Ankenævnet for Forsikring

901/12

Den 15. oktober 2012 blev i sag nr. 81.991:

xxx xxxxxxxxxxx
xxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxx xx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren var omfattet af en gruppelivsforsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Hun klager over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen i forbindelse med, at hun har fået diagnosticeret dissemineret sclerose.

Det fremgår af sagen, at klageren var omfattet af 2 gruppelivsforsikringer i selskabet med dækning ved visse kritiske sygdomme.

Selskabet har udbetalt forsikringssummen i henhold til gruppelivsforsikringen med aftalenr. 6… Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen i henhold til gruppelivsforsikringen med aftalenr. 9… med henvisning til, at klagerens forsikringsdækning var ophørt på diagnosetidspunktet. Selskabet gør bl.a. gældende, at forsikringsdækningen ophørte den 30/11 2009, da klageren fratrådte sin stilling.

Den 26/2 2009 var klageren til undersøgelse på neurologisk afdeling. Af klagerens patientjournal af 26/2 2009 fremgår bl.a.:

"**Konklusion:**
Således normal undersøgelse.
Hun har som sagt fået at vide, at det kunne hænge sammen med dissemineret sklerose. Jeg meddeler hende, at en sådan hvid plet, som man kan se, kan være det, man ser ved disse-

mineret sklerose. For at kunne stille denne diagnose er det dog nødvendigt med tilbagevendende symptomer."

Efterfølgende var klageren til en række undersøgelser, herunder rygmarvsæskeundersøgelse og MR-scanning. Af patientjournal af 24/8 2009 fremgår bl.a.:

"Kommer til svar på rygmarvsvæsken, hvor der er negativ borrelia antistof. Der er negativ NMO-antistof.
Herudover er der foretaget fornyet MR-skanning af cerebrum, med kontrast og der er ikke nogen opladning eller ændring i forandringerne. Der er således fortsat en medullær forandr. ud for C4 og nogle få forandr. cerebralt, som tilsyneladende ikke har givet sympt.
Man kan ud fra det foreliggende således ikke stille nogen mere endelig diagnose, men kan starte en behandling med Betainterferon,
som er den medicin man giver til folk med DS.
Hun er umiddelbart ikke interesseret i at vi starter denne medicin."

Af patientjournal af 6/11 2009 fremgår bl.a.:

"Kommer til svar på sidste MR-skanning af cerebrum, som viser uændrede forhold.
Hun har måske mærket let progression af forstyrrelsen i ve. ben, i form af at det er lidt mere besværligt at få det med når hun løber, men hun kan stadigvæk klare 4-5 km løb. Hun synes dog ikke at det går helt så automatisk som det gjorde før sommerferien. Efter dette holdt hun dog en lille pause med løb.
Hun har ikke nogen nye symptomer.
Hvad selve diagnosen angår, må man sige, at det allerede fra første neurologiske vurdering, er beskrevet som et symptom i form af at hun mærkede udtrætning også i ve. ben fra starten. Hendes primære symptomer var i ve. arm. Dette gør at man kun kan tale om et symptom, således opfyldes ikke de sædvanlige kriterier, hvor man kan stille yderligere diagnose, end demyelinisering.
Man må med sidste MR-skanning som er uændret sige, at det virker meget fredeligt, der er ikke tegn til aktivitet."

Den 30/11 2009 fratrådte klageren sin stilling.

Af patientjournal af 30/6 2011 fremgår bl.a.:

"Hun får besked om, at MR-skanningen foretaget i … den 29.06.11, beskrevet af overlæge … viser mindskning af det man har kunnet vise tidligere, og vi er således enige om dette, da jeg gennemgik billederne i går. Således må man på denne baggrund sige, at der ikke er støtte til mistanken om en svulst. Man må i stedet sige, at der er tale om nyt udbrud af sygdommen dissemineret sclerose og man kan nu starte immunmodulerende behandling herfor."

I juli 2011 anmodede klageren selskabet om udbetaling af forsikringssummen. Selskabet udbetalte derefter forsikringssummen i henhold til gruppelivsforsikringen med aftalenr. 6… Ved mail af 11/8 2011 rykkede klageren selskabet for udbetaling af summen i henhold til gruppelivsforsikringen med aftalenr. 9… og oplyste endvidere bl.a.:

3. 81.991

"Jeg har fået meddelelse om, at I udbetaler 80 tkr. ved aftale nr. 6…

Det er jeg selvfølgelig glad for, men jeg plejer at have 2 forsikringen (kritisk sygdom) på min dækningsoversigt i pensionsinfo. Den anden dækning forsvandt dog kort tid efter, jeg havde bedt jer om udbetaling."

Hertil har selskabet i mail af 12/8 2011 til klageren bl.a. bemærket:

"Det er korrekt at du udover at være forsikret via Finans Forbundet også har haft en forsikring via dit ansættelsesforhold.
Denne forsikring er stoppet den 1. juli 2011 da du pr. denne dato er fratrådt.

Jeg vil bedet dig indsende en anmeldelse på GL-9…

I forlængelse heraf har selskabet i brev af 14/9 2011 til klageren bl.a. anført:

" eg henviser til din ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme samt til mails og telefonsamtaler.

Fra [tidligere arbejdsgiver] har jeg fået oplyst, at du er fratrådt dit ansættelsesforhold den 31. november 2009 - hvilket vil sige, at dækningen ved kritisk sygdom i dit tilfælde ophørte denne dato.

Ifølge de vedlagte forsikringsbetingelsers § 2, stk. 1, er det en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden.

Under henvisning til ovennævnte er du ikke omfattet af gruppelivsordningen GL-9… på diagnosetidspunktet, og er dermed ikke berettiget til udbetaling.

Jeg skal beklage, at jeg på mail har oplyst dig, at du via dit ansættelsesforhold havde en forsikring som stoppende den 1. juli 2011 - dette er en fejl. Du har via telefonsamtale bekræftet at du stoppede dit ansættelsesforhold i 2009 og [tidligere arbejdsgiver] har efterfølgende også bekræftet dette på ansøgningen og via telefonsamtale.

Vedrørende Pensionsinfo - Det fremgår på Pensionsinfo, at der kan forekomme fejl i informationerne. Oplysningen om, at du havde to gruppelivsforsikringer kan derfor ikke anvendes som krav overfor FG, men må anses som vejledende."

Klageren var utilfreds med denne afgørelse, hvilket hun meddelte selskabet i mail af 1/10 2011. Efterfølgende fulgte yderligere korrespondance mellem parterne, hvilket dog ikke førte til enighed.

I klageskema af 1/2 2012 har klageren bl.a. anført:

"1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …
Ultimo 2008 bliver jeg 'syg' og bliver undersøgt for symptomer på Dissemineret sklerose (DS). Flere undersøgelser peger på DS og pga mine symptomer bliver jeg tilbudt DS medicin. Da jeg ikke har helbred til at fortsætte mit arbejde som …, vælger jeg at søge en fratrædelsesaftale. Inden jeg fratræder snakker jeg med … (overlæge på sklerose klinikken) om anmeldelse

af min sygdom, men han fortæller mig at han først endelig kan stille diagnosen DS, når jeg har haft 2 attaks. Jeg undersøger derfor ikke forsikringsbetingelserne hos FG. Efter min fratrædelse bliver jeg bl.a. kontaktet fra Tryg om, at min sundhedsforsikring udgår. Jeg vælger at overtage den privat. Jeg holder mig orienteret via netbank/pensionsinfo om mine personlige forsikringsdækninger. Jeg ved fra mit arbejde som …, at pensionsinfo er et rigtig godt redskab og vi ville hellere have kundernes udskrift fra pensionsinfo end deres papir-dækningsoversigter, når vi skulle rådgive kunderne om deres dækninger. Jeg hører ikke på noget tidspunkt fra [tidligere arbejdsgiver] eller FG om, at min forsikring nr. GL-9… udgår ved fratrædelse.
Ca. 1 år efter min fratrædelse bliver jeg kontaktet af [tidligere arbejdsgiver]. De har ikke fået besked fra … om, at jeg er fratrådt (hvilket de plejer at få ved fratrædelser). De reagerer fordi der ikke længere indgår penge på min pensionsordning. … siger heller ikke noget til mig, om at min FG forsikring er/burde være udgået.
…
Jeg ved, at [tidligere arbejdsgiver] har glemt at give besked om min fratrædelse, og at det måske er årsagen til, at forsikringen ikke er blevet slettet. Men [tidligere arbejdsgiver] og FG er professionelle parter - når man laver en fejl er det vel kun rimeligt, at man erkender den og i det her tilfælde, udbetaler min forsikringssum.
For mig handler der jo ikke 'kun' om 150 tkr., men også om min fremtidige forsikringsdækning. Jeg har jo ikke i dag mulighed for at tegne en ny forsikring mod kritisk sygdom.
…
Hvis jeg, ved min fratrædelse, havde fået at vide at GL-9… ville udgå ved fratrædelse, så kunne jeg have tilslutte mig en pensionsordning ved min nye arbejdsgiver. Dette undlod jeg, da jeg dels troede jeg var godt dækket og dels havde brug for at få hele lønnen udbetalt, da jeg gik meget ned i løn.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
Jeg forventer at få 150 tkr. (og gerne et tilbud om at overtage forsikringen privat, så jeg også fremover har den forsikringsdækning jeg altid har troet jeg havde)."

Dertil har selskabet i brev af 23/2 2012 til nævnet bl.a. bemærket:

"Det gøres gældende:

1) at klager først fik stillet diagnosen dissemineret sklerose efter ophør af forsikringstiden 30. november 2009.

2) at klager anmodede om udbetaling af forsikringssummen efter udløbet af tidsfristen på 6 måneder, jf., § 6 i bilag ….

Ad 1)
Det fremgår af § 2 stk. 1 i bilag …, at en dækningsberettiget sygdom skal diagnosticeres i forsikringstiden. Det fremgår også af § 2, stk.1, at 'Diagnoser, der stilles efter forsikringstidens udløb, er ikke dækket af forsikringen'.

I § 1 i bilag … er anført, at gruppelivsforsikringen dækker samtlige medarbejdere, der er forsikringsberettigede i henhold til gældende aftale mellem FA/Finansforbundet og FG, og at det er en forudsætning for udbetaling af sum ved kritisk sygdom, at diagnosen stilles i forsikringstiden. I § 3 i samme bilag fremgår, at dækningen ophører ved fratrædelse af et FA-selskab. Det betyder i klagers tilfælde, at dækning ved kritisk sygdom ophørte 30. november 2009.

Det fremgår af § 8 i bilag …, at det er virksomheden, i den konkrete sag [tidligere arbejdsgiver], der sørger for information til de forsikrede. FG fører ikke selvstændig registrering af de forsikrede under aftalen i forbindelse med til- og afmelding til aftalen. Denne registrering foretages af HR afdelingen i [tidligere arbejdsgiver]. Det er ligeledes [tidligere arbejdsgiver] der giver information til Pensionsinfo.

Klager søgte den 16. august 2011 om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt (bilag …), fordi klager havde fået konstateret dissemineret sklerose. Klager havde tidligere fået udbetalt sum ved kritisk sygdom på gruppelivsaftale 6… via Finansforbundet, da klager fortsat var omfattet af denne aftale se bilag …

Til brug for vurderingen af om diagnosekravene var opfyldt som beskrevet vedrørende ansøgning via Finansforbundet, modtog vi journalmateriale fra Neurologisk Afdeling, … hospital for perioden 20. maj 2011 til 20. juli 2011. Journalen vedlægges som bilag ...

Det fremgår af oplysningerne i bilag … i notat af 20. maj 2011, at klager blev fulgt i Sklerosekliniken efter debut af symptomer fra venstre side nogle år tidligere. Der var mistanke om 1. attak i en sklerose, men diagnosen var ikke blevet stillet. Indlæggelsen i maj 2011 skete på baggrund af mistanke om tumor i hjernen. Som led i udredningen blev der foretaget MR-scanning af hjernen.

I notat fra 30. juni 2011 fremgår, at MR-scanningen viste, at det ikke drejede sig om en tumor i hjernen, men om et nyt udbrud af sygdommen dissemineret sklerose og man kunne derfor opstarte behandling med immunmodulerende medicin. I notat fra 20. juli 2011 blev det konkluderet, at ud fra de typiske forandringer på MR-scanningen, kunne man stille diagnosen dissemineret sklerose.

Det kan således konkluderes, at klager først 20. juli 2011, og efter forsikringstidens ophør den 30. september 2009 [november], opfyldte diagnosekravene i forsikringsbetingelsernes § 8 H, Dissemineret sklerose.

Ad 2)
I § 6 i bilag … fremgår, at hvis forsikrede er udtrådt af gruppelivsaftalen, skal skriftlig anmodning om udbetaling være fremsat overfor FG inden 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringssummen for kritisk sygdom, der ikke er anmeldt.

Som oplyst i bilag …, var klager udtrådt af forsikringen 30. september 2009. Det betyder, at fristen for anmeldelse af krav udløb 31. marts 2010.

Vi modtog klagers anmeldelse 24. august 2011, jf. bilag …, som er efter anmeldelsesfristens udløb den 31. marts 2010.

Det kan således konkluderes, at klager anmeldte sit krav efter udløbet af tidsfristen i § 6 i bilag … og retten til udbetaling var dermed bortfaldet på anmeldelsestidspunktet.

På baggrund af ovenstående har vi ikke kunnet imødekomme klagers ønske om udbetaling …"

Klageren og selskabet er fremkommet med yderligere bemærkninger i breve af 6/3 og 9/3 2012 til nævnet.

6. 81.991

Af gruppelivsaftalen fremgår bl.a.:

"***§ 1.***
Hvem er omfattet af forsikringen
Gruppelivsaftalen omfatter samtlige medarbejdere, der er forsikringsberettigede i henhold til gældende aftale mellem FA/Finansforbundet og FG, forudsat de pågældende ved optagelse i forsikringen er fuldt arbejdsdygtige.
…
Kritisk sygdom: Hvis et gruppemedlem inden udgangen af den måned, hvor de pågældende fylder 70 år, pådrager sig en kritisk sygdom som angivet i de vedhæftede særlige forsikringsbetingelser - udbetales en forsikringssum - jfr. aftalens § 2.
…
Det er en forudsætning for udbetaling, at diagnosen stilles i forsikringstiden.

§ 3.
Indtrædelse og udtrædelse
Dækningen er virksom, når betingelserne i Gruppesikringsregulativet berettiger til gruppelivsforsikring. For tilsluttede grupper indtræder dækningen ved tilmeldelsen af grupperne. Gruppemedlemmers indtrædelse og udtrædelse meddeles til FG med anførelse af navn, cpr. nr.

Dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor Gruppesikringsregulativets bestemmelser ikke længere er opfyldt. For tilsluttede grupper ophører dækningen ved fratrædelsen fra et FA-selskab eller udtræden af gruppen i øvrigt. Gruppemedlemmer, som er tilmeldt i medfør af § 1, tredje stk., udtræder tillige af dækningen samtidig med udtrædelsen af Finansforbundet.
…
§ 8.
Forsikringsoversigt
FG sørger for information til de forsikrede via de enkelte virksomheder."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 2.** Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karensperiode. Forsikringstid og eventuel karensperiode fremgår af gruppelivsaftalen. Diagnoser, der stilles efter forsikringstidens udløb, er ikke dækket af forsikringen.
…
§ 6. Er forsikrede 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 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af forsikringssummen for kritisk sygdom, der ikke er anmeldt.
…
§ 8. Ved kritisk sygdom forstås:
…
H. Dissemineret sklerose.
En kronisk sygdom, der klinisk er karakteriseret af gentagne attakker med neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af centralnervesystemet.

7. 81.991

Diagnosen skal dokumenteres ved en eller flere veldefinerede episoder (attakker) af symptomer eller fremadskridende forløb, som må henregnes til disseminеret sklerose, og være bekræftet ved mindst en af følgende tre undersøgelser:

- Forhøjet IgG indeks eller oligoklonale bånd i spinalvæsken.
- Forlænget latens ved VEP (ikke tilstrækkeligt, hvis der klinisk kun er affektion af nervus opticus).
- Typiske forandringer ved MR-scanning af centralnervesystemet, med multiple affektioner af den hvide substans.

Krav: Diagnosen skal ære stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge."

Nævnet udtaler:

Diagnosen er efter nævnets opfattelse tidligst stillet den 30/6 2011. I henhold til forsikringsbetingelserne ophørte dækningen ved sikredes fratræden fra sin stilling den 30/9 2009. Allerede fordi diagnosen først er stillet efter forsikringens ophør, finder nævnet ikke anledning til at kritisere selskabets afgørelse. At dækningen har fremgået af Pensionsinfo kan ikke føre til andet resultat, allerede fordi fejlen ikke skyldes det indklagede selskab.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand