814/09

Den 2. marts 2009 blev i sag nr. 74.267:

xxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxx xxx xxxxxx
xxxx xxxxxxx

mod

PKA+Pension
Forsikringsselskab A/S
Tuborg Boulevard 3
2900 Hellerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der er omfattet af en gruppeforsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme, klager over selskabets afvisning af at udbetale forsikringssummen i forbindelse med en af hende anmeldt kritisk sygdom (hjerneblødning).

Det fremgår af sagen, at klageren - efter en periode med hvilende medlemskab af pensionskassen - genindtrådte i gruppeforsikringen. For gruppeforsikringen gælder en karensbestemmelse, hvorefter sygdomme, der diagnosticeres inden for de første tre måneder efter, at gruppemedlemmet er genindtrådt i ordningen, ikke dækkes.

Selskabet er af den opfattelse, at klageren ikke i den foreliggende sag har krav på udbetaling af forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme. Selskabet har principalt begrundet afvisningen med, at diagnosen er stillet i karenstiden efter klagerens genindtræden i gruppeforsikringsordningen. Subsidiært har selskabet gjort gældende, at klagerens lidelse ikke opfylder de i forsikringsbetingelserne for hjerneblødning opstillede diagnosekriterier, da hun ikke har haft udfaldssymptomer i mere end 24 timer, og MR-/CT-skanningerne er normale.

I den til nævnet fremsendte klageskrivelse, der er dateret 2/7 2008, hedder det:

"Efter at have talt med C.H. fra PKA om vedlagt afslag på min ansøgning om udbetaling af sum ved kritisk sygdom, ønsker jeg hermed at klage over PKA's afgørelse. Det der ligger til grund for afslaget er, at jeg på det tidspunkt, jeg blev syg ifølge PKA ikke havde været medlem af pensionskassen i tre måneder - og derfor ikke er berettiget til udbetaling.

Jeg kan fortælle, at jeg, inden jeg i 2006 flyttede til Tyskland har været medlem af PKA's pensionskasse i ca. ti år og at jeg ved min flytning (og orlov fra min arbejdsplads) skulle have haft 'bidragsfri dækning' fra pensionskassen. I en skrivelse, jeg har modtaget derfra i juni måned 2006, står bl.a. at jeg, hvis jeg 'vil være bidragsfri dækket' ikke skal foretage mig noget, og at de skriver til mig indenfor 12 måneder, for at få at vide, hvordan jeg ønsker at videreføre pensionsordningen.

Jeg kan meddele, at jeg aldrig har modtaget den nævnte skrivelse og derfor har troet, at jeg hele tiden, har været fuldt ud dækket af PKA. Derfor er det en overraskelse for mig, når de meddeler mig, at jeg ikke har været medlem af pensionskassen i tre måneder.

Jeg vil derfor anke PKA's afgørelse og beder Jer om at kigge nærmere på sagen."

Selskabet har herefter i skrivelse af 25/7 2008 til nævnet nærmere redegjort for sagens faktiske omstændigheder og selskabets stillingtagen således:

"**Sagsfremstilling**
Klager ansøgte 10. juni 2008 PKA om udbetaling af sum ved kritisk sygdom. Af ansøgningsskemaet fremgår, at klagers diagnose blev stillet i april 2008 (Bilag …).

23. juni 2008 (Bilag …) skriver PKA til klager, at klager ikke opfylder betingelserne for udbetaling af sum ved kritisk sygdom, da det er en betingelse for udbetaling, at diagnosen er stillet i forsikringstiden, hvilket vil sige, den periode, hvor klager har været dækket af gruppeforsikringen. Da klager blev hvilende medlem af pensionskassen pr. 1. august 2007, og genoptog sin bidragsindbetaling til pensionskassen 1. februar 2008, og der i gruppeforsikringen er karensbestemmelser, havde klager på tidspunktet for diagnosen ikke en gruppeforsikring, der dækkede hende ved kritisk sygdom.

Klager indbringer herefter sagen for Ankenævnet for Forsikring. Af klagen til Ankenævnet fremgår, at klager ikke mener at være blevet orienteret om konsekvenserne ved bidragsfri dækning samt en evt. overgang til hvilende medlemskab, herunder bortfald af gruppeforsikringsordningen, idet klager ikke mener at have modtaget brev fra PKA, som lovet i breve fra juni og september 2006, og således ikke mener at være orienteret om konsekvenserne ved overgang til hvilende medlemskab.

Pr. 1. februar 2008 genindtræder klager som medlem i Pensionskassen for S. og S., da der igen registreres bidragsindbetaling.

PKA har i april 2006 (Bilag …) skrevet til klager, at PKA har registreret, at klagers arbejdsgiver er stoppet med at indbetale pensionsbidrag til klagers pensionsordning, og at klager derfor automatisk er bidragsfri dækket, og at PKA vil skrive til klager inden dækningen stopper. Vedlagt brevet er en orientering 'Indbetaling til pensionskassen er stoppet' (Bilag …). I september 2006 skriver PKA igen til klager, da klager i mellemtiden har haft bidragsindbetaling og denne er stoppet. Brevet er enslydende med brev af april 2006, alene med den ændring, at klagers bidragsfri periode udløber 31. juli 2007 (Bilag …). Til brevet var vedlagt samme orientering som brevet af april 2006.

Endelig fremgår det af PKAs systemer, at PKA i juni 2007, som nævnt i breve af april og september 2006, har sendt brev til klager om, at klagers bidragsfri dækning stopper den 31. juli 2007 og at klager fra den 1. august 2007 er hvilende medlem, bl.a. med virkning for klagers gruppeforsikringsdækning (Bilag …). Brevet er bilagt en orientering 'Din bidragsfri dækning stopper' (Bilag …) samt blanket og svarkuvert til brug for en evt. forlængelse af perioden for bidragsfri dækning.

PKA har ikke modtaget svarblanket fra klager, hvori klager ønsker at forlænge perioden for bidragsfri dækning. Hvorfor klager overgår til hvilende medlemskab af pensionskassen med virkning fra 1.august 2007.

Begrundelse
Klager er medlem af Pensionskassen for S. og S. og er via dette medlemskab omfattet af en gruppeforsikring. Gruppeforsikringen er en del af pensionsordningen og finansieres via medlemmets pensionsbidrag. Til gruppeforsikringen er knyttet visse betingelser bl.a. i relation til hvilende medlemskab og karenstid.

For at få sum ved visse kritiske sygdomme udbetalt, er det ifølge forsikringsbetingelserne (Bilag …) § 7, stk. 2 og 3, en betingelse, at diagnosen stilles i forsikringstiden efter forløb af en eventuel karenstid, herunder hvis et medlem er genindtrådt, at diagnosen ikke stilles inden for de første tre måneder efter, at gruppemedlemmet er genindtrådt i gruppeforsikringen. Af forsikringsbetingelserne § 11, stk. 3 fremgår det, at et medlem udtræder af gruppeforsikringen under hvilende medlemskab den dag, det hvilende medlemskab starter.

Da klager således overgår til at være hvilende medlem fra 1. august 2007 er klager jf. forsikringsbetingelserne udtrådt af gruppeforsikringen med virkning fra 1. august 2007 og klager genindtræder, ved den genoptagede bidragsindbetaling til sin ordning, med virkning fra 1. februar 2008. På tidspunktet for klagers diagnose i april 2008, er der således ikke forløbet tre måneder og klager har således ikke en gruppeforsikring, der giver ret til udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, jf. forsikringsbetingelsernes § 7, stk. 3 og kravet i forsikringsbetingelserne § 7, stk. 2 om, at en diagnose skal være stillet i forsikringstiden er således ej heller opfyldt jf. ovenfor (Bilag …).

Klager nævner i sin klage til Ankenævnet, at hun ikke mener at være oplyst om konsekvenserne ved bidragsfri dækning samt en evt. overgang til hvilende medlemskab, herunder, at hun ikke har modtaget brev fra PKA ved udløb af perioden med bidragsfri dækning

I relation til konsekvenserne ved udløb af bidragsfri dækning og overgang til hvilende medlemskab fremgår det af de orienteringer "Indbetalingen til pensionskassen er stoppet", som var vedlagt brevene i 2006 til klager (Bilag …), at den bidragsfri dækning automatisk dækker det første år med orlov, og at man har mulighed for at forlænge dækningen i op til tre år (Bilag …) og efterfølgende, at hvis man ikke ønsker at være bidragsfri dækket, så bliver man hvilende medlem af pensionskassen med den konsekvens, at man ikke længere er dækket af gruppeforsikringen (Bilag …).

Også af orienteringen i brev af juni 2007 'Din bidragsfri dækning stopper' fremgår det, at hvis perioden for bidragsfri dækning ikke forlænges overgår man til hvilende medlem med den konsekvens, at man ikke længere er dækket af gruppeforsikringen (Bilag …).

I relation til klagers bemærkning om ikke at have modtaget brev fra PKA i juni 2007, skal det anføres, at brevet er sendt til den adresse i Tyskland, som PKA via Folkeregistret har fået oplyst og at et brev efter fast retspraksis anses for at være modtaget, medmindre det doku-

menteres, at postgangen har været uregelmæssig. PKA har således grund til at formode, at brevet i juni 2007 er kommet frem til klager. Og da PKA ikke har modtaget svarkuvert og blanket fra klager om, at hun ønsker at forlænge perioden med bidragsfri dækning, er dette ikke sket, og klager er overgået til hvilende medlemskab med de konsekvenser, som beskrevet i orienteringer vedlagt breve i 2006 og i brev af juni 2007.

Derudover skal det bemærkes, at af klagers Pensionsoversigt (POS) for 2007 fremgår det, af side 1**,** at klager er bidragsfri dækket til og med 31. juli 2007 (Bilag …).

Allerede på denne baggrund, skal PKA derfor fastholde afslaget på udbetaling af sum ved kritisk sygdom.

Afslutningsvist skal det yderligere bemærkes, at PKA er af den opfattelse, at klager ej heller opfylder betingelserne for udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, da klagers diagnose jf. journalen, ikke opfylder kravene til hjerneblødning, da klager ikke har haft udfaldssymptomer i mere end 24 timer og at MR-/CT-scanningerne er normale (Bilag …) jf. forsikringsbetingelserne (Bilag …).

Konklusion
På baggrund af ovennævnte er det derfor PKA's opfattelse, at klager ikke opfylder betingelserne for udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, allerede fordi klager på tidspunktet for diagnosen ikke havde en gruppeforsikring, der berettiget hende til udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"***§ 3. Betydningen af udtryk anvendt i forsikringsaftalen.***
Ved de i gruppeforsikringsaftalen og de almindelige forsikringsbetingelser anvendte udtryk forstås:

c) Forsikringstiden
Forsikringstiden for en given dækning omfatter perioden fra gruppemedlemmets indtræden under gruppeforsikringsaftalen og indtil den pågældende dækning ophører som følge af udtræden efter forsikringsaftalens bestemmelser, eller som følge af gruppeforsikringsaftalens ophør eller individuelt ifølge aftale.

e) Karenstid
Den periode, der forløber fra gruppemedlemmets indtræden i gruppeforsikringsordningen og indtil en given dækning træder i kraft. Der er aftalt karenstid for udbetaling i anledning af visse kritiske sygdomme.

Udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme
Stk. 1. Sum ved visse kritiske sygdomme udbetales, såfremt gruppemedlemmet inden sit 65. år får stillet en diagnose inden for de i bilag 1 afgrænsede sygdomsområder, jævnfør dog stk. 6. Specielt inden for gruppen "Kræft, leukæmi og lymfomer", jævnfør bilag 1, gælder, at forskellige kræftformer betragtes som selvstændige diagnoser.

Stk. 2. Det er en forudsætning for udbetaling efter stk. 1, at diagnosen stilles i forsikringstiden efter forløbet af en eventuel karenstid, jævnfør 5 3 c) og § 3 c). Sygdomme, der er konstateret før dette tidspunkt, er ikke dækket. Diagnoser, der stilles efter dækningens ophør, giver ikke ret til udbetaling.

Stk. 3. Det er en betingelse for udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, at diagnosen ikke stilles inden for de første 3 måneder efter, at gruppemedlemmet er indtrådt eller genindtrådt i gruppe- forsikringsordningen.

Udtræden af gruppeforsikringen

Stk. 3. Gruppemedlemmet udtræder af gruppeforsikringen under hvilende medlemskab af pensionskassen den dag, det hvilende medlemskab starter. "

Af listen over kritiske sygdomme i forsikringsbetingelsernes bilag 1 fremgår bl.a.:

"*B. Visse hjertekarsygdomme*
Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi)
En beskadigelse af hjernen eller hjernestammen, der medfører objektive udfaldssymptomer fra nervesystemet af mere end 24 timers varighed, og som enten skyldes:

a. en forsnævring eller tillukning af en pulsåre i hjernen, eller

b. en spontant eller traumatisk opstået blodansamling i eller udenpå hjernen, som følge af en bristet pulsåre eller en misdannelse i hjernens kar.

Hjernebeskadigelsen skal være påvist ved en CT/MR-scanning, og det billeddiagnostiske fund skal svare til udfaldssymptomerne fra nervesystemet.

I tilfælde af en blodprop i hjernen, hvor CT-/MR-scanning ikke er foretaget i forløbet, kan tilfældet være omfattet af dækningen, hvis samtlige klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er vedvarende neurologiske følger i form af lammelser, føleforstyrrelser, taleforstyrrelser eller intellektuel reduktion.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en neurologisk, neurokirurgisk eller lignende specialafdeling eller være bekræftet af en neurologisk speciallæge."

Nævnet udtaler:

Allerede fordi der ikke på den i forsikringsbetingelserne foreskrevne måde er godtgjort neurologiske udfaldssymptomer, kan nævnet ikke pålægge selskabet at udbetale erstatning.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen