835/10

Den 18. januar 2010 blev i sag nr. 76.152:

xxxxxxxxx xxxxx
xxxxxxxxxxx xxx
xxxx xxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har to dækninger ved kritisk sygdom i Forenede Gruppeliv, klager over selskabets afvisning af at yde dækning for begge de kritiske sygdomme, som klageren fik diagnosticeret i 2008.

Selskabet henviser til, at det er de gældende forsikringsbetingelser fremgår, at der skal forløbe mindst 6 måneder mellem to dækningsberettigende diagnoser.

Det fremgår af sagen, at klageren den 12/2 2008 fik diagnosticeret sclerose. Af klagerens journal fra skleroseklinikken fremgår:

> "Konklusion
> Laboratoriestøttet MS (=DS), understøttet ved karakteristisk MR-skanning, spinalvæskefund og MEP. Samtidig påvises også ved EMG en hereditær meotrisk-sensorisk neuropati, formentlig Charcot-Marie-Tooth's 1A."

Af skrivelse af 3/3 2008 fra neurologisk afdeling fremgår:

> "Prøvetagningsdato: 15/02 2008
> Henvisende instans: KAS … Ovl. …
> **Analyse** **Resultat**
> Fragment-analyse Se konklusion
>
> **Konklusion:**

> Vi har påvist en duklikation i 17p11,2 (PMP22) området hos ovennævnte patient. Diagnosen Charcot-Marie-Tooth type 1a er dermed bekræftet.. Relevante familiemedlemmer bør tilbydes genetisk rådgivning.
> Undersøgelse er foretaget ved semikvantitativ PCR-analyse (MLPA)."

Klageren anmeldte den 5/3 2008 til selskabet, at hun havde fået diagnosticeret sclerose. Selskabet udbetalte som følge heraf summen ved kritisk sygdom den 14/4 2008 fra begge dækninger. Klageren ansøgte igen den 15/12 2008 om udbetaling om sum ved kritisk sygdom som følge af Charcot Marie Tooth. Selskabet anførte som følge heraf i skrivelse af 18/12 2008 til klageren:

> "Vi har modtaget din ansøgning om udbetaling ved kritisk sygdom, hvor du søger om udbetaling på grund af muskelsvind.
>
> Du fik diagnosticeret dissemineret sklerose den 12. februar 2008 og du fik udbetalt forsikringssum ved kritisk sygdom på baggrund af den diagnose.
>
> Det fremgår af de modtagne journaloplysninger fra … Hospital, at diagnosedatoen for muskelsvind, er den 3. marts 2008.
>
> For at kunne få udbetalt forsikringen som følge af muskelsvind, jf. vedlagte forsikringsbetingelser § 8 J, skal der være gået 6 måneder mellem de to diagnoser, jf. § 3 b), afsnit 2.
>
> I dit tilfælde, er der gået mindre end 6 måneder mellem de to diagnosedatoer, og vi kan derfor ikke udbetale forsikringssummen.
>
> Så længe du er forsikret under ovennævnte gruppelivsaftale, er du stadig forsikret mod kritisk sygdom, dog med de forbehold, der fremgår af vedlagte forsikringsbetingelsers § 3 stk. b.

Klageren anførte i skrivelse af 6/1 2009 til selskabet:

> "Jeg har modtaget afslaget på udbetaling ved kritisk sygdom ift. Charcot Marie Tooth - CMT, jeg vil gerne anke afgørelsen.
>
> Da jeg indsendte det udfyldte materiale vedr. udbetaling af kritisk sygdom, fremsendte jeg en kopi af brev af d. 3. marts 2008 fra Rigshospitalet, … til … Hospital, … som dokumentation på sygdommens navn.
> Et brev fremsendt af ét hospital til et andet.
>
> Som patient mener jeg, at jeg tidligst har fået stillet en diagnose d. 8. september 2008. Dermed er der gået mere end 6 måneder mellem diagnosen Sclerose - og diagnosen CMT. Jeg mener derfor, at jeg er fuldt berettiget til at få en udbetaling for kritisk sygdom ift. Charcot Marie Tooth - CMT.
>
> Forløbet har været som følgende:
> **25. januar 2008 - … Hospital**

Under indlæggelsen på … Hospital gennemgår jeg - af hensyn til at stille en diagnose på mine føleforstyrrelser - forskellige undersøgelser herunder en nerveledningshastighedsundersøgelse.

Ved analysen af resultatet for at påvise Sclerose opdagede Neurologen ved en tilfældighed, at jeg ligeledes havde meget langsomme reaktioner på mine ben, og han mente, at jeg muligvis havde en arvelig kromosomfejl, hvilket kunne påvises ved en blodprøve.

12. februar 2008 kl. 13.00 hos [lægen] - … Sclerose klinik
Jeg er indkaldt til undersøgelse på … Sclerose klinik med det formål at give mig det endelige svar på årsagen til mine føleforstyrrelser og dermed diagnosen - Sclerose.
Inden besøget afsluttes, aftales det, at jeg skal have taget en blodprøve, som skal sendes til gentest på Rigshospitalet.

… Hospital vil fremsende svaret fra blodprøven til mig, når det foreligger fra Rigshospitalet 3 uger senere, men det sker aldrig.

28. februar 2008 - … Sclerose klinik
Jeg møder op akut pga. et nyt Sclerose attak på venstre arm. Jeg bliver sat i en 14 dages behandling af attaket - og det aftales, at jeg skal møde igen d. 31. marts 2008 for at blive sat i gang med medicin for Sclerosen.

31. marts 2008 - … Sclerose klinik
Jeg møder op på … Sclerose klinik sammen med min mand med det formål at blive sat i gang med medicin for Sclerosen.

Den fremmødte neurolog taler/forstår dårligt dansk.
Uanset hvilke spørgsmål vi stiller om medicin, etc., får vi at vide, at de spørgsmål kan vi stille ved næste besøg hos sclerosesygeplejersken.

Da vi bliver klar over, at vi ikke kan få svar på vores spørgsmål - og er ved at afslutte besøget, spørger jeg til svaret på blodprøven.
Først er neurologen uforstående overfor, hvad vi efterspørger. Derefter finder hun brevet fra Rigshospitalet. Hun er ikke klar over, hvad det omhandler, men hun udleverer en kopi af brevet - og beder mig selv kontakte Rigshospitalet for at få stillet diagnosen.
Det virker som en biting og irrelevant for hende i forhold til, hvad hun har set som sin opgave ved besøget.

Kontakten til Rigshospitalet forsinkes herefter nogle måneder pga. forårets sygeplejestrejke.

8. september 2008 kl. 14.00 hos [lægen] - Klinisk genetisk, …, Rigshospitalet
Undertegnede og min familie møder med det formål at få svaret på blodprøven, stillet diagnosen - samt få genetisk vejledning.
Meget kompetent, detaljeret og præcist får vi forklaret, hvad blodprøven har vist, stillet diagnosen - Charcot Marie Tooth - samt gennemgået på hvilket kromosom genfejlen ligger, hvordan det kan nedarves, etc.

Mine forældre tilbydes en blodprøve for at påvise, om jeg har arvet fejlen fra dem - og det aftales, at min yngste datter skal testes, da hun formentlig har arvet det fra mig. Herudover tilbydes jeg en kontrol hos en neurolog på Rigshospitalet, som er specialist i Charcot Marie Tooth - CMT, hvilket jeg takker 'ja' til.

12. december 2008 kl. 10.00 hos Neurolog … - Neurologisk Klinik …, Rigshospitalet
Jeg møder til kontrol hos neurologen.
Jeg får information om sygdommen, dens mulige udvikling og vejledning om fremtiden. Undervejs spørger neurologen til udbetaling af kritisk sygdom, hvorpå jeg svarer, at det har jeg fået udbetalt på Sclerosen.
Hertil oplyser han, at han ikke mente Sclerosen, men CMT'en, fordi den hører under muskelsvind - og normalt, hvad hans øvrige patienter angik, havde udløst udbetaling af kritisk sygdom.

Med baggrund i disse sidste oplysninger indsendte jeg en ansøgning om udbetaling af kritisk sygdom pr. 15. december 2008."

Klageren har ved skrivelse af 4/5 2009 over for nævnet nedlagt påstand om, at selskabet skal anerkende, at hun tillige er berettiget til udbetaling af sum som følge af den diagnosticerede Charot Marie Tooth.

Selskabet har ved skrivelse af 28/5 2009 fastholdt sin afgørelse over for nævnet. Selskabet har til støtte herfor anført:

"Klageren er omfattet af to gruppelivsaftaler med dækning ved kritisk sygdom. Forsikringerne er oprettet med udvidet dækning hvilket betyder, at forsikringerne kan give ret til udbetaling mere end én gang.

Undtagelse fra denne ret er blandt andet anført i forsikringsbetingelserne § 3 b, afsnit 2, hvor det er en betingelse for udbetaling af mere en én dækning, at der er forløbet mindst 6 måneder siden den sidst dækningsberettigede diagnose blev stillet og tidspunktet for den nye diagnose. Det fremgår endvidere af § 2, stk. 3 at det afgørende tidspunktet er diagnosetidspunktet, og ikke det tidspunkt forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringsbetingelserne vedlægges som bilag ..

Den 5. marts 2008 ansøgte klageren om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt (bilag ..), idet klager havde fået diagnosticeret Dissemineret Sklerose. Det fremgår af journaludskrift fra … Hospital, at diagnosen er stillet den 12. februar 2008 (bilag ..) og vi udbetaler forsikringssummerne den 14. april 2008 (bilag ..).

Den 15. december 2008 ansøger klager om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt igen, idet klager har fået diagnosticeret Charcot Marie Tooth (CMT), vedlagt som bilag ..

Det fremgår af journaloplysninger fra … Hospital (bilag ..), at klager henvises fra neurologisk ambulatorium til EMG (elektromyografi) på Klinisk Neurofysiologisk Afdeling med henblik på neurologisk udredning. Undersøgelsen foretages den 23. januar 2008 og den 25. januar 2008 konkluderes, at klager lider af en svær demyeliniserende neuropati, utvivlsomt af hereditær type. I samme bilag anføres i notat fra Skleroseklinikken den 12. februar 2008, at der formentlig er tale om Charcot Marie Tooth type 1 A. Klager får udtaget blodprøve den 15. februar 2008 med henblik på præcisering af typen. Typebestemmelsen foretages på Molekylærgenetisk Laboratorium den 3. marts 2008 og diagnosen Charcot Marie Tooth type 1 A bekræftes.

Klager oplyser endvidere selv i ansøgningsskemaet, at diagnosedatoen for Charcot Marie Tooth er den 3. marts 2008.

Baseret på de modtagne journaloplysninger kan det konstateres, at der ikke er forløbet 6 måneder mellem de to diagnoser, og vi har ikke kunnet imødekomme klagers ønske om endnu en udbetaling. Dette har vi orienteret klager om den 18. december 2008 med fastholdelse henholdsvis den 21. januar 2009 og 1. april 2009 (bilag ..)."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**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.**

…

§ 3. Det fastsættes i gruppelivsaftalen om dækning ved kritisk sygdom ophører, se nedenfor under a) eller om der fortsat er dækning ved kritisk sygdom, se nedenfor under b):

a) Når der er sket udbetaling efter § 8, ophører forsikredes ret til yderligere udbetaling i tilfælde af kritisk sygdom.

b) Når der er sket udbetaling efter § 8, dækker forsikringen ikke længere den eller de diagnoser, der har medført udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Er der sket udbetaling efter § 8 B eller C, dækker forsikringen ikke længere § 8 B og C.

Det er en betingelse for udbetaling af mere end én dækning, at der er forløbet mindst 6 måneder siden sidste dækningsberettigede diagnose blev stillet og tidspunktet for den nye diagnose. Er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes 6-måneders fristen først fra foretaget operation."

Nævnets formand har anmodet selskabet om nærmere at redegøre for karensbestemmelsen, herunder oplyse, hvad der vil gælde, hvis diagnoserne stilles samtidigt. Hertil har selskabet i skrivelse af 20/11 2009 bl.a. anført:

"Bestemmelsen om en karensperiode i stedet for en præmieforhøjelse skete efter konsultationer med vores lægelige konsulenter og Videncenter for Helbred og Forsikring. Der var enighed om, at hvis en person fik stillet nogle af de diagnoser forsikringsbetingelserne omfatter, ville blandt andet komplikationer i forbindelse med behandlingen, give en forøget risiko for, at få stillet en ny diagnose inden for en kortere periode.

Da vi ikke kunne prisfastsætte udvidelsen af forsikringsdækningen, valgte vi i lighed med mange andre selskaber, en karensperiode, som var enkel at forklare og administrere, og som ikke burde opleves som et alvorligt indgreb i forsikredes behov og forventninger.

Til spørgsmålet om hvad der gælder, hvis to diagnoser stilles samtidigt, har FG endnu ikke været i denne situation, men vi er af den opfattelse, at hvis en person får stillet to diagnoser på samme klokkeslæt, vil vi lade forsikrede vælge, hvilken af diagnoserne, der skal udløse en udbetaling."

Nævnet udtaler:
Nævnet finder efter sin gennemgang af sagen ikke grundlag for at kritisere selskabets afgørelse, der findes at være i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann