696/04

Den 28. april 2004 blev i sag nr. 62.076:

xxxxx xxxx xxxxxxxxx
xxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Kommunernes
Pensionsforsikring A/S
Tuborg Havnevej 14
Postbox 824
2900 Hellerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har pensionsforsikring med dækning for kritisk sygdom i Kommunernes Pensionsforsikring A/S, klager over selskabets afvisning af at yde dækning i forbindelse med en kræftdiagnose.

Selskabet har afvist dækning under henvisning til, at der ikke er forløbet 10 år, siden forsikrede sidst fik stillet en kræftdiagnose.

Det fremgår af de fremlagte hospitalsjournaler, at klageren fik stillet kræftdiagnose den 15/3 1993 og igen den 27/2 2003.

Klageren har over for nævnet nedlagt påstand om, at selskabet tilpligtes at betale forsikringssummen på 59.000 kr. Klageren har gjort gældende, at der med almindelige afrundingsprincipper er forløbet 10 år mellem kræftdiagnoserne. Klageren har påpeget, at selskabet regner i dage, hvilket der ikke står noget om i forsikringsbetingelserne. Klageren har anført, at såfremt selskabet må regne i dage, bør der gælde en bagatelgrænse. Klageren har således påpeget, at der mangler 16 dage ud af 3.652. Klageren har anført, at ventetiden i 1993 bør tages i betragtning.

Selskabet har i skrivelse af 29/9 2003 anført:

"I brev af 31.08.2003 til ankenævnet har forsikrede H.K.F. [klageren] anført, at hun mener der er forløbet 10 år siden sidste kræftdiagnose. Det fremgår endvidere, at forsikrede mener der må være en bagatelgrænse, når der mangler 16 dage, når ventetiden i 1993 tages i betragtning.

Heroverfor gør selskabet gældende, at Ankenævnet for Forsikring må give selskabet medhold i, at forsikrede ikke opfylder betingelserne for dækning ved kritisk sygdom. Af samme årsag bør ankenævnet ikke kritisere, at selskabet har givet afslag på udbetaling på det foreliggende grundlag.

I den anledning skal selskabet gøre følgende anbringender gældende:

- Det fremgår af forsikringsbetingelserne for kritisk sygdom § 2 punkt 2, at der gælder følgende begrænsning i den dækning der er beskrevet i § 8. Ved diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i overskrifterne til § 8 A-R. 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.

- Har forsikrede inden forsikringstidens begyndelse fået diagnosticeret (det er diagnose-tidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen) eller modtaget behandling for de kritiske sygdomme, som dækkes af forsikringen, omfatter forsikringsdækningen ikke den/de pågældende diagnoser/behandling.
  For § 8 A (kræft) gælder, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode, vil der være ret til udbetaling ved ny kræftsygdom.

- I § 8 A punkt 3 fremgår det, at det er et krav at diagnosen er baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller biopsi heraf foretaget af speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).

- Da disse betingelser ses at være opfyldt den 15.03.1993 og igen den 27.02.2003, er der således ikke forløbet 10 år siden forsikrede sidst fik stillet en kræftdiagnose.

Selskabet fastholder således afgørelsen om afslag på dækning ved kritisk sygdom."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"Forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme i § 8, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen). For § 8 A (kræft) gælder dog, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode, vil der være ret til udbetaling ved ny kræftsygdom."

Nævnet udtaler:

Nævnet bemærker, at der i de ovenfor gengivne forsikringsbetingelserne stilles et objektivt krav om, at der er gået mindst 10 år siden en tidligere kræftdiagnose blev stillet. Da diagnosen blev stillet inden udløbet af denne karensperiode, kan nævnet ikke pålægge selskabet at udbetale forsikringssummen, hvorfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

p.f.v.

Henning Jønsson