808/08

Den 19. november 2008 blev i sag nr. 74.001:

xxxxxx xxxxxxx
xxxxxxxx xx
xxxx xxxxxx

mod

Forsikrings-Aktieselskabet Alka
Engelholm Alle 1
2630 Taastrup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har haft kritisk sygdomsforsikring i Forsikrings-Aktieselskabet Alka, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning ved anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at diagnosen for klagerens kræftsygdom er stillet efter forsikringens ophør, og at klageren først anmeldte skaden 9 måneder efter ophørstidspunktet.

Klageren har gjort gældende, at han blev syg, mens forsikringen endnu var i kraft, og at han er uden skyld i den sene diagnose.

Selskabet har ved skrivelse af 20/8 2008 til nævnet anført:

> "Klager udtrådte af forsikringsordningen den 31. december 2006 og anmeldte den 8. oktober 2007 - d.v.s. godt 9 måneder senere - kritisk sygdom.
>
> Af forsikringsbetingelserne for kritisk sygdom § 9 fremgår det, at 'Anmodning om udbetaling af summen ved kritisk sygdom skal skriftligt være fremsat overfor Alka inden 3 måneder efter ophør af gruppeaftalen eller gruppemedlemmet er udtrådt af gruppeaftalen'.
>
> Da dette ikke er tilfældet i den aktuelle sag må vi fastholde, at klager ikke er berettiget til sum i forbindelse med kritisk sygdom.

Derudover fremgår det af forsikringsbetingelsernes § 2, at 'Retten til udbetaling ved kritisk sygdom indtræder når gruppemedlemmet i forsikringstiden får stillet en af de i § 5 anførte diagnoser'.

Diagnosen skal med andre ord være stillet i forsikringstiden, hvilket ikke er tilfældet i klagers sag.

Klager udtrådte af ordningen den 31. december 2006 og der var ikke stillet diagnose på dette tidspunkt, klager havde end ikke opsøgt læge endnu på dette tidspunkt.

Sagen indeholder alene journalnotat med oplysning om, at klager opsøgte læge den 17. januar 2007 med ondt i halsen samt i marts måned blev henvist til speciallæge. Ingen yderligere oplysninger om hvilken diagnose der efterfølgende er stillet eller hvornår.

Vi må således bemærke, at klager således ej heller i henhold til betingelsernes § 2 er berettiget til udbetaling af sum ved kritisk sygdom."

Ved skrivelse af 30/8 2008 til nævnet har klageren hertil bemærket:

"Behandling er påbegyndt d. 17.januar 2007, hvilket er indenfor 3 måneder iflg. § 9 . Yderligere er lægen blevet oplyst om at jeg havde knuden på halsen medio december 2006.

D. 17. januar havde lægen en begrundet mistanke om kræft og startede derfor et behandlingsforløb,
- speciallæge undersøgelse
- operation ved G. hospital
- strålebehandling på H. hospital (i alt 32 stk.)

min halskræft blev altså konstateret i januar 2007 og er stadig under behandling på grund af strejke i sundhedsvæsenet m.m. Har behandlingsforløbet været så langvarigt. Kræftsygdommen har således været til stede i hele perioden.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 2. Udbetaling**
Retten til udbetaling ved kritisk sygdom indtræder, når gruppemedlemmet i forsikringstiden får stillet en af de i § 5 anførte diagnoser, …
…
§ 5. Dækningsberettigende diagnoser / sygdomsdefinitioner
…
F. Kræft
En ondartet (malign svulst (tumor er mikroskopisk karakterisert 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, lymfomer (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)."

Nævnet udtaler:
Efter sin gennemgang af sagen, herunder hospitalsjournalerne, må nævnet lægge til grund, at klageren i forsikringstiden ikke har fået stillet diagnosen kræft baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller biopsi foretaget af speciallæge i patologisk anatomi. Endvidere må nævnet lægge til grund, at klageren ikke inden udløbet af 3 måneders fristen efter sin udtrædelse af gruppeaftalen skriftligt havde anmodet om udbetaling af summen ved kritisk sygdom.

På denne baggrund finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til de gengivne forsikringsbetingelser.

Herefter, og idet det af klageren anførte ikke kan føre til et andet resultat,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand

udskriften bekræftes

Henning Jønsson