764/07

Den 24. januar 2007 blev i sag nr. 69.406:

xxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxx xx
xxxx xxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Strandboulevarden 122
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der er omfattet af gruppelivsaftale med dækning ved kritisk sygdom i Forenede Gruppeliv, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at den anmeldte lidelse ikke kan henføres til forsikringens dækningsområde.

Det fremgår af de lægelige akter i sagen, at klageren blev opereret for et angiomyolipom i den ene nyre, i hvilken forbindelse nyren blev fjernet. Ved mikroskopering konstateres det, at der ikke var kræft i nyren. I ansøgningen om udbetaling ved kritisk sygdom har klagerens egen læge anført, at klagerens sygdom hedder "Neopl ben renis".

På baggrund af de lægelige oplysninger meddelte selskabet i skrivelse af 3/4 2006 afslag på udbetaling af forsikringsdækning, idet klagerens sygdomsforløb ikke var omfattet af de kritiske sygdomme, der er nævnt i forsikringsbetingelserne.

Klageren har over for nævnet påstået selskabet tilpligtet at udbetale forsikringssummen. Til støtte herfor anfører klageren bl.a.:

"Jeg var i dec. 2004 til kontrol med min nyre, hvor det blev konstateret at knuden var vokset betydelig. Ved samtalen med overlæge T.K., fik jeg at vide at der i få tilfælde kunne udvikle sig kræft. Jeg valgte at få nyren fjernet, da den samtidig også var begyndt at svigte. Jeg ville ikke risikere at vente længere. Jeg mener, at være i en risikogruppe nu hvor jeg kun har en tilbage. Det kan ikke være rigtigt at man skal være dødelig syg i denne situation for at få udbetalt kritisk sygdom. Man får ikke en nyre fjernet uden grund. Jeg var bare heldig at det ikke nåede at udvikle sig.
Jeg mener helt bestemt at være berettiget til erstatning - det er jo nyresvigt."

Selskabet har over for nævnet fastholdt afslaget på udbetaling af forsikringsdækning under henvisning til, at de lægelige oplysninger ikke indeholder diagnoser, der giver ret til udbetaling af summen ved kritisk sygdom.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 8.** Ved kritisk sygdom forstås:

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). Tillige omfattes alvorlige leukæmiformer, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (stadium III og IV), lymfoner (lymfeknudekræft) og Hodgkin's sygdom (stadium II-IV).

...

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

…

M. Nyresvigt.

Nyresvigt i en sværhedsgrad så begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt holder op med at fungere, hvilket resulterer i, at enten peritoneal- eller hæmodialyse indsættes, eller at der foretages nyretransplantation.

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

Nævnet udtaler:
Forsikringen dækker kun udvalgte kritiske sygdomme, nemlig dem, der er aftalt mellem parterne i aftalen og opregnet i forsikringsbetingelserne.

Uanset om klagerens sygdom objektivt må anses for kritisk eller ej, må nævnet give selskabet medhold i, at klagerens lidelse ikke er dækningsberettigende, da lidelsen ikke er anført som en af de dækningsberettigende diagnoser, der er anført i de gældende forsikringsbetingelser.

Nævnet bemærker, at det ved nyresvigt kræves, at begge nyrer skal være holdt op med at fungere, jf. forsikringsbetingelserne.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand

udskriften bekræftes

Henning Jønsson