

## Responsum nr. 3382 af 25. februar 2005

Sagen vedrører afvisning af udbetaling på gruppelivsforsikring og sygeforsikring som følge af afgivelse af urigtige oplysninger.

H begik selvmord den 28. januar 2004, og efterfølgende nægtede forsikringsselskaberne udbetaling med henvisning til at H havde afgivet urigtige oplysninger om sine helbredsforhold, jf. FAL § 6.

H var i forbindelse med en ansættelse fra 1. maj 1986 til 31. december 1999 omfattet af en gruppelivsforsikring. 1. januar 2000 blev H ansat i et svensk firma. Gruppelivsforsikringen blev i den forbindelse overflyttet til en privattegnede gruppelivsforsikring.

I den forbindelse underskrev H en erklæring, hvor H svarede ja til, at H "inden for de sidste 3 år har været undersøgt/behandlet af læge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler", idet H skrev "i forbindelse med ondt i foden som følge af gymnastik".

Ved tegning af sygeforsikringen hos Forsikringsselskab B underskrev H en tilsvarende erklæring, hvor H ved spørgsmålet omkring behandling inden for de sidste 3 år skrev følgende: "*muskelstrækning i foden i september 1999.*"

Efter H's død kom det frem, at H den 26. maj 1998 og 24. juni 1998 også havde været hos lægen, da han følte stress og insufficiens og havde depressive træk. Af H's journal fremgår:

26. maj 1998:

*"Er atter kommet ind i periode med stress og insufficiensfølelse, tidlig opvågning og depressive træk. Indleder beh. med Zoloft 50 mg dgl. i 1 uge, derefter 50mg x 2. Stilnox p.n i den første tid. Der er aftalt kontrol"*

24. juni 1998:

*"Samtale. Stiltfærdig bedring. Føler sig ikke så stresset og forvirret mere. Det kniber stadigvæk lidt med gennemsovnningen. Tager Stilnoct 1/2-1."*

Spørgsmål 1:

"Det ønskes oplyst, om de tegnede gruppelivsforsikringer i henhold til sædvanlig dansk forsikringspraksis ville være blevet antaget på normale vilkår, såfremt det var oplyst, at forsikringssøgende var blevet undersøgt og behandlet af egen læge, som det fremgår af **H's journal**. I benægtende fald ønskes oplyst årsagen hertil."

Spørgsmål 2:

"Det ønskes oplyst, om det er i overensstemmelse med sædvanlig forsikringspraksis at afvise tegning af gruppelivsforsikringer, såfremt en forsikringssøgende oplyser inden for de sidste 3 år at have været i behandling med "lykkepiller" og/eller sovepiller i en periode på nogle måneder, når denne behandling er afsluttet, og den forsikringssøgende ikke inden for de sidste 12 måneder har været i samme eller lignende behandling."

Spørgsmål 3:

"Det ønskes oplyst, om det har nogen betydning for besvarelsen af spørgsmål 2, såfremt forsikringselskabet var bekendt med de forhold, der fremgår af **H's journal**."

Spørgsmål 4:

"Det ønskes oplyst, om det i dansk forsikringspraksis er sædvanligt, at en som følge af jobskifte forlangt "individuel præmie" på en arbejdsgivertegnet gruppelivsordning, som efter fratrædelse videreføres uændret i samme selskab uden afgivelse af helbredsoplysninger, er 6 gange større end præmien på en tilsvarende gruppelivsforsikring, der nytegnes med afgivelse af helbredsoplysninger."

Spørgsmål 5:

"Det ønskes oplyst, om det er i overensstemmelse med god forsikringskik at tilbyde en fortsættelse af en gruppelivsordning - uændret med individuel præmie, uden samtidig at oplyse, at den individuelle præmie da ville være 6 gange højere end præmien for en nytegnede gruppelivsforsikring."

Spørgsmål 6:

"Det ønskes oplyst, om det er i overensstemmelse med god forsikringskik for rådgivning, såfremt en assurandør undlader at oplyse en forsikringstager om, at forsikringselskabet ved jobskifte automatisk tilbyder at videreføre en forsikring som den i sagen omhandlede på uændrede vilkår uden krav om yderligere helbredsoplysninger, men i stedet lader en forsikringstager udfylde ny forsikringsbegæring med nye helbredsoplysninger.

Har det betydning, at præmien for en forsikring, der bliver videreført uden afgivelse af helbredsoplysninger, ville have været mere end 6 gange så høj som præmien for en tilsvarende gruppedækning med helbredsoplysninger, og at dækningssummen ikke kunne være blevet forhøjet uden afgivelse af helbredsoplysninger."

F&P skal udtale følgende:

Ad spørgsmål 1-3:

En forsikringsanmodning alene baseret på oplysningerne i **H's journal** ville i nogle forsikringselskaber medføre afslag på forsikringstegning. Nogle selskaber ville indhente yderligere oplysninger, inden der tages stilling til tegning af forsikring, mens nogle selskaber ville afvente udløbet af en karenperiode.

Det anførte ville tillige gælde, såfremt den forsikringssøgende oplyser at have været i behandling med lykke- og/eller sovepiller på den i forespørgslen nævnte måde.

Ad spørgsmål 4:

Forsikringselskaberne har forskellig praksis på området. Det kan ikke anses for usædvanligt, at præmien i en situation hvor en arbejdsgivertegnet gruppelivsordning videreføres individuelt uden afgivelse af helbredsoplysninger er væsentligt højere end ved en gruppelivsordning.

Ad spørgsmål 5-6:

Forsikringselskaberne har forskellig praksis på området.