653/02

Den 2. september 2002 blev i sag nr. 57.920:

xxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxx x
xxxx xxxxx

mod

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

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der via sit medlemskab af Lærernes Centralorganisation er omfattet af en gruppelivsaftale i Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab, klager over, at selskabet har afvist at yde dækning ved kritisk sygdom.

I klagen af 22/2 2002 til nævnet har klageren anført:

> "På baggrund af at jeg i forb. m. en undersøgelse på kardiologisk ambulatorium på Viborg-Kjellerup Sygehus den 21. december 2001 blev meddelt, at man anbefalede en by-pass-operation … anmodede jeg F.G. om udbetaling af 100.000,- kr. i henhold til gruppelivsforsikringens regler om 'kritisk sygdom'.
>
> Den foreliggende sag, angår divergerende opfattelser af, hvorledes forsikringsbetingelsernes m.v. ordlyd skal fortolkes, i hvilken forbindelse det turde være unødvendigt at nævne, at jeg helt klart opfatter min fortolkning som værende den korrekte. I sagen indgår endvidere aspekter vedr. F.G.'s opfyldelse af begrebet 'god forsikringsskik'."

Klageren har i tillæg til klagen indgående redegjort for sine synspunkter, ud fra hvilke han påstår selskabet pligtig at udbetale ham forsikringssummen. Klageren har således bl.a. anført:

"Den 29. marts 1993 underskrev jeg - angiveligt fordi der på det tidspunkt blev oprettet en kollektiv gruppelivsforsikring, som jeg i sagens natur blev omfattet af - en ***særlig begunstigelseserklæring*** (bilag 1).

…

Det er på den baggrund min opfattelse, at begrebet ***forsikringstiden*** for mit vedkommende har virkning fra den 1. april 1993.

…

Som anført indtrådte jeg i gruppelivsforsikringen i hvert senest den 1. april 1993, og hvad der ellers er indtruffet af begivenheder efter denne dato, vil i sagens natur være begivenheder, der er sket **i forsikringstiden**.

At gruppelivsforsikringen gennem årene er blevet udvidet/forbedret til gunst for forsikringstagerne, har efter min opfattelse intet med forsikringstiden at gøre, men hidrører alene fra en almindelig udvikling/forbedring af forsikringsydelserne baseret på almindelige aftalemæssige vilkår, hvilket også dokumenteres ved, at præmiestørrelserne er steget, når forbedringer er blevet gennemført.

Jeg vil som yderligere argument for, at mit synspunkt er korrekt, nævne, at hvis forsikringstiden ikke blev aktiveret den 1. april 1993, ja så har FG efterfølgende ladet mig svæve i den vildfarelse, at min særlig begunstigelseserklæring har været gyldig i perioden fra den nævnte dato. FG har ikke på noget tidspunkt ladet mig vide, at aftale nr. 91002 er bragt til ophør, hvorfor jeg selvsagt må gå ud fra, at forsikringstiden for mit vedkommende har virkning fra i hvert fald den 1. april 1993.

Jeg kan måske udtrykke det på den måde, at det har formodningen mod sig, at jeg som forsikringstager, der blev omfattet af gruppelivsforsikringen fra den 1. april 1993, skulle være dårligere stillet end en forsikringstager, der er blevet omfattet af gruppelivsforsikringen fra et senere tidspunkt.

Det vil nemlig være tilfældet, dersom FG's synspunkt lægges til grund for afgørelsen, jf. *Betingelser ved kritisk sygdom, § 2, andet afsnit.*"

Selskabet har i skrivelse af 8/3 2002 til nævnet afvist at yde forsikringsdækning med følgende begrundelse:

"Gruppelivsaftalen blev den 1. oktober 1999 udvidet med dækning ved kritisk sygdom.

Den 14. januar 2001 ansøgte klageren om at få udbetalt sum ved kritisk sygdom (bilag B), idet klageren skulle bypass-opereres.

Til brug for vores vurdering af anmeldelsen modtog vi journaludskrift fra Viborg-Kjellerup Sygehus (bilag C). Det fremgår af dette bilag, at klageren i 1996 fik konstateret blodprop i hjertet.

Forsikringsbetingelserne for kritisk sygdom, som er de to sidste sider i bilag A, undtager i § 2 stk. 1 diagnoser, som er stillet inden forsikringstidens begyndelse, og i § 2 stk. 2 hedder det: Såfremt forsikrede inden forsikringstiden har fået stillet diagnosen efter § 8 B (blodprop i hjertet) eller C (bypass-opererede tilfælde koronarsklerose) er forsikrede ikke omfattet af hverken § 8 B eller C.

Med henvisning til nævnte § 2, har vi ikke kunnet imødekomme ønsket om udbetaling (bilag E).

Sammen med bilag E sendte vi de forsikringsbetingelser, som var gældende fra 1. januar 2002. De er uændret i forhold til de tidligere betingelser på det aktuelle område. De nye betingelser vedlægges som bilag F, og de relevante bestemmelser findes i § 2 stk. 3 og 4."

I forsikringsbetingelserne hedder det bl.a.:

"§ 2. Det er en betingelse for dækning af kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden …

…

Såfremt forsikrede inden forsikringstiden har fået stillet diagnosen efter § 8 B (blodprop i hjertet) eller § 8 C (bypass-operation/ballonudvidelse) er forsikrede ikke omfattet af hverken § 8 B eller C."

Nævnet udtaler:
Da klageren i 1996 har fået konstateret blodprop i hjertet, hvilket er inden gruppeaftalen blev udvidet med kritisk sygdom den 1/10 1999, er klagerens bypass-operation ikke omfattet af forsikringen. Nævnet kan herefter ikke kritisere selskabets afgørelse, der findes at være i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

p.f.v.

Henning Jønsson