658/02

Den 4. november 2002 blev i sag nr. 57.712:

xxxxxx xxxx
xxxxxxxxx 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 har forsikring mod kritisk sygdom i Administrationsaktieselskabet Forenede Gruppeliv, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren fik stillet samme diagnose inden forsikringstidens begyndelse, hvorfor den anmeldte sygdom i henhold til forsikringsbetingelserne er undtaget forsikringsdækning.

Forsikringen trådte i kraft den 1/10 1999.

Den 17/12 2001 anmeldte klageren, at han den 16/12 2000 havde haft en blodprop i hjernen. På spørgsmålet om, hvorvidt klageren tidligere havde haft en kritisk sygdom svarede klageren 'ja' og anførte, at han i juni 1993 ligeledes havde haft en blodprop i hjernen.

Af journaludskriften fremgår:

"TIDLIGERE:

2. 57.712

For ca. 7 år siden 2 blodpropper, ingen jr.notater om dette. Var indl. ca. 3 mdr. på neurol. afd., ÅKH og har fået intensiv genoptræning, har dog ikke genvundet sin erhvervsevne. Har endv. i forb. med anden blodprop pådraget sig epilepsi.

Seq. efter disse blodpropper var dels parese af hø. arm med nedsat sens. og noget styringsbesvær ligesom der også har været noget styringsbesvær af hø. UE. Har dog fortsat skrevet med hø. arm, men har kun været i stand til dette med synets hjælp."

Selskabet afviste i skrivelse af 3/1 2002 at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren havde fået konstateret blodprop i hjernen to gange tidligere inden gruppelivsaftalen blev udvidet med kritisk sygdom. Selskabet henviste herved til forsikringsbetingelsernes § 8, afsnit E.

Af forsikringsbetingelserne fremgår:

"**§ 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.

Såfremt forsikrede inden forsikringstiden har fået stillet diagnosen efter § 8 B eller C er forsikrede ikke omfattet af hverken § 8 B eller C.

…

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.

…

§ 8. Ved kritisk sygdom forstås:

…

E. Slagtilfælde (hjerneblødning/blodprop i hjernen)

En læsion af hjernen, som medfører objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, som følge af et infarkt forårsaget af emboli eller trombose, af en subaraknoidalblødning eller af et intracerebralt hæmatom opstået spontant eller som følge af en vaskulær malformation. Der skal foreligge hjernescanning (CT/MR) med fund svarende til ovennævnte karlidelser.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk eller neurokirurgisk afdeling eller bekræftet af speciallæge i neuromedicin."

I skrivelse af 6/1 2002 til Finansforbundet undrede klageren sig over selskabets afvisning med henvisning til, at han opfyldte betingelserne for at få erstatning. Af skrivelsen fremgår bl.a.:

"Jeg bliver meget skuffet over afslaget, idet jeg ikke kan forstå motiveringen for afslaget. I min frustration over afslaget kontakter jeg Finansforbundet og drøfter afslaget med J**.**H. Jeg giver udtryk for, at jeg ikke kan se nogen sammenhæng i baggrunden for afslaget og kommenterer i den forbindelse de indrammede paragraffer i forsikringsbetingelserne:

§ 2. stk. 1.

'Det er en betingelse for dækning af kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden …'

Denne betingelse er opfyldt, idet forsikringen trådte i kraft den 1. oktober 1999 og diagnosticeringen fandt sted den 16/12 - 00.

§ 2. stk. 2.

Denne forudsætning er også opfyldt, idet § 8. E. dækker blodprop i hjernen. Jeg har ***aldrig forestillet mig***, at kunne få udbetalt erstatning for de blodpropper jeg havde i juni 1993, men naturligvis den blodprop, som jeg fik diagnosticeret i forsikringstiden.

§ 3. stk. 3.

'Forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme i § 8, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse'.

Nej, det er indlysende og dette er jo heller ikke sket i mit tilfælde, idet jeg har anmeldt den blodprop, som jeg fik diagnosticeret i forsikringstiden i.h.t. betingelsen i § 2. stk. 1."

Selskabet anførte i skrivelse af 21/1 2002 til klageren bl.a.:

"§ 2, afsnit 3 tilkendegiver at diagnoser, der er opstået inden forsikringstiden ikke i gentagelsestilfælde kan give anledning til udbetaling, selv om de ved gentagelsen opstår netop i forsikringstiden.

Undtagelsen skal derfor ikke læses som den konkrete diagnose i 1993, men som diagnosen i henhold til § 8 E, hjerneblødning i al almindelighed."

Klageren har gengivet sine synspunkter over for nævnet.

I selskabets skrivelse af 11/2 2002 til nævnet hedder det bl.a.:

"Klageren er omfattet af en gruppelivsaftale, som den 1. oktober 1999 blev udvidet med dækning ved kritisk sygdom. Ifølge aftalen, var der kun ret til én udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom.

Med virkning fra 1. november 2000 blev dækningsomfanget udvidet, så der fremover ville være ret til flere udbetalinger, men dog fortsat med undtagelser for tidligere diagnoser. Forsikringsbetingelser vedlægges som bilag A.

Klageren anmeldte den 17. december, at han havde fået en blodprop i hjernen den 16. december 2000 (bilag B). I samme bilag anfører klageren, at han i juni 1993 også havde haft en blodprop i hjernen. Nogle dage senere modtog vi brev fra klageren (bilag C) sammen med journaludskrift fra Randers Centralsygehus (bilag D).

Det fremgår af bilag D, at klageren i 1993, og altså inden dækning ved kritisk sygdom trådte i kraft, har haft blodprop i hjernen.

Af § 2 stk. 1 i bilag A fremgår, at såfremt forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret en af de kritiske sygdomme, som dækkes af forsikringen, omfatter forsikringsdækningen ikke den pågældende diagnose. Med henvisning hertil, har vi ikke kunnet imødekomme ønsket om udbetaling (bilag E)."

Klageren har i skrivelse af 17/2 2002 til nævnet anført, at selskabet henviser til nogle andre forsikringsbetingelser end de, som gælder for klageren.

Selskabet har i skrivelse af 25/2 2002 til nævnet anført, at undtagelserne i de to sæt forsikringsbetingelser er identiske.

Klageren finder selskabets adfærd:

"… meget tankevækkende og helt uacceptabel og den underbygger endnu engang min påstand om, at selskabets forsikringsbetingelser er upræcise, selvmodsigende og vildledende."

Nævnet udtaler:

Nævnet finder, at det med tilstrækkelig tydelighed fremgår af forsikringsbetingelsernes § 2, at forsikringen ikke dækker den form for kritisk sygdom, som forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for. Det betyder, at klageren ikke er berettiget til forsikringsdækning for den konstaterede blodprop i hjernen, da han tidligere har fået diagnosticeret denne sygdom.

6. 57.712

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen