808/08

Den 19. november 2008 blev i sag nr. 74.354:

xxxxxx xxxxxxxx xxxxxx
xxx xxxxxxxxxxx x xx xxxxxxxxx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der har haft forsikring med dækning ved kritisk sygdom i Danica Pension, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for en anmeldt kritisk sygdom (blodprop i hjertet).

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom med henvisning til, at klagerens eventuelle krav er forældet.

Af klageskemaet, der er underskrevet af klageren den 17/7 2008, fremgår bl.a.:

"**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen …**
… Der har været problemer med at få Danica Pension til at vedkende sig, at den aktuelle forsikring hidhørte under dem på skadestidspunktet, hvilket til dels fremgår af korrespondancen, men M.H., Danica Pension, nægtede på forhånd ved telefonisk henvendelse at behandle sagen på trods af, at jeg var i besiddelse af papirer fra Danica Pension, som bevis herfor.

Jeg er uforstående over for begrundelsen om en anmeldelsesfrist på 3 år, idet det har fremgået af flere mediers omtale af forsikringsudbetalinger ved kritisk sygdom, at anmeldelsesfristen er 5 år! Min anmeldelse af kritisk sygdom ligger ind for 5 år fra diagnosestillelsen. Såfremt anmeldelsesfristen er nedsat, kan det ikke være rigtigt, at det er med tilbagevirkende kraft for de skader, som er indtruffet på ændringstidspunktet. Jeg har endda ladet mig fortælle, at forsikringsaftalelovens § 29 stk. 3 angiver 10 år som forældelsesfrist.

Jeg er i den kedelige situation, at min hustru, som ellers tog sig af alt papirarbejde, er 100% invalid af sclerose, og derfor ikke har kunnet varetage disse opgaver de sidste 10 år, hvorfor jeg er blevet afhængig af andres hjælp, idet jeg selv ingen begreb har om den slags. Derfor er det først i indeværende år blevet mig bevidst, at jeg har en forsikring med dækning ved

kritisk sygdom, og jeg fik hurtigst mulig herefter hjælp til udfyldelse af anmeldelsen. Ligeledes har jeg haft hjælp til indhentning af oplysninger og de nødvendige telefonopringninger vedrørende sagen.

I behandlingen af sagen anmoder jeg om, at der tages hensyn til min private situation med hensyn til at min hustrus sygdom har bevirket, at jeg ikke var bevidst om, at min forsikring dækkede kritisk sygdom.

Afslutningsvis vil jeg ikke undlade at henlede opmærksomheden på formanden for Forsikring og Pension, S.B.s, udtalelse i medierne om det urimelige i, at forsikringstagere ikke får udbetalt en erstatning, de ellers er berettiget til, fordi de af forskellige årsager ikke har fået anmeldt den kritiske sygdom inden en bestemt tidsfrist. I den pågældende tv-udsendelse, som netop omhandlede forsikringsselskabers (manglende) udbetalinger ved dækningsberettiget kritisk sygdom, blev nævnt, at anmeldelsesfristen er 5 år!

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
Udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom."

Heroverfor har selskabet i skrivelse af 1/8 2008 til nævnet anført:

"Forsikringen er en pensionsordning, der blandt andet frem til den 1. juli 2005 indeholdt en dækning ved Kritisk Sygdom. (Fra den 1. juli 2005 har T.S.L. [klageren] dækning ved Kritisk Sygdom i Forenede Gruppeliv). Det er en betingelse for udbetaling, at sygdommen er nævnt i forsikringsbetingelsernes afsnit 'Hvad er kritisk sygdom'.

Når en kritisk sygdom er diagnosticeret, udbetales forsikringsydelsen efter 1 måned (karensperioden) under forudsætning af, at forsikrede er i live på dette tidspunkt.

Sagsforløb
Den 15. april 2008 modtager vi en anmeldelse af Kritisk Sygdom fra T.S.L.. Det fremgår, at T.S.L. har haft en blodprop i hjertet den 22. juli 2004.

Vi skriver til T.S.L. den 27. maj 2008, at der desværre ikke kan ske udbetaling af Kritisk Sygdom, fordi anmeldelsen er sket for sent. Lidelsen skulle have været anmeldt til Danica Pension senest den 22. august 2007, som er tre år efter karensudløb.

