706/04

Den 27. september 2004 blev i sag nr. 63.242:

xxxx xxxxxx
xxxxxx xxxxxx xxx xx
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 har forsikring mod kritisk sygdom i Forenede Gruppeliv Administrations-Aktieselskab, klager over selskabets afvisning af at udbetale forsikringssummen i forbindelse med en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har afvist at yde erstatning bl.a. under henvisning til, at forsikringen undtager diagnoser, der er stillet forinden forsikringstiden.

Klageren er utilfreds med selskabets afgørelse. Klageren har i klageskrivelse bl.a. anført:

> "Ultimo november måned 2003 fremsendte jeg ansøgning til Forenede Gruppeliv vedrørende udbetaling ved kritisk sygdom. Primo december måned 2003 modtog jeg brev fra Forenede Gruppeliv hvor udbetaling blev afslået med, at jeg i november 1995 havde haft brystkræft. Der var henvist til § 2 i 'Dækning ved kritisk sygdom i tilslutning til gruppelivsaftaler og FGs forsikringsbestemmelser' gældende fra 1. januar 2002. Det kan oplyses, at der ikke er udbetalt 'erstatning' i 1995.

I § 2 står der blandt andet 'og der ikke er konstateret tilbagefald i denne periode', hvilket jo heller ikke er tilfældet hos mig, da det er en anden type kræft, jeg har pådraget mig end den i 1995. Dette kan bekræftes af V. Sygehus, overlæge P.W. Jeg mener mig derfor berettiget til dækning ved kritisk sygdom."

Selskabet har ved skrivelse af 11/2 2004 over for nævnet anført:

"Den 1. december modtog vi ansøgning om udbetaling ved kritisk sygdom fra klageren (bilag A). Det fremgår af bilag A, at klageren har fået konstateret kræft i en lymfeknude, men af bilag A fremgår også at klageren i november 1995 fik diagnosticeret brystkræft.

Baseret på oplysningerne i bilag A kan vi ikke imødekomme ønsket om udbetaling, idet forsikringen undtager diagnoser, der er stillet inden forsikringens start. Det skriver vi til klageren den 3. december 2003 (bilag B).

I bilag B henvises til forsikringsbetingelserne, som vedlægges som bilag C. Det fremgår af § 2 stk. 2 i bilag C, at ved en diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i overskrifterne til § 8 A til R. Eksempelvis er § 8 A én diagnose, således at der ikke kan ske udbetaling mere end én gang, selvom forsikrede efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer. Tilsvarende kan der kun udbetales højst 1 gang under § 8 B, C, D osv.

I § 2 stk. 3 første punktum står: Forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme i § 8, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse. Undtagelsen i 2. punktum bliver ikke aktuel, da der ikke er forløbet 10 år siden første kræftdiagnose blev stillet."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 2.** …

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:

Klageren fik inden forsikringstidens begyndelse i 1995 diagnosticeret kræft. Herefter, og idet der ikke er forløbet 10 år siden første kræftdiagnose, finder nævnet ikke at kunne pålægge selskabet at yde forsikringsdækning.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

p.f.v.

Henning Jønsson