Ankenævnet for Forsikring

905/12

Den 5. december 2012 blev i sag nr. 83.026:

xxxxxx xxxxxxxx xxxxxxx
xx xxxxxxxx xx
xxxx xxxxxx x

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstagere har kritisk sygdomsforsikring i Forenede Gruppeliv. Hun klager over selskabets afvisning af at yde dækning i forbindelse med hendes kræftsygdom.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at diagnosen blev stillet efter forsikringens ophør, samt at klageren foretog anmeldelse til selskabet senere end 6 måneder efter udløbet af forsikringstiden.

I sin klage til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "Min Forenede Gruppelivsforsikring har afslået min ansøgning om udbetaling for kritisk sygdom, da de mener at min kræft først er konstateret efter jeg er fyldt 67 år, hvorfor jeg falder udenfor aldersreglerne for udbetaling. Det er jeg selvfølgelig dybt uenig i, da jeg har haft kræften langt tid før jeg fyldte 67 år, hvilket jeg redegør for herunder samt i vedlagte dokumenter.
> Jeg har kort fortalt været syg og uarbejdsdygtig siden 1997, hvor de første symptomer for alvor opstod. Siden dengang er min sygdom blot blevet forværret, til stor gene for mig selv og min familie, indtil jeg i 2011 for anden gang bliver opereret for kræft ved bugspytkirtlen. I dag går jeg stadig til behandling, og får Ipstyl, hvilket måske kunne være undgået hvis jeg var blevet behandlet for kræften længe før. Igennem den lange årrække har jeg været kastebold i systemet og fået talrige (u)nødvendige undersøgelser og behandlinger, hvor kræften blot har forværret min tilstand. Det er derfor dybt utilfredsstillende og frustrerende at få afslag fra Forenede Gruppeliv, når kræften har været til stede alle år fra 1997. At jeg ikke er blevet taget seriøs af de talrige læger igennem årene, er i ligeså høj grad frustrerende og utilfredsstillende, for så kunne jeg være blevet behandlet for kræften meget tidligere. Som det kan ses af vedlagte dokumenter, og ikke mindst dokumentet fra min nuværende kræftlæge …, er der sket en del fejl af sundhedssystemet undervejs, og da det har været kræft hele tiden, er det

stærkt utilfredsstillende at få afslag fra Forende Gruppeliv, hvorfor jeg håber I kan hjælpe mig med at få omgjort den beslutning, så jeg kan få erstatning via kritisk sygdom."

Ved brev af 25/9 2012 til nævnet har selskabet hertil bl.a. bemærket:

"Klageren var fra 1991 til 30. september 2009 omfattet af en gruppelivsforsikring med dækning ved kritisk sygdom (bilag …).

Det fremgår af bilag …, at klager søgte om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom 1. juni 2011. Af den medsendte journal fra … Universitetshospital fremgår, at klager havde fået diagnosticeret kræft i 2010.

Det gøres gældende, at
1. diagnosen blev stillet efter forsikringstidens ophør
2. anmeldelsesfristen på 6 måneder er overskredet

Ad 1)
Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt. Det står i § 2, stk. 1 i bilag …, som er forsikringsbetingelserne for dækning ved kritisk sygdom, at det er en betingelse for udbetaling, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden.

I § 1 i bilag … - som er uddrag af ovennævnte gruppelivsaftale, er anført, at hvis et gruppemedlem inden det fyldte 67. år pådrager sig en kritisk sygdom som angivet i de vedhæftede særlige forsikringsbetingelser (bilag …) - udbetales en forsikringssum. Det fremgår også, at det er en forudsætning for udbetaling, at diagnosen stilles i forsikringstiden.

Det står i § 3 i bilag …, [gruppelivaftale] at dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor gruppemedlemmet udmelder sig af Finansforbundet, dog senest ved udgangen af den måned, hvor pågældende fylder 67 år.

Det betød for klager, at dækningerne under gruppelivsforsikringen ophørte 30. september 2009.

Diagnosekravet der skal være opfyldt for at få sum ved kritisk sygdom udbetalt under § 8 A Kræft, er:

- Ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteristisk ved ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser). [...].
- [...].
- Krav: Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller biopsi heraf vurderet af speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).

I journaloplysningerne fra … Universitetshospital (bilag …) fremgår, at klager 25. marts 2010 blev henvist dertil af praktiserende læge pga. abdominalia (mavesmerter). Klager var blevet CT skannet og man havde konstateret en tumor. Der blev planlagt kikkertundersøgelse af maven (LAP/LUS) med fjernelse af tumor, hvis muligt. Kikkertundersøgelsen blev foretaget 17. maj 2010 og tumor blev fjernet under undersøgelsen.

Det fremgår af den histologiske undersøgelse fra Afdeling for Klinisk Patologi, … Universitetshospital (bilag …), at den efterfølgende patologiske undersøgelse af den fjernede svulst viste 9. juni 2010, at diagnosen var kræft (pancreatisk højtdifferentieret neuroendokrint karcinom).

Det kan herefter konstateres, at diagnosen under § 8 A blev stillet efter forsikringstidens ophør 30. september 2009.

Ad 2)
Det fremgår af § 6 i bilag …, at hvis forsikrede er udtrådt af gruppelivsaftalen, 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.

Som ovenfor anført, ophørte dækningerne under gruppelivsforsikringen 30. september 2009. Det betyder, at tidsfristen for anmeldelse af krav udløb 31. marts 2010. Anmeldelsesfristen på 6 måneder er derfor overskredet og retten til udbetaling bortfaldet.

Vi må på den baggrund fastholde vores afgørelse om, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen."

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."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet at måtte lægge til grund, at klageren først den 9/6 2010 - det vil sige efter hun var fyldt 67 år - fik stillet den dækningsberettigende diagnose. Da klageren på dette tidspunkt ikke længere var omfattet af dækningen ved kritisk sygdom, kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse.

Dækning ved kritisk sygdom knytter sig entydigt til diagnosetidspunktet, og selv om diagnosen kunne være stillet på et tidligere tidspunkt, kan dette ikke føre til et andet resultat.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand

udskriften bekræftes

Henning Jønsson