Ankenævnet for Forsikring

895/12-5

Den 20. august 2012 blev i sag nr. 81.405:

xxxx xxxxx xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxx xxxxxx
xxxxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Industriens Pensionsforsikring A/S
Nørre Farimagsgade 3
1364 København K

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren havde kritisk sygdomsforsikring i Industriens Pensionsforsikring. Hans efterladte ægtefælle klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for en kritisk sygdom.

Forsikringstageren fik den 15/8 2010 en hjerneblødning. Efter at have været indlagt i 14 dage i bevidstløs tilstand, afgik han den 29/8 2010 ved døden. Hans ægtefælle anmodede efterfølgende selskabet om udbetaling af udbetaling af engangssum. Selskabet har afvist med henvisning til, at forsikringstageren ikke ansøgte, inden han afgik ved døden.

Klagerens advokat har i brev af 12/10 2011 til nævnet bl.a. anført:

> "De nærmere omstændigheder i sagen er, at [forsikringstageren] var omfattet en forsikringsdækning hos Industriens Pension i kraft af sit arbejde, herunder dækning vedrørende kritisk sygdom.
>
> Den 15. august 2010 fik han i hjemmet en kraftig hjerneblødning og blev straks pr. ambulance først kørt til … Hospital og derefter til [hospital], hvor han blev indlagt på intensivafdelingen, og hvor han lå i 14 dage, indtil han døde 29. august 2010.
>
> Han var på intet tidspunkt frem til han døde ved bevidsthed.

Efter dødsfaldet modtog … som ægtefælle til afdøde [forsikringstageren] herefter en henvendelse fra Industriens Pension, der havde fået oplyst, at [forsikringstageren] var død, hvilken henvendelse angik udbetaling af dødsfaldssum, opsparingssikret alderssum og rateforsikring ved død.

[Ægtefællen] kontaktede herefter Industriens Pension med anmodning om, at der tillige blev udbetalt forsikringssum ved kritisk sygdom under henvisning til, at hendes mand inden sin død havde pådraget sig en dækningsberettiget hjerneblødning.

Ved brev af senest 7. april 2011 har Industriens Pension afvist dækning under henvisning til, at der er sket anmeldelse efter [forsikringstageren] var død.

Der er derved nærmere henvist til de for forsikringen gældende betingelser, hvor det under § 3, stk. 6, i kapital 5 fremgår, at *'ret til udbetaling af engangssum ved kritisk sygdom bortfalder ved forsikringstagerens død'.* Forsikringsbetingelserne vedlægges som bilag ....

Af betingelserne fremgår det endvidere, at forsikringen omfatter *'E. Slagtilfælde (hjerneblødning/blodprop i hjernen) En akut læsion i hjernen eller rygmarven, som medfører objektive symptomer af mere end 24 timers varighed og med blivende neurologiske udfaldssymptomer i form af lammelser, taleforstyrrelser eller intellektuel reduktion.'*- Der henvises til § 2 angående sygdomsdefinitioner.

Endvidere fremgår det herunder, at *'undtaget fra dækningen er TCI og læsioner i hjernen af mindre end 24 timers varighed',* og det fremgår endelig, jf. § 3, stk. 2, at det er en betingelse for udbetaling, *'at sygdommen er diagnosticeret i forsikringstiden'.*

Til støtte for klagen bliver det gjort gældende, at der er sket rettidig anmeldelse af sygdomstilfældet, idet det i nærværende tilfælde vil stride mod forsikringsaftalelovens § 21 at afskære anmeldelsen efter dækningsberettigedes død.

Det gøres derved nærmere gældende, at [forsikringstageren] pådrog sig en dækningsberettiget hjerneblødning, der samtidig indebar, at [forsikringstageren] ikke var ved bevidsthed indtil han afgik ved døden, og hvorved der ikke af [forsikringstageren] kunne have været foretaget anmeldelse inden han døde.

Da det må forudsættes, at der tidligst skal ske anmeldelse, når dækningsberettigede er bekendt med, at forsikringsbegivenheden er indtrådt, og [forsikringstageren] ikke på noget tidspunkt i tidsrummet indtil han døde var ved bevidsthed og dermed bekendt hermed, bør det for dækning følgelig ikke være et krav, at anmeldelse skulle være sket inden han døde.

Der henvises herunder til Ankenævnskendelse 55.719, hvor en anmeldelsesfrist på 48 timer efter dødsfald blev tilsidesat til fordel for arvinger, der først blev bekendt med fristen efter dødsfaldet, samt i øvrigt også kendelserne 70.481 og 78.685, hvor forholdet i begge tilfælde var det, at dækningsberettigede var bekendt med sygdommen, men hvor der alligevel først blev foretaget anmeldelse efter at de dækningsberettigede var afgået ved døden, hvilke afgørelser således afgørende lægger vægt på, at der var kendskab til forsikringsbegivenheden før dødsfaldene, hvilket ikke tilsvarende gør sig gældende i nærværende sag.

I øvrigt bliver det gjort gældende, at det bør følge af forsikringsvilkårene i sig selv, at der også kan ske anmeldelse i de særlige tilfælde, hvor en hjerneblødning med heraf følgende bevidsthedstab udelukker anmeldelse, idet det er en betingelse for dækning, at sygdomstilfælde ved hjerneblødning har medført objektive symptomer i mere end 24 timer i form af lam-

melser m.v., og hvorved der i vilkårene er indbygget en risiko for at i øvrigt fuld ud dækningsberettigede aldrig opnår dækning som følge af karakteren af symptomerne, hvilket ikke bør komme Industriens Pension til gode.

Den risiko, at forsikringsbegivenheden i sig selv udelukker rettidig anmeldelse, bør med andre ord ikke ligge hos den dækningsberettigede, men hos forsikringsselskabet."

Selskabet har i brev af 22/11 2011til nævnet heroverfor bl.a. anført:

Faktisk sagsfremstilling:
Efter klagerens oplysninger fik [forsikringstageren] den 15. august 2010 i hjemmet en kraftig hjerneblødning og blev straks pr. ambulance kørt til … Hospital og derefter til [hospital], hvor han blev indlagt på intensivafdelingen, hvor han lå i 14 dage, indtil han døde 29. august 2010. Han var efter det oplyste på intet tidspunkt i denne periode ved bevidsthed.

I februar 2010 havde vi sendt en pensionsoversigt til [forsikringstageren] (Bilag …). Det fremgik heraf, at [forsikringstageren] var dækket af en forsikring ved visse kritiske sygdomme med en sum på 100.000 kr.

Den 2. september 2010 sendte Industriens Pension et brev til retten i …, da vi havde fået oplysning om, at [forsikringstageren] var afgået ved døden. Retten til udbetaling af dødsfaldsydelser til de efterladte udløses alene af dødsfaldet, så Industriens Pension interesserer sig ikke for af hvilken grund, medlemmet er afgået ved døden. Det bemærkes endvidere, at vi ikke inden vores brev af 2. september 2010 har registreret nogen indgående eller udgående korrespondance angående dødsårsagen.

Efterfølgende blev vi den 6. september 2010 pr. telefon kontaktet af [forsikringstagerens] enke, ... (Bilag …). Ifølge vores oplysninger orienterede vi hende om sagen og aftalte, at der skulle indsendes vielses-, fødsels- og dåbsattester.

Vi udbetalte derefter den 4. oktober 2010 dødsfaldssum, opsparingssikret alderssum og rateforsikring ved død til boet efter [forsikringstageren]. (Bilag …).

Vi modtog den 3. december 2010 et brev, dateret 1. december 2010, fra advokat …, der klagede over, at vi havde givet enke … afslag på udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme efter sin afdøde mand [forsikringstageren]. (Bilag …). Vi går ud fra, at der med 'afslag' tænkes på telefonsamtalen af 6. september 2010, da dette er den eneste forudgående kontakt, vi har registreret med afdødes slægtninge eller andre.

I brevet (Bilag …) anmodede advokat … om oplysning om, hvornår Industriens Pension fik besked fra [forsikringstagerens] læge om, at [forsikringstageren] havde fået en hjerneblødning og vores præcise dato for brev til enke … Desuden anmodede advokaten om, at Sundhedsstyrelsen sammen med Industriens Pension skulle drøfte, at der i sagen skete en udbetaling i henhold til forsikringen ved visse kritiske sygdomme.

Samme dag besvarede vi henvendelsen. (Bilag …). Vi skrev til advokaten, at dækningen ved visse kritiske sygdomme udbetales til de forsikrede, der har fået stillet en af de diagnoser, der kan give ret til udbetaling ved visse kritiske sygdomme. Derudover forklarede vi, hvad formålet bag forsikringen ved visse kritiske sygdomme er, nemlig at sikre medlemmer, der er blevet alvorligt syge og derfor står i en usikker situation. Da sygdommen medførte, at [forsikringstageren] døde, udbetalte vi de ydelser, der skal sikre de efterladte, og [forsikringstage-

rens] hustru modtog således ca. 800.000 kr. (før evt. skatter og afgifter) fra Industriens Pension.

Vi forklarede også, at Industriens Pensions samarbejde med Sundhedsstyrelsen startede i august 2010, og at formålet med samarbejdet alene at 'få automatisk besked om evt. ret til sum ved visse kritiske sygdomme og huske de forsikrede på, at de har en forsikring ved visse kritiske sygdomme og opfordre dem til at ansøge.

Efterfølgende modtog vi et brev fra advokat …, dateret 9. februar 2010. (Bilag …). Advokaten oplyste, at han havde fået et brev fra souschef i Sundhedsstyrelsen, …, som bl.a. skrev, at Industriens Pension ikke havde anvendt en aktuel kundeliste ved kørslen i september måned 2010. (Bilag …).

Endnu engang anmodede advokaten om, at Industriens Pension foretog en kulancemæssig udbetaling under hensyn til den lange tid, hvor [forsikringstageren] var indlagt bevidstløs fra 15. august 2010 og frem til sin død den 29. august 2010 og det faktum, at hospitalet havde orienteret Industriens Pension om den kritiske sygdom allerede den 18. august 2011.

Ved brev af 7. april 2011 besvarede vi advokatens henvendelse. Vi afviste, at Industriens Pension havde anvendt ikke opdaterede oplysninger, som souschef i Sundhedsstyrelsen … havde oplyst (Bilag …), og vi redegjorde for det korrekte sagsforløb. (Bilag …). Vi oplyste i vores brev, at brevet, sendt til [forsikringstageren] via Sundhedsstyrelsen, var genereret på baggrund af listen den 23. august 2010, og derfor kunne brevet ikke havde været sendt tidligere, og vi beklagede, at advokaten havde fået fejlagtige oplysninger fra Sundhedsstyrelsen.

Den 23. september 2011 modtog vi et nyt brev, dateret 22. september 2011, denne gang ved advokat ... [samme advokatfirma] (Bilag …). Udover en opstilling af sagsforløbet henviste advokat … til støtte for sagen bl.a. til ordlyden af Industriens Pensions forsikringsbetingelser for visse kritiske sygdomme, § 2, litra E, som omhandler slagstilfælde (hjerneblødning/blodprop i hjernen).

Derudover gjorde advokaten gældende, at der er sket rettidig anmeldelse jf. forsikringsaftalelovens § 21, ligesom [forsikringstageren] ikke var ved bevidsthed, inden han afgik ved døden, hvorfor han ikke kunne foretage anmeldelse, inden han døde. Derudover henviste advokaten til Ankenævnets kendelser nr. 55.719, 70.481 og 78.685.

Vi har nu via Ankenævnet modtaget en klage over vores behandling af sagen. Klagen til Ankenævnet er vedlagt stort set enslydende brev, som det Industriens Pension modtog den 23. september 2011 (Bilag …).

Til støtte for vores afgørelse gøres gældende:

- Principalt gør vi gældende, at boet efter [forsikringstageren] ikke har ret til udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, da [forsikringstageren] ikke har søgt om udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme inden sin død den 29. august 2010.

- Det fremgår af forsikringsbetingelserne for visse kritiske sygdomme, § 3, stk. 6, at udbetaling af forsikringen er en <u>personlig ret,</u> der bortfalder ved den sikredes død:

  'Ret til udbetaling af engangssum ved kritisk sygdom <u>bortfalder</u> ved forsikringstagerens død'

  [Forsikringstagerens] ret til udbetaling bortfaldt således den 29. august 2010.

- Endvidere fremgår det på side 7 i medlemspjecen, der sammen med forsikringsbetingelserne og pensionsbeviset udgør aftalegrundlaget for pensionsordningen, at:

  'Retten til sum ved visse kritiske sygdomme, (..) bortfalder ved din død, fordi der er tale om en personlig ret for dig som medlem i levende live. Det betyder, at dit dødsbo ikke får ret til ydelserne, hvis du ikke selv havde søgt om dem, eller hvis du afgår ved døden, før vi har modtaget din ansøgning'.

- Da [forsikringstageren] afgik ved døden den 29. august 2010, og der tidligst ved telefonsamtale af 6. september 2010 mellem enke … og Industriens Pension er anmodet om udbetaling fra forsikringen, er der sket en form for rettidig anmeldelse. Men anmeldelsen er ikke underskrevet af forsikrede selv med fuldmagt til Industriens Pension i forhold til indhentelse af lægelige jf. standard ansøgningsskema. Og retten til udbetaling er bortfaldet, da der var tale om en personlig ret for [forsikringstageren], der ophørte ved hans død.

- Pensionsordningen i Industriens Pension indeholder forskellige dækninger, hvor dækningen ved visse kritiske sygdomme er en af dem. Forsikringen udbetales til personer, der har fået stillet en af de diagnoser, der er nævnt i forsikringsbetingelserne § 2, litra A-N.

- Formålet med forsikringen ved visse kritiske sygdomme er, at den forsikrede selv skal have glæde af pengene i den usikre situation, det er at få diagnosticeret en kritisk sygdom. Det kan være forsikrede ønsker at tage ud at rejse og forsøde tilværelsen efter en hård periode, eller det kan være, at der er behov for ombygninger i hjemmet, fordi den kritiske sygdom medfører et handicap. Det fremgår på side 12 i medlemspjecen, at:

  'Hvis du får en af de visse kritiske sygdomme, der er nævnt nedenfor, kan du have ret til at få udbetalt en skattefri sum fra Industriens Pension. (...) Diagnosen skal være stillet, mens du var dækket af forsikringen. (..) I forsikringsbetingelserne for visse kritiske sygdomme § 2 kan du læse mere om de diagnoser, som skal være stillet, for at du har ret til udbetaling ved visse kritiske sygdomme. (..) Dækningen bortfalder senest, når du fylder 67 år. Den bortfalder forinden, hvis du bliver hvilende medlem, udtræder eller dør (...).'

- Forsikringen ved visse kritiske sygdomme udbetales til forsikrede som en sum, og udbetalingen sker skattefrit. Det er ikke muligt at indsætte en person som begunstiget på forsikringen. Det skyldes, at forsikringen er en personlig rettighed, og derfor ikke opsparer nogen værdi, der kan komme til udbetaling efter den forsikredes død.

- Pensionsordningen i Industriens Pension indeholder udover forsikringen ved visse kritiske sygdomme også invalide-, aldersbetingede- og dødsfaldsydelser. Dødsfaldsydelser udbetales, modsat forsikringen ved visse kritiske sygdomme og invalide- og aldersbetingede ydelser, til de efterladte. Formålet med dødsfaldsydelserne er at kompensere de efterladte for det tab, de lider, som følge af et nærtståendes død. Det er muligt at indsætte en begunstiget til udbetalingen af dødsfaldsydelser.

- Det er ikke hensigten med pensionsordningen, at de efterladte, udover dødsfaldsydelserne, også skal have eksempelvis dækningen ved visse kritiske sygdomme.

- Advokat … har påberåbt sig FAL § 21, da han mener, at det i denne sag vil stride mod denne bestemmelse at afskære anmeldelsen efter [forsikringstagerens] død. Desuden har han henvist til Ankenævnets kendelser nr. 55.719, 70.481 og 78.685. Kendelse nr. 55.719 vedrører anmeldelse i forbindelse med en ulykkesforsikring, og kendelse nr. 78.685 vedrører den situation, at der var underskrevet et ansøgningsskema til udbetaling ved visse kritiske sygdomme, men ansøgningen var først sendt til selskabet efter forsikringstagerens død. Ankenævnet gav i den sidste sag selskabet medhold i, at en afvisning var berettiget. I denne sag foreligger der ikke et af forsikrede underskrevet ansøgningsskema.

- Kendelse nr. 70.481 er efter vores opfattelse relevant, da situation minder om nærværende sag. I sagen gav Ankenævnet, bl.a. på baggrund af en formålsfortolkning bag forsikringen ved visse kritiske sygdomme, forsikringsselskabet medhold i, at det var berettiget at afvise at udbetale forsikringen ved visse kritiske sygdomme. I den i kendelsen konkrete sag afgik forsikrede ved døden i 2005 som følge af en kritisk sygdom, og boet ansøgte selskabet om udbetaling i 2006. (Bilag …). I relation til FAL § 21 fremfører selskabet:

  "Det fremgår af FAL § 21 stk. 1, at når forsikringsbegivenheden er indtrådt, så skal forsikrede uden ophold anmelde sit krav over for selskabet. Bestemmelser i forsikringsbetingelser om, at skader skal være sket i forsikringstiden og anmeldes inden en fastsat frist vedrører netop de skader, der viser sig umiddelbart.
  Forsikringsbegivenheden på en dækning ved kritisk sygdom er (...), at forsikrede får diagnosticeret en kritisk sygdom, der er nævnt i forsikringsbetingelserne. Det ville derfor ikke give nogen mening, henset til formålet med en sådan dækning, såfremt krav kunne rejses af andre på et tidspunkt, hvor den berettigede måtte være afgået ved døden.

  Forsikringsteknisk er der tale om et produkt, hvor det er relativ let at konstatere, hvorvidt forsikringsbegivenheden er indtrådt i forsikringstiden. Det afgørende er, hvornår en diagnose er stillet. Selskabet har en interesse i at have en bestemmelse, der sikrer en objektiv afgrænsning af dets forpligtelser, og det er almindeligt i forsikringsbranchen på disse typer forsikring at have en frist for anmeldelse, der kan synes restriktiv i forhold til andre dækninger.

  Det er herefter vores opfattelse, at anmeldelsesfristen ikke kan anses for at være i strid med FAL § 21.

  Nævnet udtalte derefter:

  'Under hensyn til, hvad selskabet har anført over for nævnet, finder nævnet, at selskabet har været berettiget til at afvise udbetaling til forsikringstagerens dødsbo'.

- Derfor må vi afvise, at det skulle stride mod FAL § 21 at afskære anmeldelse efter forsikrede død, ligesom at risikoen for, at forsikringsbegivenheden i sig selv udelukker rettidig anmeldelse, som advokat … anfører, ikke bør ligge hos Industriens Pension. Det er vores opfattelse, at kravet om, at forsikrede er i live ved anmeldelse af forsikringsbegivenheden, ikke er en anmeldelsesfrist, men en bestemmelse, der har til formål at sikre, at formålet med forsikringen så vidt muligt opfyldes.

- Det er endvidere vores opfattelse, at det er helt normalt, at der er en sådan betingelse for udbetaling af en sum ved visse kritiske sygdomme, og at der således ikke er tale om usædvanlige forsikringsvilkår.

- Industriens Pension har kun, såfremt vi er i kontakt med medlemmet eller pårørende mulighed for at vide, at medlemmer er syge og vejlede dem om eventuelle forsikringsdækninger. Når Industriens Pension modtager automatisk indberetning om, at et medlem er afgået ved døden, har Industriens Pension ikke nogen mulighed for at vide, af hvilken årsag medlemmet er afgået ved døden. I denne sag har vi ikke været bekendte med [forsikringstagerens] tilstand, inden hans død den 29. august 2010.

- Den aftale, der er mellem Sundhedsstyrelsen og forsikringsselskaberne, går på, at forsikringsselskaberne skal generere listerne på dækningsberettigede medlemmer 1 gang om måneden, nærmere bestemt mellem den 20. og 25. i måneden, og herefter sende listerne til Sundhedsstyrelsen. Se beskrivelse på http://www.sst.dk/ IndberetnincY020oa°/020statistik/Landspatientreciisteret/KritiskSvadom/Teknisk°/020baciarund.ascoc. (Bilag …).

- Da [forsikringstageren] blev syg den 15. august 2010, og brevet blev sendt på baggrund af listen genereret den 23. august 2010, kunne brevet til [forsikringstageren] ikke være sendt tidligere.

- Ankenævnets opmærksomhed henledes desuden på, at brevet fra Sundhedsstyrelsen (Bilag …) ikke er noget tilsagn eller en garanti for en ret til udbetaling. Brevet er alene en opfordring til de forsikrede om at 'huske' at søge om udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme. I sidste ende er det det enkelte forsikringsselskab, der afgør, om der er ret til nogen udbetaling. Vi henviser til de nærmere retningslinjer på www.sst.dk/ kritisksygdom.

- Vi gør også gældende, at vi ikke har fået nogen oplysninger fra nogen læger om [forsikringstagerens] diagnose, som det bl.a. påstås i brev af 1. december 2010 fra advokat … (Bilag …). Der er sket en indberetning fra hospitalet til Landspatientregistret. Når der sker en indberetning til Landspatientregistret, er det ikke noget, som kommer til Industriens Pensions kundskab, dels fordi Landspatientregistret ikke kan vide, hvor og om en person er forsikret, dels fordi en eventuel videregivelse af en sådan oplysning ville være en uretmæssig videregivelse af personfølsomme oplysninger. Vi henviser til beskrivelsen af systemet på: http://www.sst.dk/Indberetning% 20oog%20statistik/Landspatientregisteret/KritiskSygdom/Borgerrettet%20information.aspx,hvor der bl.a. står: 'Sundhedsstyrelsen giver ingen oplysninger til forsikrings- og pensionsselskaber om den enkeltes person- eller helbredsforhold, heller ikke oplysninger om, at der er sendt et brev sendes til en forsikret person'. Print af siden er vedlagt. (Bilag …).
- *Såfremt Ankenævnet finder, at boet efter [forsikringstageren] har ret til udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, gør vi subsidiært gældende, at en udbetaling kun kan finde sted, såfremt det lægeligt kan dokumenteres, at [forsikringstagerens] diagnose opfylder § 2, litra E i forsikringsbetingelserne for visse kritiske sygdomme.*

  Af bestemmelsen i forsikringsbetingelserne for visse kritiske sygdomme fremgår det, at:

  E. Slagtilfælde
  (hjerneblødning/blodprop i hjernen) En akut læsion i hjernen eller rygmarven, som medfører objektive symptomer af mere end 24 timers varighed og med blivende neurologiske udfaldssymptomer i form af lammelser, taleforstyrrelser eller intellektuel re-

duktion. Årsagen skal være et infarkt som følge af nedsat eller ophævet blodforsyning til områder i centralnervesystemet, opstået på trombotisk eller embolisk basis, eller en blødning i områder i centralnervesystemet eller dettes hinder, herunder blødning opstået på grund af traume. Undtaget fra dækningen er TCI og læsioner i hjernen eller rygmarven med symptomer af mindre end 24 timers varighed, uanset om der senere ved en skanning kan påvises ar i hjernen.

***Krav:** Diagnosen skal være stillet på en relevant afdeling på et hospital eller sygehus. Industriens Pension kan kræve, at diagnosen bliver bekræftet af en speciallæge i neuromedicin.*

- *Vi har ikke på noget tidspunkt i forbindelse med sagen taget stilling til eller behandlet de lægelige akter. Derfor er vi ikke bekendte med, om det sagsforløb, der af boet er beskrevet om fuldstændig bevidstløshed, og den diagnose, som [forsikringstageren] fik stillet (hjerneblødning), rent faktisk opfylder vores forsikringsbetingelser for visse kritiske sygdomme.*

- *Vi fastholder, at [forsikringstageren] ikke har ansøgt om sum ved kritiske sygdomme, da han var i live, og inden forsikringen bortfaldt som følge af hans dødsfald, og derfor er der ikke ret til udbetaling fra forsikringen."*

Klagerens advokat har i brev af 15/12 2011 til nævnet heroverfor bl.a. bemærket:

"Under henvisning til Ankenævnets brev af 24. november 2011 sender jeg vedlagt indhentet relevant journalmateriale vedrørende afdøde [forsikringstageren].

Med hensyn til indlægget af 22. november 2011 fra Industriens Pensionsforsikring A/S, bemærker jeg, at det bliver fastholdt, at der tidligst skal ske anmeldelse, når forsikringstageren har kendskab til, at forsikringsbegivenheden er indtruffet.

I nærværende sag er forholdet det, at forsikringsbegivenheden indtraf ved den hjerneblødning, der lod afdøde ude af stand til dels at få kendskab til, at forsikringsbegivenheden var indtruffet, dels at foretage anmeldelse.

Under disse omstændigheder bør hensynet til forsikringstagerens interesser veje tungere end formelle hensyn i relation til anmeldelse m.v."

Selskabet har i brev af 4/1 2012 til nævnet heroverfor bl.a. bemærket:

"Vi fastholder, at boet efter [forsikringstageren] ikke har ret til at få udbetalt forsikringen ved visse kritiske sygdomme, da [forsikringstageren] ikke selv har søgt om udbetaling af forsikringen inden sin død. Derfor er det ikke relevant for sagen, at advokat … nu fremsender lægelige oplysninger."

Klagerens advokat har i brev af 9/1 2012 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"Med henvisning til ankenævnets brev af 6. januar 2012 bemærker jeg herved for en ordens skyld til det af Industriens Pension ved brev af 4. januar 2012 fremførte, at de lægelige oplysninger er fremskaffet efter, at Industriens Pension i et forudgående indlæg havde efterlyst disse.

9. 81.405

Med bemærkning om, at de lægelige oplysninger støtter, at afdøde [forsikringstageren] var ude af stand til selv at foretage anmeldelse, har jeg herefter ikke yderligere bemærkninger."

Selskabet har i brev af 12/1 2012 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"Ankenævnets opmærksomhed henledes på, at sagen handler om, at udbetaling af forsikring ved visse kritiske sygdomme er en personlig ret, der bortfalder ved den sikredes død jf. § 3, stk. 6 i forsikringsbetingelserne for visse kritiske sygdomme.

Vi vil gerne præcisere, at vi ikke i vores svarskift til nævnet af 22. november 2011 har efterlyst eller opfordret advokat … til at fremsende os lægelige akter i forbindelse med nærværende Ankenævnssag. Vi har alene under vores subsidiære påstand gjort opmærksom på, at vi ikke på noget tidspunkt i forbindelse med vores tidligere behandling af sagen og de efterfølgende klager har taget stilling til eller behandlet de lægelige akter. Derfor var vi ikke bekendte med, om det sagsforløb, der af boet er beskrevet om fuldstændig bevidstløshed, og den diagnose, som [forsikringstageren] fik stillet (hjerneblødning), rent faktisk opfylder vores forsikringsbetingelser for visse kritiske sygdomme.

Vi fastholder, at [forsikringstageren] ikke har ansøgt om sum ved kritiske sygdomme, da han var i live, og inden forsikringen bortfaldt som følge af hans dødsfald, og derfor er der ikke ret til udbetaling fra forsikringen til boet."

Nævnets flertal udtaler:

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at retten til udbetaling af engangssum ved kritisk sygdom bortfalder ved forsikringstagerens død. Under hensyn til ydelsens personlige karakter finder nævnets flertal ikke anledning til at kritisere selskabets afgørelse og tilsidesætte forsikringsbetingelserne på dette punkt.

Nævnets mindretal finder, at selskabet ikke har været berettiget til at fastsætte vilkåret, da der reelt er tale om en anmeldelsesfrist, der er i strid med forsikringsaftalelovens § 21 og § 29, stk. 6.

Afgørelsen træffes efter stemmeflertallet.

10. 81.405

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand