852/10

Den 22. september 2010 blev i sag nr. 77.706:

xxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der har været omfattet af en gruppelivsforsikring ved kritisk sygdom, klager ved sin repræsentant over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen.

Selskabet henviser til, dels at klageren ikke anmeldte sit krav inden 3 måneder efter forsikringens ophør, dels at kravet er forældet efter den dagældende § 29 i forsikringsaftaleloven.

Klagerens forsikring ophørte den 30/6 2006 i forbindelse med, at han fyldte 67 år. Han fik stillet diagnosen prostatakræft den 23/5 2006 på baggrund af en mikroskopisk undersøgelse.

Ved sin anmeldelse af 2/10 2009 anmodede klageren om udbetaling af gruppesum ved kritisk sygdom. Selskabet afviste at udbetale summen, hvilket blev meddelt ham i skrivelse af 9/10 2009. Det fremgår af skrivelsen, at kravet skulle have været anmeldt senest den 30/9 2006, som er 3 måneder efter forsikringens ophør.

Klageren anførte i skrivelse af 14/10 2009 til selskabet bl.a.:

"Idet der henvises til jeres brev d.9/10 2009 vedrørende kritisk sygdom, skal jeg, som aftalt telefonisk påpege visse fejl ved begrundelserne for afslaget, inden jeg henvender mig til forsikringsankenævnet.
For det første skriver I, at jeg fik konstateret kræft i sommeren 2006. Det er ikke rigtigt. Som jeg har oplyst jer om i mit første brev, hvor jeg har beskrevet hele sygdomsforløbet, begyndte symptomerne i starten af 2006, og sidst i april sendte min læge mig til undersøgelse på … der den 8/5 ved biopsi, stiller diagnosen prostata cancer og yderligere undersøgelser 26/5 og 20/6 bl.a. scanning. Det skal fastslås at alt dette skete, medens jeg var dækket af forsikringen.
For det andet skriver I om en deadline på 3 måneder. Her må jeg påpege, at der i min police med betingelser absolut intet står om en deadline, men en internet adresse, hvor man kan hente betingelserne. Det kan ikke være meningen, at man skal i byen for at hente så vigtige oplysninger. Det bør fremhæves i policen
Det kræver, at man har en computer og kan bruge den. Det ligner, men er værre, når forsikringsselskaber skriver vigtige ting med småt for at slippe for erstatning.
Jeg føler, at jeg gennem årene har betalt til en forsikring med falske forudsætninger, og anmoder om en ændring af jeres afslag så sagen ikke skal gå videre."

Selskabet har i skrivelse af 12/2 2010 til nævnet redegjort for sin stillingtagen således:

"Klager var fra 1. april 1995 omfattet af en gruppelivsaftale, som med virkning fra 1. juli 2000 blev udvidet med forsikring ved kritisk sygdom. Forsikringsbetingelserne for denne del af forsikringen vedlægges som bilag ... Gruppemedlemmer under gruppelivsaftalen modtager forsikringsbetingelser ved indtrædelse i forsikringen samt ved væsentlige ændringer, således også ved udvidelsen 1. juli 2000.

I henhold til forsikringsbetingelserne for gruppelivsforsikring § 2, stk. 1, indeholder gruppelivsaftalen, i det her tilfælde gruppelivsaftale 76002, overordnede bestemmelser. I gruppelivsaftale 76002 bestemmes i § 3, at dækningen ophører ved udgangen af det kvartal, hvor medlemmet fylder 67. år (bilag …).

Det medfører, at forsikringen ophørte 30. juni 2006.

Den 2. oktober 2009 søger klager om at få udbetalt sum ved kritisk sygdom (bilag …).

Krav der kan støttes på forsikringsaftalen, forældes efter forsikringsaftaleloven § 29. Efter forsikringsaftalelovens § 29 - fra før 1. januar 2008 - gælder det for krav der er grundet i forsikringsaftalen, en forældelsesfrist på 2 år fra udgangen af det kalenderår, i hvilket fordringshaveren fik kundskab om kravet og om, at kravet er forfaldet.

Forældelsesfristen i § 29 begynder at løbe, når følgende betingelser er opfyldt:

- klager skal have kundskab om kravet
- kravet skal være forfaldet
- klager skal have kundskab om, at kravet er forfaldet

Kravets forfaldstid i § 29 kan for så vidt angår klagers krav på forsikringsydelsen fastlægges med udgangspunkt i forsikringsaftaleloven § 24, hvorefter forfaldstiden er 14 dage efter det tidspunkt, hvor FG har været i stand til at indhente de nødvendige oplysninger til bedømmelse af kravet eller det tidspunkt, hvor de kendsgerninger der begrunder kravet, er indtrådt. Et eventuelt ukendskab til forsikringens eksistens (faktisk vildfarelse) eller ukendskab til forsik-

ringens dækningsomfang (retlig vildfarelse) udskyder ikke forældelsesfristens begyndelsestidspunkt.

I forbindelse med ansøgningen modtog vi journaloplysninger fra Rigshospitalet (bilag …). Det fremgår af oplysningerne fra Urologisk Ambulatorium på Rigshospitalet fra 24. juli 2006, at klager henvises på grund af formodet klinisk lokaliseret prostatacancer. Der er foretaget biopsi på … Sygehus, og kræftdiagnosen fastslås af Patologisk Afdeling på … Hospital den 23. maj 2006 (bilag …). Det fremgår af bilag …, at klager informeres om diagnose og behandlingsmuligheder den 24. juli 2006 og klager opereres for kræften 24. august 2006.

Det kan herefter slås fast, at de ovennævnte betingelser for anvendelse af forældelsesreglen er opfyldt og kravet er forældet 31. december 2008.

Det gælder også, at hvis et gruppemedlem er udtrådt af gruppelivsaftalen, skal skriftlig anmodning om udbetaling være fremsat overfor FG inden 3 måneder efter udløbet af forsikringstiden, jf. § 6 i bilag ... Ved udløb af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringssummen, der ikke er anmeldt. Det medfører, at retten til udbetaling bortfaldt 30. september 2006.

Baseret på ovenstående, har vi ikke kunnet imødekomme klagers ønske om udbetaling af forsikringssummen. Vores afgørelse er meddelt klager 9. oktober 2009 og 23. oktober 2009 (bilag …)."

Heroverfor har klageren i skrivelse af 18/2 2010 til sin repræsentant bl.a. anført:

"I indledningen skriver FG, at medlemmerne modtager betingelserne ved indtræden og ved væsentlige ændringer.
Jeg har aldrig modtaget andet end FG's forsikringsmeddelelse for Dansk Tandlægeforening med betingelser. Her står absolut intet om en deadline."

Klagerens repræsentant har til nævnet fremsendt kopi af selskabets skrivelse dateret oktober 2005 til klageren, hvoraf bl.a. fremgår, at dækningen ved kritisk sygdom forhøjes pr. 1/1 2006, og at de nye forsikringsbetingelser vedlægges.

Af forsikringsbetingelserne gældende fra 1/1 2006 fremgår bl.a.:

"**§ 6.** Er et gruppemedlem udtrådt af gruppelivsaftalen, eller er gruppelivsaftalen ophørt som følge af opsigelse eller af andre grunde, skal skriftlig anmodning om udbetaling være fremsat over for FG inden 3 måneder efter udløbet af forsikringstiden. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringssummen for kritisk sygdom, der ikke er anmeldt."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen må nævnet lægge til grund, at klageren har modtaget de ovenfor gengivne forsikringsbetingelser, hvorefter anmodning om udbetaling skal være fremsat over for selskabet inden 3 måneder efter forsikringens ophør. Endvidere finder nævnet som ubestridt at måtte lægge til grund, at klageren først anmeldte sit krav mere end 3 måneder efter forsikringens ophør. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til de ovenfor gengivne forsikringsbetingelser.

Herefter, og idet nævnet i øvrigt finder, at klagerens krav - i henhold til den dagældende forsikringsaftalelovs § 29 - er forældet ved udgangen af 2008,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen

udskriften bekræftes

Henning Jønsson