643/02

Den 17. april 2002 blev i sag nr. 57.077:

xxxxx xxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxx xx
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 er omfattet af en gruppelivsaftale i Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab, klager over, at selskabet har afvist at yde dækning ved kritisk sygdom.

Selskabet anfører i skrivelse af 7/11 2001 til nævnet: "I september 2001 får klageren konstateret en ondartet kræftsvulst i hjernen, og klageren ønsker som følge heraf forsikringssummen ved kritisk sygdom udbetalt, idet diagnosen er omfattet af § 8 A i forsikringsbetingelserne (bilag A). Ansøgning om udbetaling (bilag B) og epikrise fra Århus Kommunehospital (bilag C) vedlægges. Det fremgår af bilag C, at klageren i 1996 fik konstateret brystkræft, og denne diagnose er også bekræftet i journaludskrift fra Vejle Sygehus (bilag D). Da klageren således har fået diagnosticeret en kræftsygdom inden dækning ved kritisk sygdom trådte i kraft den 1. oktober 1999, har vi med henvisning til forsikringsbetingelsernes § 2 stk. 1 og 5 (bilag A) ikke kunnet imødekomme ønsket om udbetaling (bilag E)."

I klagen til nævnet påberåber klageren sig et af selskabet i december 2001 udstedt satskort til gruppeliv og –ulykkesforsikringerne. I dette hedder det bl.a.: "**Kritisk syg-**

dom- udvidet dækning Den 1. oktober 2000 blev dækningen ved kritisk sygdom udvidet til at kunne udbetales mere end én gang, såfremt den forsikrede får diagnosticeret forskellige sygdomme på forskellige tidspunkter. Det vil sige, at hvis forsikringssummen udbetaltes ved en kræftsygdom, og den forsikrede efterfølgende bliver raskmeldt, kan vedkommende ikke få en ny udbetaling hvis der senere konstateres en anden form for kræft. Derimod udbetales forsikringssummen, hvis den forsikrede får konstateret en helt anden kritisk sygdom, eksempelvis sklerose eller nyresvigt. Der skal dog altid gå 6 måneder mellem de to diagnoser. Det er en forudsætning for udbetaling af den udvidede dækning, at diagnosen stilles i forsikringstiden - altså tidligst fra og med 1. oktober 2000. De medlemmer der allerede har fået udbetalt for en kritisk sygdom, eller som har haft en kritisk sygdom inden forsikringens start, er pr. 1. oktober 2000 omfattet af den udvidede dækning."

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelser: "**§ 2.** Der gælder følgende begrænsninger i den dækning, der er beskrevet i § 8. Har forsikrede inden forsikringstidens begyndelse fået diagnosticeret (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen) eller modtaget behandling for en af de kritiske sygdomme, som dækkes af forsikringen, omfatter forsikringsdækningen ikke den/de pågældende diagnoser/behandling. …Ved en diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i § 8 A-N. Eksempelvis er § 8 A én diagnose, således at der ikke kan ske udbetaling mere end én gang, selv om forsikrede efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer. … **§ 8:** Ved kritisk sygdom forstås: **A. Kræft …"**

Nævnet udtaler:
Det fremgår af sagens akter, at forsikringstageren forinden forsikringstidens begyndelse i 1996 fik konstateret brystkræft og i 2001 fik stillet diagnosen ondartet kræftsvulst i hjernen. Nævnet kan ikke kritisere selskabets afgørelse, der findes at være i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne og det udsendte satskort. Såvel forsikringsbetingelsernes § 2 som satskortet undtager forsikringsdækning, i tilfælde som det konkrete, hvor forsikringstageren får diagnosticeret to forskellige former for kræft.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

p.f.v.

Henning Jønsson