865/11

Den 30. marts 2011 blev i sag nr. 78.760:

xxxxx xxxxxxxx xxxxxx
xxxxxx xxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxxxx x

mod

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

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har været omfattet af en kritisk sygdom dækning via PKA+Pension, klager over selskabets afvisning af at udbetale sum ved kritisk sygdom i anledning af en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har henvist til, at sygdommen - myelomatose - først blev diagnosticeret efter forsikringstidens udløb den 30/10 2009.

Det fremgår af sagen, at klageren i sin ansøgning om udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme har anført, at diagnosen knoglemarvskræft - myelomatose fase II - blev stillet den 28/12 2009.

Af lægeerklæring af 27/4 2010 fremgår bl.a.:

> "Jeg skal hermed bekræfte, at vi 16. december 2009 har fået henvist ovenstående pt. til udredning for blodmangel. Set den første gang den 18. december. Blodprøverne giver mistanke om sygdom i knoglemarven, hvorfor vi 23. december foretager knoglemarvsprøve, der bekræfter mistanke myelomatose, og diagnosen har vi på knoglemarvsundersøgelsen 31. december.
>
> Vi har af henvisning fra egen læge af 16. december kopi af blodprøver fra 24. november 2009 og 9. december 2009. Vi har endvidere dokumentation for, at pt. har konsulteret egen læge og blevet undersøgt for rygsmerter allerede i september 2008, hvor en rtg. undersøgel-

se har vist knoglebrud i TH12. Dette behandlet fra februar til maj 2009 med fysioterapi med god effekt.

Pt.s symptomer fra bevægeapparatet med smerter og træthed har således været tilstede siden efteråret 2008 med en klar forværring de sidste 2-3 måneder forud for henvisning her til daghospitalet, hvor den endelige diagnose mistænkes og verificeres.

Der er således god grund til at tro, at pt.s myelomatose har været på vej i hvert fald i et år forud for diagnosen, hvor hun har haft uspecifikke symptomer fra knogler og træthed som symptom på anæmi og knoglemarvssygdom."

Selskabet har i brev af 27/5 2010 afvist at yde forsikringsdækning, idet det bl.a. er anført:

"Af forsikringsbetingelserne § 9, stk. 1 og 2, fremgår det, at dækningen ved visse kritiske sygdomme udløber ved medlemmets 65. år samt at diagnoser, der stilles efter dækningens ophør, ikke giver ret til udbetaling.

Det er tidspunktet, hvor den dækningsberettigede diagnose bliver stillet, der er afgørende for, om du kan få udbetalt sum ved visse kritiske sygdomme.

Ud fra de oplysninger, vi har modtaget fra Rigshospitalet samt … Hospital, fik du i december 2009 stillet diagnosen knoglemarvskræft. I forbindelse med din ansøgning, oplyste du, at undersøgelserne for knoglemarvskræft blev påbegyndt inden dit 65. år. Endvidere oplyste du, at knoglemarvskræften var i fase II, da den blev konstateret i december 2009, og at dette kan bevise, at sygdommen var til stede på et meget tidligere tidspunkt - altså i forsikringstiden.

Den 30. oktober 2009 fyldte du 65 år, og du var derfor ikke omfattet af gruppeforsikringen på diagnosetidspunktet. Selv om det er sandsynligt, at din sygdom var til stede, inden du fyldte 65 år, opfylder du ikke betingelserne for udbetaling af summen."

Klageren var utilfreds med afgørelsen, og hun har i brev af 1/6 2010 bl.a. henvist til, at myelomatose er en sjælden type kræft, som derfor er vanskelig at diagnosticere:

Selskabet har i brev af 1/7 2010 fastholdt afgørelsen, idet forsikringsbetingelserne ikke giver mulighed for at tillægge det nogen betydning, såfremt sygdommen har været til stede før hendes 65. år, idet det alene er diagnosetidspunktet, der er afgørende.

Over for nævnet har klageren i klage af 19/7 2010 krævet at få udbetalt sum ved kritisk sygdom og har til støtte herfor anført:

"Jeg mener jeg har ret til sum ved kritisk sygdom, da symptomerne allerede startede i foråret 2009 m. stærke smerter i mine knogler og min egen læge sendte mig til diverse undersøgelser.
Det lykkedes først d. 28/12 [2009] at finde frem til diagnosen myelomatose i fase II.
Da myelomatose er en sjælden kræftsygdom er den derfor også vanskelig at diagnosticere."

Selskabet har over for nævnet i brev af 5/8 2010 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

"**Begrundelse**
Klager er medlem af Pensionskassen for Lægesekretærer og var indtil sit fyldte 65. år omfattet af en gruppeforsikring i PKA+. Det fremgår af forsikringsbetingelserne § 9, stk. 1 (Bilag ..), at 'Sum ved visse kritiske sygdomme udbetales, såfremt gruppemedlemmet inden sit 65. år får stillet en diagnose, inden for de i bilag 1 afgrænsede sygdomsområder...'

Det en forudsætning jf. § 9, stk. 3, at diagnosen stilles i forsikringstiden efter forløb af en eventuel karenstid. § 3, c definerer forsikringstiden som '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'. Det betyder således, at det er en betingelse for dækning, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karenstid og inden et medlem er fyldt 65 år. Diagnoser, der stilles efter forsikringsperiodens udløb er ikke dækket af forsikringen

Klager fyldte 65 år den 30. oktober 2009. Jf. ovenfor og jf. forsikringsbetingelsernes § 9 opfylder klager derfor ikke betingelsen om, at hendes diagnose er stillet inden hun fyldte 65 år.
…
PKA skal bemærke, at der til ansøgningsskemaet var vedlagt en sygdomsoversigt (Bilag ..) Af denne fremgår det af forsiden, at en af betingelserne for dækning er, at diagnosen skal være stillet, før medlemmet fylder 65 år.

PKA skal henlede opmærksomheden på bl.a. Ankenævnets sag 76.447, hvor nævnet fandt ikke at kunne pålægge selskabet at yde erstatning, uanset at klageren havde symptomer og at der var indledt undersøgelser i forsikringstiden, men den dækningsberettigende diagnose først blev stillet efter dækningens ophør. Ydermere bemærkede nævnet i denne sag, at 'alle anvender diagnosetidspunktet som tidspunktet for forsikringsbegivenheden, hvilket nævnet ikke finder anledning til at kritisere'.

På denne baggrund er det PKAs opfattelse, at da tidspunktet for klagers diagnose er i december 2009, var klager ikke omfattet af forsikringen. Det forhold, at klagers sygdom sandsynligvis var til stede på et tidligere tidspunkt kan ikke ændre på forsikringsbetingelsernes ordlyd om, at det er diagnosetidspunktet, der er afgørende for, hvornår en sygdom anses for at være stillet.

Konklusion
Klager opfylder ikke betingelserne for udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, da klager på tidspunktet for diagnosen ikke var omfattet af gruppeforsikringen. PKA skal derfor fastholde sin afgørelse."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Først skal du undersøge**
…
• Er diagnosen stillet, før du fyldte 65 år?
…
Hvis du kan svare ja på disse spørgsmål, kan du søge sum ved kritisk sygdom.

…
§ 3. Betydningen af udtryk anvendt i forsikringsaftalen.
…
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.
…
§ 9. 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 § 3 c) og 3 e). Sygdomme, der er konstateret før dette tidspunkt, er ikke dækket. Diagnoser, der stilles efter dækningens ophør, giver ikke ret til udbetaling.
…
§ 13. Udtræden af gruppeforsikringen
Stk. 1. Gruppemedlemmet udtræder af gruppeforsikringen ved udgangen af den måned, hvori gruppemedlemmet fylder 65 år."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at den dækningsberettigende diagnose er stillet den 28/12 2009, hvilket er efter dækningens ophør den 30/10 2009. Uanset at klageren havde symptomer i forsikringstiden kan nævnet ikke derfor pålægge selskabet at yde erstatning.

Nævnet bemærker på den givne foranledning, at alle selskaber anvender diagnosetidspunktet som tidspunktet for forsikringsbegivenheden, hvilket nævnet ikke finder anledning til at kritisere.

5. 78.760

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen

udskriften bekræftes

Henning Jønsson