867/11

Den 9. maj 2011 blev i sag nr. 78.188:

xxxx xxxxx xxxxx xxx xxxxxxxx
xxxxxxxxx xxxxxx xx xxxxx
xxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Nu afdøde forsikringstager havde en privatoprettet gruppelivsforsikring i PFA Pension. Boet efter ham klager over, at selskabet har afvist at udbetale dødsfaldssummen.

Selskabet henviser til, at forsikrede afgav urigtige oplysninger ved forsikringens oprettelse.

Det fremgår af sagen, at forsikrede i 1999 oprettede en gruppelivsforsikring ved død. Forsikringen blev oprettet i selskabet gennem hans daværende pengeinstitut. Forsikringssummen udgjorde 680.000 kr. og policen blev håndpantsat til pengeinstituttet.

I 2006 skiftede forsikrede pengeinstitut. I den forbindelse oprettede han en ny gruppelivsforsikring ved død, som blev pantsat til det nye pengeinstitut. Forsikringen blev oprettet i samme selskab og udgjorde 792.000 kr. Den tidligere forsikring blev slettet pr. 30/9 2006. Ved sin underskrift den 4/4 2006 oplyste han bl.a., at han ikke inden for de sidste 3 år havde været undersøgt og/eller behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler, fået foretaget laboratorieundersøgelse eller været indlagt, undersøgt på sygehus, ambulatorium e.l. Imidlertid havde han den 3/3 2006 fået stillet diagnosen prostatakræft og afgik ved døden den 8/12 2008 som følge heraf.

I brev af 13/5 2009 afviste selskabet at udbetale forsikringssummen med den begrundelse, at forsikrede havde afgivet urigtige oplysninger den 4/4 2006, hvor den nye forsikring blev oprettet.

Selskabet har i brev af 7/5 2010 til nævnet redegjort for sin stillingtagen således:

"**Vurdering**
[Nu afdøde] var klar over, både at hans Gruppesikring Sydbank først trådte i kraft den 4. april 2006, og at hans gruppeforsikring oprettet gennem … Andelskasse blev annulleret pr. 30. september 2006. Dette bekræftede han ved sin underskrift på blanketten til tilmelding til Gruppesikring (bilag …) og på blanketten til sletning af gruppeforsikring (bilag …).

Desuden fremgår det af § 11, stk. 2, i 'Forsikringsbetingelser den 1. januar 2002, Foreningen … Pengeinstitutter, Familiesikring Kundegruppeliv" (bilag …), som sidst gjaldt for [nu afdødes] gruppeforsikring oprettet gennem … Andelskasse, at forsikringen bortfalder, hvis gruppemedlemmets kundeforhold til pengeinstituttet ophører, og at overførsel af forsikringen alene kan ske til et pengeinstitut, som er tiltrådt gruppeaftalen mellem PFA Pension og Lokale Pengeinstitutter.

PFA Pension gør gældende, at [nu afdøde] objektivt set har afgivet faktuelt urigtige oplysninger i helbredserklæringen. Inden for de sidste 3 år havde [nu afdøde] været undersøgt og behandlet på … Sygehus flere gange.

Diagnosen er stillet blot en måned før han udfylder helbredserklæringen.

[Nu afdøde] skriver under på, at oplysningerne på helbredserklæringen er i overensstemmelse med sandheden, og at han intet har fortiet. Endvidere skriver [nu afdøde] under på, at han er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige eller fortielse har fundet sted.

Afgivelsen af de urigtige oplysninger må som det mindste tilregnes [nu afdøde] som uagtsom, idet det stod eller burde have stået [nu afdøde] klart, at spørgsmålene, som er klart og tydeligt i sin udformning, ikke er besvaret i overensstemmelse med sandheden.

De helbredsmæssige oplysninger har været forelagt PFA Pensions læge, der har vurderet, at [nu afdøde] ikke ville være blevet optaget i gruppelivsordningen, hvis PFA Pension havde været bekendt med de rette oplysninger på tegningstidspunktet.

Herefter er tilfældet omfattet af bestemmelsen i FAL § 6, stk. 1.

Vi har også vurderet, om der efter bestemmelsen i FAL § 6, stk. 3, skulle foreligge sådanne særlige omstændigheder, der kunne tale for, at PFA Pension kunne hæfte helt eller delvist. Det mener vi ikke er tilfældet:

- Det forhold, der er afgivet urigtige oplysninger om, må antages at have haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden. 'Cancer prostatae', som omtales i dødsattesten, var den tilgrundliggende lidelse for dødsfaldet

- Den udviste uagtsomhed må antages at have været betydelig, da spørgsmålene i helbredserklæringen er klart og tydeligt i sin udformning, da der ikke objektivt set kan være nogen tvivl om, at svarene er urigtigt, og da diagnosen var blevet stillet og meddelt [nu afdøde] kort tid, før han afgav urigtige oplysninger.

Konklusion
På den anførte baggrund må vi fastholde, at [nu afdøde] ved tegningen af forsikringen har afgivet objektivt urigtige oplysninger om forhold, som var af betydelig interesse for forsikringsselskabet, og som forsikringsselskabet ikke på anden måde kunne være vidende om. Afgivelsen af de urigtige oplysninger må tilregnes [nu afdøde] som i det mindste uagtsom.

Havde vi kendt til de korrekte oplysninger, ville vi ikke have tegnet forsikringen, jf. FAL § 6, stk. 1.

Der foreligger ikke særlige omstændigheder, der efter reglen i FAL § 6, stk. 3, ville kunne føre til, at selskabet alligevel skulle hæfte helt eller delvist."

Heroverfor har boets repræsentant i brev af 9/6 2010 til nævnet bl.a. bemærket:

"Det er fra arvingernes side ubestridt, at de oplysninger, afdøde gav i helbredserklæringen fra april 2006 ikke i sin helhed var korrekte, hvilket også fremgår af klagen af 16. april 2010.

Klagen er derimod indgivet under henvisning til forsikringsaftalelovens § 6, stk. 3, idet det gøres gældende, at en fastholdelse af afvisningen af udbetaling fra forsikringen, der blev tegnet i april 2006, vil føre til et helt igennem urimeligt resultat.

Jeg er således enig i, at afslaget på udbetaling i henhold til forsikringen, tegnet i 2006, isoleret set var berettiget, men at sagen skal vurderes ud fra de forudgående omstændigheder, nemlig:

- At afdøde i 1999 havde tegnet en forsikring, der blev tegnet uden forbehold - og uden at der burde have været taget forbehold
- At denne forsikring stadig var i kraft, da en ny, men tilsvarende forsikring blev tegnet i 2006
- At forsikringen fra 1999 opsiges af afdøde umiddelbart efter, at den nye - og tilsvarende - forsikring er blevet antaget i foråret 2006

På den baggrund må det have formodningen mod sig, at afdøde bevidst afgav urigtige oplysninger for at tegne en forsikring; en forsikring, han i forvejen havde og som han slettede efter at have tegnet den nye!

Det er naturligvis ikke muligt at få oplyst, hvorfor afdøde gav de fejlagtige oplysninger i helbredserklæringen fra april 2006, men de ovenfor skitserede omstændigheder sandsynliggør, at afdøde ikke var bekendt med, at der rent faktisk blev tegnet en ny forsikring og efterfølgende opsagt en tilsvarende ældre forsikring.

Som nævnt i klagen af 16. april 2010 skulle ændringen egentligt også bare gå ud på at ændre panthaver.

Det er korrekt, at det i § 11, stk. 2 i Forsikringsbetingelser med Foreningen Lokale Pengeinstitutter fremgår, at forsikringen ophører, hvis gruppemedlemmets kundeforhold til pengeinstituttet ophører; det fremgår ligeledes, at gruppemedlemmet har ret til at begære forsik-

ringen overført til at andet pengeinstitut, der har tiltrådt gruppeaftalen mellem foreningen Lokale Pengeinstitutter og PFA Pension.

Ved en nøjere gennemgang af henholdsvis bilag … og bilag … kan det konstateres, at forsikringsbetingelserne i de 2 aftaler med henholdsvis … Pengeinstitutter og …bank er fuldstændig ens, og det savner således enhver form for rimelighed, at den pågældende forsikring ikke kan overføres fra et pengeinstitut, der har indgået aftalen med PFA Pension til et andet pengeinstitut, der også har indgået aftale med PFA Pension; en nøjagtig tilsvarende aftale

Under hensyn hertil, og til at PFA ikke i forbindelse med tegningen af forsikringen i april 2006 i stedet for en nytegning, accepterede, at den oprindelige gruppesikring med … Andelskasse kunne videreføres med …bank som panthaver, finder jeg det helt urimeligt at opretholde et afslag i medfør af forsikringsaftalelovens § 6, stk.1 og betingelserne i forsikringsaftalelovens § 6, stk, 3 må således anses for opfyldt."

Selskabet har i brev af 30/6 2010 yderligere til nævnet bl.a. anført:

"Lempelsesreglen i FAL § 6, stk. 3, kan i almindelighed kun anvendes, hvis forsikrede ved afgivelsen af de urigtige oplysninger alene har udvist en ringe uagtsomhed. Det kan f.eks. være, hvis forsikringstageren ved en forglemmelse undlader, at oplyse om en lægeundersøgelse eller hospitalsindlæggelse flere år før forsikringstegningen. Da [nu afdøde] blev informeret om diagnosen samt behandlingsstrategier kun en måned før afgivelsen af helbredsoplysningerne, kan han ikke have haft anledning til at tro, at oplysningen om diagnosen var uden betydning for PFA Pension, og da der er tale om urigtige svar på klare og enkle spørgsmål, kan der i denne sag ikke være tale om en ringe uagtsomhed.

Endvidere kan vi præcisere, at det ikke ville have været muligt, at overføre gruppelivsforsikringen via … Andelskasse til gruppelivsforsikringen via …bank, da der er tale om to forskellige aftaler mellem PFA Pension og to forskellige juridiske enheder, med hver deres afgrænsede kundegruppe, og da aftalen mellem PFA Pension og … Andelskasse ikke giver mulighed for videreførelse af en gruppeforsikring fra … Andelskasse til …bank.

Der foreligger derfor ikke særlige omstændigheder, der efter reglen i FAL § 6, stk. 3, ville kunne føre til, at PFA Pension alligevel skulle hæfte helt eller delvist."

Hertil har boets repræsentant i brev af 5/8 2010 til nævnet bl.a. bemærket:

"Særligt bemærkes, at afdøde ikke kan antages at have udvist andet end ringe uagtsomhed i forbindelse med tegningen af Gruppesikring i april 2006, da afdøde ikke havde anledning til at tro, at der var tale om en nytegning, når der blot var tale om skift af panthaver i forbindelse med skift af pengeinstitut.

Tegningen af gruppesikring var således på ingen måde den primære opgave, eller et ønske fra afdøde, men blot en biting i forbindelse med skift af pengeinstitut, og alene et ønske fra det nye pengeinstitut.

Det er derfor ikke sandsynligt, at det på nogen måde har haft afdødes opmærksomhed, og endnu mindre hans ønske om at afgive urigtige oplysninger.

Som anført i min skrivelse af 9. juni 2010 er jeg bekendt med forsikringsbetingelserne, herunder at man ikke kan skifte mellem Lokale Pengeinstitutter og …bank, men det fastholdes,

at det savner enhver form for rimelighed, og det pointeres, at der er tale om fuldstændig enslydende forsikringsbetingelser."

Nævnet udtaler:

Det er for nævnet ubestridt, at forsikrede afgav urigtige oplysninger ved forsikringens oprettelse den 4/4 2006, og at selskabet - hvis det havde været vidende om de rette helbredsforhold - ikke ville have antaget den nye forsikring.

Der foreligger ingen oplysninger om, hvad der var baggrunden for, at afdøde skiftede pengeinstitut, og hvorfor han afgav urigtige helbredsoplysninger ved tegningen af den nye forsikring. Der foreligger endvidere ingen oplysninger om, hvorvidt afdøde i den forbindelse blev rådgivet af enten sit nye pengeinstitut eller repræsentanter for selskabet om, hvilke konsekvenser det havde for forsikringsdækningen, at han efter tegningen af forsikringen i 1999 var blevet syg. Det må antages, at afdøde - hvis det havde været muligt - ville have fastholdt den først tegnede forsikring, hvis han var blevet rådgivet om konsekvenserne af den konstaterede cancer. Det må endvidere antages, at selskabets risiko i forbindelse med pengeinstitutskiftet ikke er blevet forøget.

Nævnet finder på denne baggrund at måtte afstå fra at behandle sagen, da det kræver en nærmere bevisførelse, som må foregå ved domstolene, for at kunne afgøre, om selskabet - eller det nye pengeinstitut - har pådraget sig et ansvar over for afdøde, eller om selskabet på andet grundlag kan antages at skulle udbetale forsikringssummen på trods af de urigtige helbredsoplysninger.

Herefter

b e s t e m m e s :

Nævnet kan ikke afgøre sagen.

Marianne Højgaard Pedersen
formand