721/05

Den 15. april 2005 blev i sag nr. 64.543:

xxx xxxxxxxxxx
xxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

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

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der i tilknytning til en pensionsordning i Kommunernes Pensionsforsikring har været omfattet af en gruppelivsaftale med dækning ved kritisk sygdom, klager over selskabets afvisning af at udbetale forsikringssummen.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren ikke har fået stillet en dækningsberettigende diagnose i forsikringstiden.

Selskabet har i skrivelse af 5/8 2004 til nævnet nærmere redegjort for sagen således:

"***Sagsfremstilling:***

Forsikringen er tegnet med virkning fra den 1. september 2002 på normale vilkår, med afgivelse af helbredsoplysninger.

Ved udsendelsen af police samt forsikringsoversigt den 4. marts 2003 var det for ordningen gældende pensionsregulativ vedlagt. Det fremgår af den udsendte forsikringsoversigt, at pensionsordningens virkemåde fremgår af pensionsregulativet. Det fremgår endvidere af policen, at forsikringen er underkastet bestemmelserne i KP's vedtægter og almindelige forsikringsbetingelser. Det fremgår således af pensionsregulativets § 8 og § 13 i forsikringsbetingelserne for gruppelivsforsikringen, samt af §

3 i gruppelivsaftalen, at dækningen bortfalder, når der ikke længere indbetales til forsikringen, eksempelvis ved fratrædelse.

K.K. [klageren] fratrådte den pensionsgivende stilling knyttet til ordningen hos KP med virkning fra den 3. oktober 2003.

Den 19. januar 2004 modtog selskabet ansøgning om udbetaling som følge af kritisk sygdom, hvoraf det fremgik, at forsikrede havde haft hjerteproblemer med start i august måned 2003.

På baggrund heraf anmodede selskabet om journaloplysninger fra Storstrømmens Sygehus Nykøbing F., fra Rigshospitalet og fra praktiserende læge A.B. Det fremgik heraf, at forsikrede blev undersøgt på Storstrømmens Sygehus Nykøbing F. den 13. november 2003, efter henvisning fra læge A.B. K.K. blev henvist til sygehuset med henblik på behandling for diagnosen metabolisk- syndrom.

Den 18. december 2003 blev foretaget EKG [elektrokardiogram], der viste regionale forskelle. Forsikrede havde ikke haft brystsmerter, men var plaget af funktionsdyspnø. På denne baggrund, og da K.K. var disponeret for hjertekarsygdom, henvistes han til myokardieskintigrafi.

Forsikrede blev herefter indlagt på Bispebjerg Hospital den 5. maj 2004, hvor der blev påvist 3-kars sygdom [åreforkalkning i hjertets arterier]. Det fremgår direkte af journaloplysninger fra Bispebjerg Hospital, at K.K. aldrig havde haft et AMI (akut myokardieinfarkt).

På denne baggrund har selskabet ved brev af 21. juni 2004 meddelt forsikrede, at han ikke er berettiget til dækning ved kritisk sygdom, da han ikke opfyldte betingelserne for dækning i henhold til §§1 og 8 A-R, før dækning som følge af kritisk sygdom bortfaldt den 31. oktober 2003.

K.K. henvistes efterfølgende til Rigshospitalet og fik foretaget bypassoperation den 28. juni 2004."

Forsikringstageren er utilfreds med selskabets afgørelse og påstår selskabet tilpligtet at udbetale forsikringssummen. Klageren har til støtte herfor anført, at diagnosen er stillet ultimo oktober 2003.

Af pensionsregulativets § 8 fremgår, at gruppelivsforsikringen bortfalder ved præmieophør.

I gruppelivsaftalen hedder det bl.a. således:

"**§ 3. Indtrædelse og udtrædelse**

Dækningen er virksom straks, når betingelserne i aftalens § 1 er opfyldt, og ophører ved udgangen af den måned, hvor pågældende fratræder sin stilling."

Af forsikringsbetingelserne for gruppelivsforsikringen fremgår bl.a. følgende:

"**§ 13. Udtrædelse, der ikke skyldes helbredsmæssige årsager – individuel forsikring**

Stk. 1. Udtræder et gruppemedlem af forsikringsaftalen enten ved fratrædelse fra den virksomhed, der er forsikringstager, eller ved udmeldelse af den forening/organisation, der er forsikringstager, eller fordi den pågældende i øvrigt ikke længere opfylder aftalen ophører dækningen den sidste dag i den måned, hvor udtrædelsen sker, medmindre andet er aftalt i gruppelivsaftalen."

Af betingelserne for dækning ved kritisk sygdom fremgår:

"§ 1. Med kritisk sygdom menes: kræft, blodprop i hjertet, bypass-operation/ballonudvidelse, hjerteklapkirurgi, hjerneblødning/blodprop i hjernen, sækformet udvidelse af hjernens pulsårer, visse godartede svulster i hjerne og rygmarv, dissemineret sklerose, ALS (amyotrofisk lateralsklerose) muskelsvind, HIV infektion som følge af blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte, AIDS, nyresvigt og større organtransplantationer, Parkinsons sygdom, blindhed og døvhed, jf. § 8.

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

sikringstid og eventuel karensperiode fremgår af gruppelivsaftalen. Diagnoser, der stilles efter forsikringstidens udløb, er ikke dækket af forsikringen.

Ved en diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i overskrifterne til § 8 A-R.

…

§ 8. Ved kritisk sygdom forstås:

…

B. Blodprop i hjertet (hjerteinfarkt).

Akut opstået henfald af en del af hjertets muskulatur som følge af utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet. Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på mindst to af følgende tre kriterier:

- Sygehistorie med typiske, vedvarende brystsmerter.
- Samtidigt opståede elektrokardiografiske forandringer, forenelige med diagnosen: akut myokardieinfarkt.
- Samtidig signifikant forhøjelse af blodværdierne for relevante enzymer, først og fremmest CKMB.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling eller af kardiologisk speciallæge.

C. By-pass opererede tilfælde af koronarsklerose eller ballon udvidelse.

Planlagt eller foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) omfattende en eller flere kranspulsårer med anlæggelse af vene og/eller arterie grafts, udført hos personer med medicinsk intraktabel angina pectoris.

Krav: Ved planlagt operation er det er krav, at forsikrede er accepteret på venteliste.

Ballonudvidelse med eller uden stent-anlæggelse sidestilles med operation, og i dette tilfælde skal operationen være gennemført, før udbetaling kan ske.

D. Hjerteklapkirurgi.

5. 64.543

Planlagt eller foretaget hjertekirurgisk behandling af medfødte eller erhvervede hjerteklapsygdomme med indsættelse af kunstige mekaniske eller biologiske hjerteklapproteser.

Krav: Ved planlagt operation er det er krav, at forsikrede er accepteret på venteliste."

Nævnet udtaler:
Nævnet har gennemgået sagen, herunder de i sagen foreliggende journaludskrifter m.v., og finder herefter ikke anledning til at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen med henvisning til, at der ikke i forsikringstiden er stillet en dækningsberettigende diagnose.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand