857/10

Den 13. december 2010 blev i sag nr. 78.140:

xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxx x
xxxx xxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der er omfattet af en gruppelivsforsikring med dækning ved kritisk sygdom i Forenede Gruppeliv, klager over selskabets afvisning af at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom.

Selskabet har afvist kravet med henvisning til, at der ikke er tale om en dækningsberettigende diagnose.

Det fremgår af sagen, at klageren den 2/6 2004 ansøgte[6] om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt, idet han efter genetisk testning fik stillet diagnosen Spino Cerebellar Ataksi type1, som er en neurodegenerativ sygdom[3,4].

I journal dateret den 26/5 2004[5] fra sygehusets klinisk genetiske afdeling fremgår bl.a.:

> "Sygdommen er fremadskridende, neurodegenerativ og uhelbredelig. Ligeledes giver den anledning til en livstidsafkortning, hvorfor det er berettiget at patienten indstilles til pension og udbetaling ved kritisk sygdom sidestillet med Alzheimer og muskelsvind. Patienten har 50 % risiko for at have videreført sygdomsgenet til sine børn. Disse skal ikke testes, før de er myndige og kan forstås konsekvensen af et genetisk svar."

Selskabet afviste ved brev af 10/6 2004[7] at udbetale erstatning, idet diagnosen ikke var omfattet af forsikringsbetingelserne.

Klageren var utilfreds med selskabets afgørelse og henviste i sit brev af 20/6 2004[8] til bekendtgørelse om udbetaling af kapitalpension m.v. ved livstruende sygdom.

Hertil svarede selskabet i brev af 21/6 2004[9] bl.a.:

> "Den bekendtgørelse du henviser til, har ikke nogen sammenhæng med forsikringsproduktet 'kritisk sygdom', selv om man umiddelbart skulle tro det.
>
> Bekendtgørelsen regulerer kapitalpensioner, altså pensionsopsparing. Har man en kapitalpension, kan man få den udbetalt før tiden til en lavere afgift, hvis man får diagnosticeret en af de kritiske sygdomme, der er nævnt i bekendtgørelsen.
>
> Summen i vores forsikringsprodukt 'kritisk sygdom', udbetales, hvis man får en af de sygdomme, der er nævnt i forsikringsbetingelserne, og disse betingelser er ikke identisk med de sygdomme der nævnes i bekendtgørelsen.
>
> Du skal med andre ord opfylde vores forsikringsbetingelser, for at få udbetalt summen fra din forsikring her."

Ved brev af 30/8 2004[10] meddelte selskabet, at klageren fra den 31/3 2004 til den 31/12 2004 havde præmiefri dækning.

Den 3/3 2010[12] rettede klageren på ny henvendelse til selskabet med en anmodning om, at selskabet revurderede sagen, hvortil selskabet i brev af 22/3 2010[14] bl.a. svarede:

> "Det fremgår af journaloplysningerne, at du lider af spinocerebellar ataksi.
>
> Det er afgørende for, hvorvidt der kan ske udbetaling, om din sygdom er omfattet af forsikringen. Sygdommen skal være anført på FGs fortegnelse over dækkede sygdomme, og forsikringsbetingelserne skal være opfyldt. Det er således ikke alle sygdomme, som er kritiske for den forsikrede, der giver ret til udbetaling. Forsikringsbetingelserne vedlægges.
>
> FGs forsikring ved visse kritiske sygdomme er baseret på almindelige forsikringsprincipper, således at der kun udbetales, når forsikringsbetingelserne er opfyldt. Hensigten med forsikringen er at give et stort antal forsikrede adgang til dækning ved kritiske sygdomme, primært afgrænsede kræft- og hjertesygdomme. For at forsikringen kan administreres på en fornuftig måde, og der kan fastsættes en lav præmie, er det nødvendigt at afgrænse de dækkede sygdomme Vi har ved forskellige lejligheder udvidet fortegnelsen, men vi har valgt ikke at medtage spinocerebellar ataksi.
>
> Da din diagnose ikke er omfattet af forsikringsbetingelserne, er du ikke berettiget til udbetaling af forsikringssummen, og vi må fastholde vores tidligere afgørelse."

Sagen blev herefter indbragt for nævnet ved klageskema underskrevet den 7/4 2010. Klageren har over for nævnet nedlagt påstand om, at selskabet skal udbetale forsikringssummen ved kritisk sygdom. Til støtte herfor har klageren gjort gældende, at Spino Cerebellar Ataksi type1 kan sidestilles med Alzheimers og muskelsvind[1].

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse[2].

Af forsikringsbetingelserne fremgår:

"**§ 2.** …

Ved en diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i overskrifterne til § 8 A-R. Eksempelvis er § 8 A én diagnose, således at der ikke kan ske udbetaling mere end én gang, selv om forsikrede efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer. Tilsvarende kan der kun udbetales højst én gang under § 8 B, C osv."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen lægger nævnet som ubestridt til grund, at klageren lider af Spino Cerebellar Ataksi type1. Denne diagnose fremgår ikke af forsikringsbetingelsernes § 8.

Da forsikringsbetingelserne udtømmende angiver, hvilke diagnoser der er dækningsberettigende, finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen som sket. Dette gælder også, selv om klagerens sygdom er lige så kritisk som de nævnte sygdomme.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen
formand

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Henning Jønsson