652/02

Den 26. august 2002 blev i sag nr. 57.858:

xxxxx xxxxxxx
xxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxx

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 gruppelivsforsikring i Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab, klager over, at selskabet har afvist at yde dækning ved kritisk sygdom.

Klageren anfører bl.a. i tillæg til klageskrivelsen af 14/2 2002:

"I 1988 fik jeg konstateret brystkræft, blev opereret, men fik ingen efterbehandling. I foråret 1990 konstateredes lymfeknuder i den ene armhule. Lymfeknuderne blev fjernet ved operativt indgreb, og jeg gennemgik derefter adskillige tests for at finde ud af, hvor kræften egentlig var. Den blev lokaliseret til brystbenet, og behandlingen var 7 måneder i kemoterapi, der afsluttedes i september 1990.

…

I oktober 2001 plages jeg af ryg- og vejrtrækningssmerter, som jeg antager stammer fra en forstrækning opstået under en tenniskamp i september 2001. …

…

På ambulatoriet den 22. november 2001 får jeg så at vide, at der er tale om kræft i 12. ryghvirvel og mistanke til samme i 11. …

…

2. 57.858

Den 10. januar 2002 anmoder jeg Forenede Gruppeliv om tilfaxning af deres forsikringsbetingelser og modtager betingelserne gældende fra 1. januar 2002 (bilag 2). Da jeg læser forsikringsbetingelserne igennem, ser alt ud til at være i orden, da jeg ikke har haft tilbagefald i over 10 år. Men da der samtidig angives, at det er diagnosetidspunktet, der er afgørende for, hvorvidt forsikringen kan udbetales, kontakter jeg Forenede Gruppeliv og beder om tilsendelse af de forsikringsbetingelser, der var gældende for tiden inden den 1. januar 2002."

Selskabet har i skrivelse af 28/2 2002 til nævnet redegjort for sagen således:

"Klageren blev den 1. april 2001 omfattet af en gruppelivsaftale med dækning ved kritisk sygdom med forsikringsbetingelser som fremgår af bilag A.

…

Det fremgår af bilag B, at klageren fik diagnosticeret kræft i november 2001, og at hun inden forsikringens ikrafttræden også havde fået konstateret kræft. På grundlag af disse oplysninger har vi ikke kunnet imødekomme ønsket om udbetaling (bilag C). Det er sket med henvisning til § 2 stk. 1 i bilag A: 'Har forsikrede inden forsikringstidens begyndelse fået diagnosticeret (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende …..) ….. en af de kritiske sygdomme, som dækkes af forsikringen, omfatter forsikringsdækningen ikke den pågældende diagnose.

Med virkning fra 1. januar 2002, blev forsikringsdækningen ved kritisk sygdom forbedret og præmien forhøjet. Forbedringen gjaldt også kræft, hvor der fra nævnte dato blev åbnet mulighed for udbetaling ved kræft, selv om man inden forsikringens ikrafttræden havde fået konstateret kræft."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"§ 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."

Nævnet udtaler:

Klageren fik inden forsikringstidens begyndelse diagnosticeret kræft, hvorfor forsikringen efter de for hende gældende forsikringsbetingelser ikke dækker denne diagnose. Som følge heraf kan nævnet ikke kritisere selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning, hvorfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

p.f.v.

Henning Jønsson