645/02

Den 21. maj 2002 blev i sag nr. 56.721:

xxx xxxxxxx xxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xxx x
xxxx xxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Administrations-Aktieselskab
Strandboulevarden 122
Postbox 844
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der var forsikret mod kritisk sygdom i Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for anmeldt kritisk sygdom.

Klageren har i klageskrivelsen af 12/9 2001 til nævnet anført: "Der er to relevante og væsentlige forhold i sagen, nemlig

1. at tjenestemandspensionister ifølge forsikringsselskabets påstand ikke er omfattet af begrebet kritisk sygdom, og
2. at der henvises til nogle meget bureaukratiske bestemmelser om diagnosetidspunktet, d.v.s. de forsikringsbestemmelser angivne regler om optagelse på venteliste.

… Jeg har redegjort nøje for mit sygdomsforløb, sygdommens karakter, dens opståen, der hjerteoperation jeg har gennemgået o.s.v. Jeg har også redegjort for mit synspunkt vedrørende det tidspunkt sygdommen er opstået og diagnosticeret, og det er min påstand at det er sket før den I. januar 2001, som er den dato jeg gik på pension fra G. kommune efter 47 års ansættelse. Jeg har gjort mig de største anstrengelser for at finde ud af hvad der har begrundet en aftale mellem forsikringsselskabet og min fagforening, gående ud på at pensionister skal udeholdes fra reglerne om kritiske sygdom, dels hen-

set til at sygdommen er indtrådt før pensioneringstidspunktet og dels til at jeg som pensionist fortsat og i øvrigt er omfattet af gruppelivsordningen. Under disse omstændigheder har jeg anmodet forsikringsselskabet om at svare mig på, hvad der ligger til grund for denne mærkelige aftale, men selskabet har ikke imødekommet min anmodning, hvorved mit spørgsmål og det nærmere kendskab til reglerne er blevet ignoreret. Selskabet har alene koncentreret sig om forsikringsbestemmelsernes § 8 D om optagelse på venteliste, men har ikke taget mine øvrige argumenter i betragtning. Det er derfor yderst vanskeligt for mig at argumentere imod selskabets synspunkt, navnlig de 'kunstige' skæringsdatoer man alene hæfter sig ved, henholdsvis 1. januar 2001 (pensioneringsdatoen) og 15. marts 2001, som er hospitalets brev om at operationen skulle gennemføres. Jeg har meget vanskeligt ved at forestille mig og acceptere, at alene den omstændighed at jeg er gået på pension den 1. januar 2001 er afgørende for om jeg er omfattet af reglerne om kritisk sygdom, idet det da ikke kan bortforklares at jeg har pådraget mig hjertesygdommen før jeg gik på pension. Der er som jeg også har nævnt det i korrespondancen ingen der kan sige, hvornår min hjertesygdom er opstået, men jeg tog selv initiativ til at få konstateret sygdommen, da jeg i november måned 2000 gik til min læge, og denne kunne høre en mislyd i hjertet, der skyldtes en utæt hjerteklap. Det må være indiskutabelt, at en patient med en sådan livstruende sygdom efter konstateringen af sygdommen må gennemgå en omfattende række undersøgelser og behandlinger før det endelige omfang af sygdommen fastlægges og før operationen gennemføres, men det betyder da ikke at sygdommens konstatering og operationstidspunktet er det samme. Det har lige fra sygdommens konstatering stået helt klart, at en operation var nødvendig, hvis jeg skulle bevare mit liv, og det er derfor forfærdeligt og nedværdigende at diskutere disse 'kunstige' skæringsdatoer, som om disse skulle bestemme eller afgøre om man er syg eller ikke syg. Forsikringsselskabet har i sit afslag udtalt, at man har forståelse for min frustration, men henholder sig til, at man blot er blevet sat til af administrere nogle regler. Hertil må jeg sige to ting. Jeg tror for det første ikke selskabet kan forstå min frustration. Og for det andet, når man siger, at man blot er sat til at administrere nogle regler, burde man da i det mindste have svaret mig på mit spørgsmål som beskrevet ovenfor. Skal jeg endelig 'lokkes' til at se isoleret på reglen om venteliste må jeg sige, at det vel må anses for tvivlsomt om ventelistebegrebet har nogen relevans allerede af den grund at der ved lov er indført en behandlingsgaranti for livstruende kritiske sygdomme, så det vil være min påstand at ventelistebestemmelsen

er uden reel relevans og vel nærmest må anses for elimineret. Min klage går derfor ud på at jeg må betragtes som omfattet af reglerne om kritisk sygdom med ret til udbetaling af forsikringssummen."

Det hedder endvidere i klagerens skrivelse af 3/10 2001 til nævnet: "2. … Jeg har tænkt meget over denne sag og har fundet, at der er to yderligere punkter der er yderst relevante og som jeg ønsker at fremhæve som et led i min klage. 3. aftalen mellem min tidligere arbejdsgiver og forsikringsselskabet. 4. begrundelsen af forsikringsselskabets afslag. Til disse to yderligere punkter skal jeg knytte følgende bemærkninger:
Ad punkt 3. Som jeg har nævnt i mit brev af 14. september d.å. har jeg for det første anmodet forsikringsselskabet om at oplyse, hvad der ligger til grund for aftalen mellem de nævnte to parter om at pensionister skal holdes udenfor reglerne om kritisk sygdom. Jeg har ikke fået selskabets svar på min anmodning. Som jeg endvidere har anført har man fastholdt min tilknytning og medlemsskab til gruppelivsordningen, ligesom man fortsat indbetaler bidrag til ordningen på mine vegne. Ved at tage et enkelt element ud af ordningen, nemlig bestemmelsen om kritisk sygdom har man udsat pensionstagerne for en forskelsbehandling som efter min opfattelse er urimelig, ubegrundet og uacceptabel. Ved at forskelsbehandle forsikringstagerne fremtræder der nu en gruppe - lad os kalde den gruppe A - som er bedre stillet og omfattet af reglerne om kritisk sygdom, og en anden gruppe - gruppe B - som er ringere stillet og derved udeholdt fra reglerne om kritisk sygdom. Selskabet kunne og burde i det mindste have behandlet min henvendelse så seriøst at man havde givet mig en tydelig og forståelig begrundelse for denne urimelig aftale og forskelsbehandling, ligesom man burde have formuleret sin afgørelse så tydelig og udtømmende at jeg som forsikringstager kunne forstå det og eventuelt acceptere afgørelsen eller argumentere imod afgørelsen.
Ad punkt 4. For det andet burde det fremgå af aftalen, hvilke pensionister der var tale om. Som tidligere nævnt skal afslaget sandsynligvis begrundes i følgende afsnit af gruppelivsaftale nr. 86115: 'Tidligere tjenestemænd, som er fratrådt stillingen i kommunerne med en aktuel egenpension, forsikres kun med 50% af de angivne dødsfaldssummer og 100% dækning for hvert barn. Der er ikke ret til præmiefri dækning, invalidesum og kritisk sygdom o.s.v.' Det er imidlertid fortsat min påstand at jeg ikke var 'tidligere tjenestemand', da min sygdom blev konstateret, jfr. min beskrivelse i tidligere korrespondance, men at jeg var tjenestemand i aktiv tjeneste, da jeg pådrog mig sygdommen, og der-

til kommer, at det er ganske tilfældigt, at operationen blev fastsat på et tidspunkt, der lå ganske tæt på pensioneringstidspunktet. Der burde være så megen elastik i sådanne regler, at en pensionist der er ramt af en livstruende kritisk sygdom ikke bliver fanget i nettet og derved 'straffet' fordi han er 'trådt' over en tilfældig magisk datogrænse. Ved ikke at formulere sit afslag tydeligt og velbegrundet har forsikringsselskabet 'tvunget' mig til at klage til Ankenævnet for Forsikring, hvilket som nævnet selv har fastslået vil forlænge sagsbehandlingen. Når selskabet skal besvare en henvendelse fra en forsikringstager/kunde bør og skal det tage alle de argumenter der er fremsat af forsikringstageren i betragtning, og besvare og formulere sin afgørelse ud fra samtlige disse argumenter, ikke blot udtage et enkelt element som den omtalte venteliste i § 8d. Jeg mener at forsikringsselskabets afslag er for kortfattet, ufyldestgørende begrundet, og at afgørelsen derfor er ugyldig og bør tilsidesættes."

Selskabet har ved skrivelse af 16/10 2001 til nævnet anført: "Klageren er omfattet af to gruppelivsaftaler, som indeholder dækning ved kritisk sygdom. Aftalerne er ikke enslydende i beskrivelsen af dækningsomfanget, og det har ført til, at vi kun har udbetalt sum ved kritisk sygdom efter den ene aftale. Det er klageren utilfreds med. Gruppelivsaftalen, som vi har afvist at udbetale efter, vedlægges som bilag A. Aftalens indhold er baseret på et overenskomstresultat forhandlet mellem Kommunernes Landsforening m.fl. og klagerens forhandlingsberettige organisation KTO (Kommunale tjenestemænd og overenskomstansatte). Dette gælder også § 1 **A** i bilag A, der har følgende ordlyd: 'Tidligere tjenestemænd….som er fratrådt stillingen i kommunen eller amtskommunen med aktuel egenpension forsikres med de i § 2 angivne dødsfaldssummer og 100% børnesummer.' Det betyder, at personer på egenpension ikke længere er omfattet af forsikringsdækningerne invalidesum og kritisk sygdom, og det fremgår også af den forsikringsoversigt (bilag B) de forsikrede får udleveret. Forsikringsbetingelserne for kritisk sygdom (bilag C) bestemmer i § 2 stk. 4, at det er en betingelse for dækning af kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, og i stk. 5 anføres: Ved en diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i § 8 A-N. § 8 D i bilag C omhandler klagerens sygdom, og hvor diagnosen er hjerteklapkirurgi. Det fremgår af bestemmelsen, at det er en betingelse for udbetaling, at forsikrede er opereret eller accepteret på venteliste. Da forsikringsdækningen ved kritisk sygdom er ophørt med udgangen af januar måned 2001, hvor klageren fratræder sin stilling med aktuel egenpension, og da klage-

ren først opfylder kravene til at få forsikringsbeløbet udbetalt den 15. marts 2001 (bilag D), hvor klageren accepteres på venteliste, har vi ikke kunnet imødekomme ønsket om udbetaling. Afsluttende oplyses, at vi har forelagt den konkrete sag for Kommunernes Landsforening, som har tiltrådt vores forståelse af aftalen."

Det hedder i forsikringsbetingelserne bl.a.: "**§ 2.** … Det er en betingelse for dækning af kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karensperiode. Forsikringstid og eventuel karensperiode fremgår af gruppelivsaftalen. Diagnoser, der stilles efter forsikringstidens udløb, er ikke dækket af forsikringen. Ved en diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i § 8 A-N. … **§ 8.** Ved kritisk sygdom forstås: … **D. Hjerteklapkirurgi.** Planlagt og åben hjertekirurgisk behandling af medfødte eller erhvervede hjerteklapsygdomme med indsættelse af kunstige mekaniske eller biologiske hjerteklapproteser. Krav: Ved planlagt operation er det et krav, at forsikrede er accepteret på venteliste."

Klageren er utilfreds med selskabets svar.

Nævnet udtaler:
Nævnet har gennemgået sagen og har ikke fundet noget grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til forsikringsbetingelsernes § 8 D.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand