer. Havde vi fået korrekte oplysninger, ville vi have foretaget en nærmere undersøgelse. Resultatet heraf ville have været, at vi ikke kunne tilbyde at etablere de to forsikringer."

Nævnet udtaler:

Klageren har ved besvarelsen af helbredsspørgsmålene ikke oplyst, at hun på tegningstidspunktet havde været sygemeldt fra sit arbejde i 4 måneder, ligesom hun havde svaret "ja" til, at hun var fuldstændig rask og fuldt arbejdsdygtig. Nævnet finder, at klageren ved at undlade at oplyse om sit sygefravær og sin medicinering i den forbindelse har afgivet urigtige helbredsoplysninger over for selskabet. Da nævnet finder det sandsynliggjort, at selskabet ikke ville have antaget forsikringen, såfremt oplysningen om sygefraværet og medicineringen var tilgået selskabet, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet i medfør af forsikringsaftalelovens § 6, stk. 1, har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet og som konsekvens heraf har afvist at yde forsikringsdækning.

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.

J. Hermann