700/04

Den 7. juni 2004 blev i sag nr. 62.498:

xxxx xxxxxxxxxxx
xxxxxx xxxxxxxxx xxx xx xxx
xxxx xxxxxxxxx x

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 ved Rådgivningsfirmaet Fuld Valuta over, at selskabet har afvist at yde dækning ved kritisk sygdom.

Det fremgår af sagens akter, at forsikringen med virkning fra den 1/1 2000 blev udvidet med dækning ved kritisk sygdom.

Det er ubestridt af parterne, at klageren fik diagnosticeret brystkræft i 1997, og at klageren har fået diagnosticeret leverkræft i 2003.

I selskabets skrivelse af 7/7 2003 til klageren hedder det bl.a.:

> "Da du i 1997 har fået konstateret kræft, hvilket er inden gruppeaftalen blev udvidet med kritisk sygdom den 1. januar 2000, er du ikke omfattet af kritisk sygdom med diagnosen kræft, jf. vedlagte forsikringsbetingelsers § 2, stk. 3 og § 8 afsnit A.
>
> Vi må derfor afslå at udbetale forsikringssummen. Så længe du er omfattet af gruppelivsaftalen, vil du stadig være dækket ved kritisk sygdom, bortset fra § 8 afsnit A.

Til orientering er der med virkning fra 1. januar 2002 indført en lempelse, således at kræft i gentagelsestilfælde kan dækkes, hvis der er gået mere end 10 år fra diagnosen blev stillet første gang og der ikke har været tilbagefald i perioden."

Klagerens repræsentant er ikke enig i afvisningen og har i skrivelse af 26/9 2003 til selskabet henvist til, at der i den konkrete sag ikke er tale om en før forsikringen tegnet konstateret kræftlidelse, men at der er tale om en ny diagnose, som ingen sammenhæng har med den tidligere diagnose.

Hertil har selskabet i skrivelse af 29/9 2003 til klagerens repræsentant bl.a. anført, at alle dækningsberettigende kræftformer ifølge forsikringsbetingelserne er én diagnose, hvilket vil sige, at den i 1997 konstaterede brystkræft udelukker dækning af andre kræftformer - i klageren tilfælde den nu konstaterede leverkræft.

Klagerens repræsentant gør over for nævnet gældende, at forsikringsbetingelsernes § 2, stk. 3 ikke kan tolkes som anført af selskabet. Repræsentanten henviser til, at det af forsikringsbetingelserne klart fremgår, at det er diagnosen, der er afgørende. Desuden henvises der til, at klageren først har fået diagnosticeret leverkræft efter udvidelsen af forsikringen.

Selskabet fastholder sin afgørelse, uanset der ikke er nogen sammenhæng mellem de to kræftdiagnoser.

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

"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.

…

§ 8. Ved kritisk sygdom forstås:

A. Kræft."

Nævnet udtaler:

Nævnet lægger til grund, at klageren i 1997, inden forsikringstidens ikrafttræden, fik konstateret brystkræft, og at hun i 2003, i forsikringstiden, fik konstateret leverkræft.

Afgørende for, om klageren har krav på udbetaling af forsikringssummen er, hvorvidt hun nu har fået stillet samme diagnose som en tidligere diagnose. I forsikringsbetingelserne er "Kræft" i § 8 A betegnet som én diagnose.

Uanset om der er tale om 2 medicinsk uafhængige kræftdiagnoser finder nævnets herefter - og idet der ikke er forløbet 10 år imellem de 2 diagnoser - ikke at kunne kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning, hvorfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

p.f.v.

Henning Jønsson