765/07

Den 7. februar 2007 blev i sag nr. 69.562:

xxxxx xxxxx xxxxxx
xxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xx xx xxx

xxxx xxxxxxxxxxxx

mod

StK:Pension
Tuborg Havnevej 14
2900 Hellerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der er omfattet af pensionsordning med dækning ved kritisk sygdom i StK:Pension, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for en anmeldt kritisk sygdom (kræft).

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at der ikke er forløbet ti år, siden klageren sidst fik stillet en kræftdiagnose.

Klageren blev optaget i pensionsordningen pr. 1/1 2000. Dækningen for kritisk sygdom blev tilknyttet gruppelivsordningen fra den 1/4 2000.

Det fremgår af de fremlagte hospitalsjournaler, at klageren i 1998 fik konstateret vaginalcancer, og at hun i 2005 fik konstateret mammacancer.

Af klagen til nævnet fremgår:

"1. Sagsfremstilling.

I ar 2000 overgår min forsikring fra PFA til StK:Pension efter vi på min arbejdsplads havde haft besøg af en assurandør fra StK:Pension. Assurandøren forelægger blandt meget andet punktet 'Kritisk Sygdom'. Da jeg har haft cancer før, spørger jeg selvfølgelig om jeg på noget tidspunkt ville kunne få udbetalt for 'Kritisk Sygdom'.

Assurandøren svarer straks 'Ja', det vil jeg få, hvis den nye cancerform ikke har noget med min tidligere cancer at gøre.

Jeg får på et senere tidspunkt samme tilbud om forsikring for 'Kritisk Sygdom' af mit fagforbund, men vælger at sige nej tak, da jeg jo har fået at vide af assurandøren i år 2000, at jeg var forsikret mod samme.

Jeg får jo så desværre konstateret cancer igen i år 2005, men får pr. telefon at vide, at jeg ikke er dækket, da det er anden gang jeg har cancer inden for 10 år. Og det på trods af lægelig udtalelse om, at de to cancerformer ingen sammenhæng har overhovedet.

I januar 2006 ringer jeg igen til StK:Pension, da jeg ikke er tilfreds med deres afgørelse, som jeg jo kun har fået pr. telefon og oplyser dem om, at jeg gerne vil anke sagen. De fremsender derpå et ansøgningsskema, som jeg udfylder og returnerer. Jeg modtager i maj 2006 afslag på udbetaling af forsikringssummen, hvori de gør opmærksom på følgende: kritisk sygdom, diagnose/behandling før 1. april 2000, giver IKKE ret til udbetaling. Nej, det ved jeg godt, jeg ønsker udbetaling for diagnose/behandling november 2005.

2. Hvad vil De konkret opnå?

At forsikringssummen udbetales. Jeg mener, jeg er berettiget, da mine to cancerformer ikke har nogen sammenhæng. I modsat fald vil jeg nemlig føle mig temmelig bondefanget af selskabets assurandør."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Til støtte herfor har selskabet i skrivelse af 30/6 2006 til nævnet gentaget, at der ikke er gået ti år siden sidste kræftdiagnose. Endvidere har selskabet bl.a. anført:

"Forsikrede har under hele sagens forløb fremsat påstand om, at en repræsentant for selskabet skulle have oplyst, at hun ville være dækket af forsikringen i den konkrete situation.

Selskabet har ikke kendskab til, at det skulle være tilfældet og vi kan oplyse, at i år 2000 hvor det møde forsikrede henviser til angiveligt blev afholdt, indeholdt forsikringsbetingelserne slet ikke nogen mulighed for dækning af kræft, når en sådan di-

agnose var stillet før tegning. Muligheden for at opnå dækning efter 10 recidivfrie år blev først indføjet i forsikringsbetingelserne fra 1. januar 2002.

Herudover kan selskabet oplyse, at der i de materialer de forsikrede får udleveret på møder afholdt på arbejdspladserne henvises til, at der kan være begrænsninger i dækningen hvis man har fået konstateret en kritisk sygdom før tegning, ligesom det er fast praksis at vores medarbejdere henviser til Helbredssektionen ved konkrete spørgsmål omkring forhold som det aktuelle.

Vi kan således ikke genkende forsikredes beskrivelse af de oplysninger hun angiveligt skulle have fået ved mødet i 2000 og vi skal i øvrigt gøre opmærksom på, at forsikrede til enhver tid kunne rekvirere de relevante forsikringsbetingelser, ligesom informationsmaterialet opfordrer til.

Forsikredes særlige, helbredsmæssige situation og det forhold, at hun på et senere tidspunkt fik mulighed for at tegne anden dækning, giver efter selskabets opfattelse blot forsikrede yderligere anledning til, at undersøge de nøjagtige dækningsmuligheder i forsikringsbetingelserne."

Af de fra 1/1 2005 gældende forsikringsbetingelser fremgår bl.a.:

"**§ 1.** Med kritisk sygdom menes: kræft, ... **jfr. § 8, hvor diagnosekravene er anført**.

...

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

...

Ved en diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i overskrifterne til § 8 A-U. Eksempelvis er § 8 A én diagnose, således at der ikke kan ske udbetaling mere end én gang, selv om forsikrede efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer. ...

Forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme i § 8, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse (det er diagnose-tidspunktet, 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, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i nævnte periode.

...

§ 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)."

Nævnet udtaler:

Nævnet bemærker, at der i de ovenfor gengivne forsikringsbetingelser stilles et objektivt krav om, at der skal være gået mindst ti år, siden en tidligere kræftdiagnose blev stillet, før en ny kræftdiagnose berettiger til erstatning. Da diagnose nummer to blev stillet inden udløbet af denne karensperiode, og da nævnet ikke finder det godtgjort, at selskabets assurandør har givet tilsagn om anden dækning, kan nævnet ikke pålægge selskabet at udbetale forsikringssummen. Nævnet bemærker herved, at det for forsikringsdækningen er uden betydning, at der ikke er sammenhæng mellem de stillede kræftdiagnoser.

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