Forsikredes klage
T.S.L. klager over, at vi har afvist at udbetale dækning ved Kritisk Sygdom på grund af forældelse.

Danicas afgørelse
Hertil skal vi anføre, at vi fastholder vores afgørelse.

Vi gør indledningsvis opmærksom på, at vi har gjort forældelse gældende for det eventuelle krav, da vi ikke har modtaget lægeoplysninger, der dokumenterer, at forsikringsbetingelserne for udbetaling er opfyldt. Vi har således ikke vurderet, om forsikringsbegivenheden er indtrådt. Dette har vi ikke fundet nødvendigt, da der var tale om forældelse i tilfælde af, at begivenheden rent faktisk var indtrådt.

Af forældelsesloven (som blev ændret pr. den 1. januar 2008) fremgår det, at krav forældes tre år efter forfaldstidspunktet. Før den 1. januar 2008 var det den daværende forsikringsaf-

talelovs regler, der var afgørende for, om T.S.L.s krav var forældet, og der var her tale om en toårs- og en femårsregel. Sidstnævnte kan være den T.S.L. henviser til i sin klage.

S.B.s tidligere udtalelser til pressen omkring forældelse drejer sig om tilfælde, hvor en kunde er uvidende om, at vedkommende har en dækning ved Kritisk Sygdom - eventuelt via sin fagforening - idet kunden aldrig modtager information om denne dækning, og således ikke er klar over sit krav. Det er der dog ikke tale om i T.S.L.s tilfælde.

Vi mener, at T.S.L. bør være vidende om, at han har en dækning ved Kritisk Sygdom, da han får stillet diagnosen på en blodprop i hjertet den 22. juli 2004.

Vi mener også, at T.S.L. bør være vidende om forsikringen, fordi vi løbende både før og efter diagnosetidspunktet og frem til dækningens ophør har sendt dækningsoversigt, årsoversigt og forsikringsbetingelser, hvor forsikringen ved Kritisk Sygdom fremgår.

Da T.S.L. er vidende om den eventuelle forsikringsbegivenheds indtræden, løber forældelsesfristen derfor fra karensperiodens udløb efter diagnosetidspunktet den 22. juli 2004 og anmeldelse af Kritisk Sygdom skulle senest være foretaget den 22. august 2007."

Hertil har klageren i skrivelse af 21/8 2008 til nævnet bemærket:

"At Danica Pension videresender min anmeldelse uden at undersøge forsikringens tilhørsforhold på skadestidspunktet og ydermere purre nægter at behandle anmeldelsen ved den telefoniske opfølgning på brevet af 16. april 2008, som Danica Pension udelader i deres gennemgang af sagsforløbet, viser med alt tydelighed, at Danica Pension fra starten har været negativt indstillet overfor min anmeldelse. Først efter, at jeg har fået assistance fra medarbejdere i Forenede Gruppeliv, må Danica Pension vedkende sig, at forsikringen hidhørte under dem på skadestidspunktet.

Da min skadesanmeldelse så vurderes af den selvsamme medarbejder i Danica Pension, M.H., som fra modtagelsen af anmeldelsen har modsat sig al form for sagsbehandling, er udfaldet givet på forhånd.

Danica Pension har ikke modtaget lægeoplysninger, fordi der på deres skadesanmeldelsesblanket står, at de selv rekvirerer journaloplysningerne fra den diagnosticerende læge.

Trods dækningsoversigter må jeg anmode om forståelse for min situation med en hustru, som tidligere tog sig af alt papirarbejde, der på grund af hendes alvorlige sygdom hobede sig op, og læg dertil min egen livstruende sygdom med efterfølgende hjertestop og genoplivning. Det er ikke forsikringspapirer, man beskæftiger sig med i den situation, for det er der simpelthen ikke ressourcer til! Et samliv med en scleroseramt i så fremskreden et stadie, som i min hustrus tilfælde, kræver rigtig meget af en ægtefælle, og det bliver kun værre med tiden, hvorfor det ikke har været mig muligt at orientere mig om indholdet i de ophobede papirmængder; først i starten af indeværende år har jeg med andres hjælp erfaret, at jeg havde en forsikring med dækning ved kritisk sygdom. Min situation er ikke forskellig fra andre tilfælde, hvor kunder er uvidende om at være dækket ved kritisk sygdom - f. eks. via deres fagforening - for fagforeninger orienterer deres medlemmer om forsikringsdækninger ved indmeldelse eller ved efterfølgende forsikringstegning. Jeg må derfor på det kraftigste afvise Danica Pensions forsøg på at bortforklare S.B.s udtalelser i medierne.

Med hensyn til Danica Pensions påstand om forældelse, gør jeg opmærksom på, at der intet sted i forsikringspapirerne er nævnt en anmeldelsesfrist for forsikringsbegivenheder, og hvis

> Danica Pension ønsker at gøre en sådan gældende, må det som minimum kræves, at det angives i forsikringspapirerne, at der er en forældelsesfrist og dens længde, idet det ikke kan forventes, at menigmand har kendskab til sådanne specifikationer. Faktisk er det almindelig kendt, at stort set alle uden for branchen intet kendskab har til forsikringer og forsikringsbetingelser. Derudover henviser jeg til oplysningerne desangående i min indsendte klageformular. Min anmeldelsesfrist udløber således tidligst den 22. august 2009 og senest den 22. august 2014."

Herefter har selskabet i skrivelse af 8/9 2008 til nævnet anført:

> "Det er korrekt, at vi ved modtagelse af anmeldelsen den 15. april 2008 ikke var opmærksomme på, at der var tale om en diagnose tilbage i 2004. Derfor behandle vi ikke anmeldelsen i første omgang, men videresendte den til Forenede Gruppeliv, der havde overtaget dækningen den 1. januar 2005. Vi beklager at det betød en forsinkelse af sagsbehandlingen i Danica Pension. Dette har dog ikke været afgørende for sagens udfald, da T.S.L.s anmeldelse under alle omstændigheder var sket for sent.
>
> Da regler om forældelse er at finde i den generelle lovgivning på området (forsikringsaftaleloven og forældelsesloven) fremgår disse ikke af forsikringsbetingelserne.
>
> Vi har naturligvis forståelse for T.S.L.s familiære situation, som ganske givet har forsinket anmeldelsen. Vi henholder os dog til lovgivningen og fastholder på denne baggrund, at T.S.L. burde være vidende om sin dækning ved Kritisk Sygdom, og at kravet derfor blev forældet den 22. august 2007."

Af dækningsoversigt dateret 2/4 2004 fremgår bl.a., at udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom "sker 1 måned efter, diagnosen er stillet, hvis forsikrede er i live på dette tidspunkt".

Af de fremlagte forsikringsbetingelser fremgår bl.a.:

> "**Almindelige forsikringsbetingelser**
> i tilslutning til lov nr. 129 af 15. april 1930 om forsikringsaftaler.
> …
> **Hvad dækker forsikringen?**
> Skadeforsikring i Forsikringsselskabet Danica
>
> Forsikringen giver ret til udbetaling af forsikringsydelsen, hvis forsikrede i forsikringstiden af en læge i Danmark får diagnosticeret en kritisk sygdom, som nævnt i afsnit om hvad er kritisk sygdom. Når en kritisk sygdom er diagnosticeret, udbetales forsikringsydelsen efter det antal måneder, der er anført i dækningsoversigten (karensperioden) under forudsætning af, at forsikrede er i live på dette tidspunkt."

Nævnet udtaler:
Klagerens manglende opmærksomhed med hensyn til forsikringen - som han i øvrigt kunne have gjort sig bekendt med ved at læse de til ham fremsendte dækningsoversigter, årsoversigter og forsikringsbetingelser - bevirker ikke, at forældelse ikke kan indtræde.

Efter sin gennemgang af sagen må nævnet lægge til grund, at klageren har haft kundskab om sin diagnose i juli 2004 og dermed også om sit eventuelle krav mod selskabet og om, at det er forfaldet på dette tidspunkt. Nævnet finder herefter, at forældelse må anses for indtrådt ved udgangen af 2006 i henhold til den toårige forældelsesfrist i forsikringsaftalelovens tidligere § 29. Klagerens krav var således forældet, da det blev anmeldt til selskabet i 2008, og nævnet kan på den baggrund ikke pålægge selskabet at betale erstatning.

Afslutningsvis bemærker nævnet, at det af selskabet anførte om de nye forældelsesregler ikke ses at være relevant, idet forældelse allerede var indtrådt efter de hidtidige forældelsesregler inden de nye forældelsesreglers ikrafttræden den 1/1 2008.

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