711/04

Den 22. november 2004 blev i sag nr. 63.380:

xxxxxxxx xx xxxxxxxxxxx
xxxxxxxxx xxxx xx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx xx
xxxx xxxxxxxxx

mod

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

og

Sygeforsikringen
"danmark"
Palægade 5
1261 København K

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der er omfattet af en gruppelivsaftale i Forenede Gruppeliv og Sygeforsikringen "danmark", klager ved sin advokat over, at selskaberne har afvist at yde forsikringsdækning for anmeldt kritisk sygdom.

Det fremgår af sagen at dækningen ved kritisk sygdom - der er en tilvalgsforsikring til gruppelivsaftalen - er et samarbejde mellem Forenede Gruppeliv og Sygeforsikringen "danmark".

Selskaberne har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til, at kræftdiagnosen først er stillet efter forsikringstidens ophør.

2. 63.380

I april 2000 blev klageren optaget i en gruppelivsaftale med forsikringsdækning ved død og kritisk sygdom.

Primo 2003 ønskede klageren ikke længere tilvalgsforsikringen med dækningen ved kritisk sygdom og opsagde aftalen telefonisk til ophør den 1/4 2003. Opsigelsen skete overfor Sygeforsikringen "danmark".

Den 1/12 2003 ansøgte klageren om at få summen ved kritisk sygdom udbetalt, idet hun havde fået diagnosticeret kræft. Af ansøgningen fremgår bl.a.:

"Hvornår blev du syg? (dato og år) 05.03.03 / 18.03.03"

Af side 2 i journal fra S. Sygehus fremgår bl.a., at klageren har kræft, og at diagnosen er stillet i forbindelse med operationen den 10/4 2003.

Klagerens advokat har i klageskrivelsen bl.a. anført:

"I efteråret 2002 blev min klient omfattet af en kritisk sygdomsforsikring via hendes pensionskasse. I den anledning kontaktede min klient telefonisk Sygeforsikringen 'danmark' og oplyste, at hun ønskede at opsige forsikringen, tegnet via Sygeforsikringen 'danmark', idet der ikke længere var noget formål med forsikringen, når hun var dækket fra anden side, hvorfor der ikke kunne opnås dækning fra 2 forsikringer. Min klient er af den opfattelse af Sygeforsikringen 'danmark' burde have vejledt hende om, at der intet var til hinder for, at der kunne opnås dækning fra flere forsikringer, idet min klient i givet fald ikke ville have opsagt forsikringen.

Tilvalgsdækningen i forsikringen tegnet via Sygeforsikringen 'danmark' ophørte derfor efter det oplyste den 1.4.2003.

Det bemærkes, at opsigelse/udmeldelsesbestemmelsen synes uklar i forsikringsbetingelserne, når der alene sker opsigelse af tilvalgsdækningen. Vedrørende sygdomsforløbet kan det oplyses, at min klient blev undersøgt hos egen læge den 15. marts 2003. Han konstaterede en cyste og henviste min klient til videre undersøgelse på S. Sygehus hos overlæge H.R. Overlæge H.R. foretog denne undersøgelse den 18. marts 2003, hvor han konstaterede en cyste, som efter hans efterfølgende oplys-

ninger, havde et omfang og en karakter, der erfaringsmæssigt med stor sandsynlighed var 'ondartet'. Overlægen indstillede øjeblikkelig min klient til operation. Operationen foregik den 10. april 2003.

Under hensyntagen til ovenstående gøres det gældende, at sygdommen er diagnosticeret inden forsikringens ophør. Det er lægens vurdering på baggrund af de objektive fund den 18. marts 2003, at der højest sandsynligt var tale om en 'kritisk sygdom'. Det beror alene på tilfældigheder og ventetiden på operationen, at operationen forgik 10 dage efter forsikringens ophør.

Det gøres gældende, at der må ske udbetaling af forsikringssummen, idet sygdommen var diagnosticeret før forsikringens ophør, og at det skyldes forhold, som forsikringstageren ikke har indflydelse på, at operationen foregik efter forsikringens ophør. Ved vurderingen af sagen bør det tillige tillægges vægt, at operationen skete få dage efter forsikringens ophør.

Endelig kan det også ved vurderingen indgå, at det beroede på en manglende vejledning for Sygeforsikring 'danmark's side, at forsikringen overhovedet blev opsagt. Jeg er opmærksom på, at Sygeforsikring 'danmark' ikke har kunnet bekræfte forløbet i forbindelse med opsigelsen. Det bemærkes her til, at forsikringstageren er nærmest til at erindre det passerede, idet denne telefonsamtale set fra Sygeforsikring 'danmark's side blot har været én af sandsynligvis mange telefoniske henvendelser der besvares, medens henvendelsen naturligt står klart i forsikringstagerens erindring, idet hun er helt sikker på, at opsigelsen ikke skete for at spare den beskedne præmie, men alene skete, fordi forsikringen efter hendes opfattelse ikke længere tjente noget formål, jfr. ovenfor."

Forenede Gruppeliv har i skrivelse af 20/2 2004 til nævnet bl.a. anført, at betingelserne for "kræft" er opfyldte, men da diagnosen er stillet efter forsikringstidens ophør, kan selskabet ikke udbetale forsikringssummen.

Sygeforsikringen "danmark" har i skrivelse af 1/3 2004 til nævnet bl.a. anført:

4. 63.380

"Vi kan se, at klageren i januar 2003 opsagde tilvalget til udgangen af kvartalet, hvilket vi bekræftede ved fremsendelse af ny police uden tilvalgsdækningen fra 1. april 2003.

Klageren opsagde tilvalget telefonisk, og i sin første henvendelse lang tid efter, at diagnosen var stillet, nemlig i brev af 19. november 2003 (bilag 2) oplyser klageren, at hun i samtalen om opsigelsen 10 måneder tidligere(!) nævnte, at hendes pensionskasse havde indført en dækning mod Kritisk Sygdom, og at hun ikke fandt nogen grund til at være overforsikret.

Klagerens advokat 'strammer' efterfølgende på forløbet, således at klageren skulle have givet udtryk for, at forsikringen i Forenede Gruppeliv ikke længere havde noget formål. Det sagde hun angiveligt ikke!

Den medarbejder i 'danmark', som klageren talte med, kan ikke huske den konkrete samtale.

'danmark's medarbejder blev i følge klageren ikke spurgt om formålet med at have begge dækninger, hvilket må være mindstekravet for, at 'danmark' skulle kunne ifalde et 'rådgivningsansvar'.

Vi kan tilføje, at vores medarbejder ikke af sig selv må prøve at 'sælge' (læs 'oversælge') en fortsættelse af en dækning, hvis det ligger klart, at medlemmet ønsker at sige op.

Det, som i nogle situationer kan blive opfattet som god service - specielt efterfølgende, når skaden er indtruffet - vil i langt de fleste tilfælde blive opfattet som unødig indblanding i tilfælde, hvor medlemmet allerede har besluttet sig for at opsige.

Vi må således fastholde, at 'danmark' ikke vil påtage sig risikoen for og konsekvensen af, at klageren opsagde dækningen mod en Kritisk Sygdom, som så opstod efter forsikringsdækningens ophør."

Klagerens advokat har fremlagt en kopi af 1. reservelæge H.R.'s skrivelse af 17/2 2004, hvoraf bl.a. fremgår:

> "Jeg kan hermed attestere, at jeg den 18.03.03 havde M.V.C. … i mit Gynækologiske Ambulatorium. Henvist af egen læge grundet postmenopausal blødning og en tumor i venstre side.
>
> På vaginal ultralyd finder jeg en venstre æggestok omdannet til en multicystisk proces på 4,5 x 9,2 x 6,4 cm med et massivt præg. Det skal lige nævnes, at en cystisk proces over 4 cm er stærkt suspekt for noget malignt. Der tages derfor en CA 125, som er en tumormarkør for æggestokkræft.
>
> Der aftales med patienten samme dag, at hun skal have fjernet livmoderen på grund af blødningsforstyrrelser samt fjernet venstre æggestok, da den jo er suspekt for kræft. Grundet ventetider, kan det først foregå den 10.04.03."

Klagerens advokat har i skrivelse af 23/3 2004 til nævnet bl.a. anført, at det efter hans opfattelse klart fremgår af ovennævnte skrivelse, at man den 18/3 2003 besluttede, at venstre æggestok skulle fjernes, idet en cystisk proces over 4 cm. efter lægens erfaring tyder på kræft, hvorfor der også blev taget en CA 125, der, som det fremgår af lægens skrivelse, er en tumormarkør for æggestokkræft.

Forende Gruppeliv fastholder i skrivelse af 29/3 2004 til nævnet, at diagnosetidspunktet er den 10/4 2003, hvilken vurdering Sygeforsikringen "danmark" er enig i.

Klagerens advokat har i skrivelse af 21/4 2004 til nævnet bl.a. henvist til, at det af skadeanmeldelsen tydeligt fremgår, at klageren selv har opfattet sygdommen som opstået/diagnosticeret den 5/3 2003 og 18/3 2003. Han har videre anført, at klagerens opfattelse understøttes af notat i journalen fra S. Sygehus, hvoraf det bl.a. fremgår, at det den 18/3 2003 blev besluttet, at der skulle foretages "total hysterektomi samt venstre adnex fjernelse". Dette notat er suppleret med erklæringen fra 1. reservelæge H.R., dateret 17/2 2004. Videre har advokaten anført:

> "I § 8 A anføres det, hvorledes de kritiske sygdomme skal diagnostikeres. Bestemmelserne i forsikringsbetingelsernes § 8 må efter min opfattelse været skrevet med

det formål, at man sikrer, at sygdommen verificeres på et solidt medicinsk grundlag. Klagerens sygdom blev rent faktisk verificeret helt i overensstemmelse med forsikringsbetingelsernes § 8 A.

Det er ikke min opfattelse, at man ved læsningen af forsikringsbetingelsernes § 8 A kan slutte, at verifikationen skal være sket inden forsikringstidens udløb. Det afgørende må være, at sygdommen er konstateret inden forsikringsperiodens udløb. Den omstændighed, at verifikationen først sker umiddelbart efter forsikringstidens udløb, er alene begrundet i ventetiden i hospitalsvæsenet, hvilket ikke bør komme klageren til skade.

Afslutningsvis gøres det gældende, at der ved den mindste tvivl omkring forståelsen af forsikringsbetingelserne må tages udgangspunkt i, at forbrugeren bør have dækning i henhold til den tegnede forsikring, således at man undgår, at forsikringsselskaberne unddrager sig dækning, som følge af mere eller mindre tekniske detaljer og tilfældigheder."

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

"**2. Udmeldelse mv.**

…

2.1 Udmeldelse af 'danmark' – og dermed ophør af forsikringen – kan kun ske, når medlemskabet har varet mindst 12 måneder, og skal ske til en 1. januar, 1. april, 1. juli eller 1. oktober med mindst 3 måneders skriftlig varsel.

…

Kritisk sygdom

…

Det er en betingelse for dækning af kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karensperiode.

…

A. Kræft

Ondartet (malign) svulst (tumor) der mikroskopisk er karakteriseret ved ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser).

…

Krav: Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller biopsi heraf foretaget af speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi)."

Nævnet udtaler:

Nævnet har gennemgået sagen og finder at kunne lægge til grund, at diagnosen først er stillet ved operationen den 10/4 2003. Nævnet finder ikke at kunne pålægge selskaberne at yde forsikringsdækning under henvisning til de ovenfor gengivne bestemmelser i forsikringsbetingelserne.

Herefter, og idet nævnet finder, at klageren ikke har sandsynliggjort, at medarbejderen hos Sygeforsikringen "danmark" har handlet ansvarspådragende i forbindelse med hendes opsigelse af tilvalgsdækningen,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen