Ankenævnet for Forsikring

912/13

Den 2. april 2013 blev i sag nr. 83.040:

xxxxx xxxxxxxx
xxxxxxx xxx xxxxx
xxxx xxxxxxxxx x

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren havde forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen for en anmeldt kritisk sygdom - en tumor i form af et acusticusneurinom.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen bl.a. med henvisning til, at klageren fik stillet diagnosen, inden forsikringen trådte i kraft den 1/4 2000.

Det fremgår af sagen, at klageren den 26/4 1999 blev opereret. Af hans patientjournal af 26/4 1999 fremgår bl.a.:

> "Bueformet incision over hø. øre, m. temporalis spaltes. Der fræse 4 x 4 cm åbning i kraniet over hø. tindingeben. Dura løsnes fra tindingebenets overside, man identificerer n. petrosus superficialis major og superiore buegang. Herefter bores indre øregang fri.
> Der er nu fri adgang til den cerebello pontine vinkel, tumor er betydelig større end man umiddelbart kan se på CT-skanningen. N. facialis isoleres og dissekeres fri af tumors overflade, tumor fjerens herefter i større og mindre stykker. N. cochlearis er ladet urørt.
> Hæmostasen sikres, en muskelklump placeres i åbningen i tindingebenet, små åbninger til mellemøret dækkes med knoglevoks. Spongostykker placeres over temporallappen, og den udtagne knoglefirkant replaceres."

Af patientjournal af 8/5 2000 fremgår bl.a.:

> "Møder til 1-års-kontrol efter højresidig fossa mediaoperation. Alt i alt går det godt, det eneste problem nu er, at der stadig er lidt træthed og koncentrationsbesvær, men dette er dog blevet bedre. Der er fuld facialisfunktion(HB1) og ingen svimmelhed.

Endvidere en smule tinnitus, som kun generer marginalt."

Af patientjournal af 3/4 2002 fremgår bl.a.:

"Pt. kontakter os telefonisk, er lidt bekymret fordi han til et foredrag vedr. acusticus neurimo har hørt, at man altid MR-kontrol. ope.feltet efter ope.
Pt. er bekymret for, om der er recidiv at tumor."

Af patientjournal af 4/6 2002 fremgår bl.a.:

"Pt. har fået foretaget kontrolskanning efter fossa media fjernelse af det hø.sidig neurinorn og der er tilsyneladende lille rest på 3 mm.
Pt. orienteres om, at det er sjældent at vi ser små rester efter neurinomkirurgi og at disse erfaringsmæssigt yderst sjældent vokser.
Vi aftaler ny MR-skanning om 2 år."

Det fremgår af sagen, at klageren efterfølgende blev MR-skannet i 2004, 2006 og 2008.

Af patientjournal af 12/6 2010 fremgår bl.a.:

"Pt. møder til skanningskontrol 2 år efter sidste skanning på grund af en tumorrest.
Ved sidste skanning d. 04.05.10 er der uændret lille rest på omkring 5 mm.
Aud. i dag viser noget forværring af hørelsen.
Vi aftaler rp. ny MR-skanning om 3 år."

I klageskema af 10/8 2012 kræver klageren, at selskabet skal udbetale forsikringssummen. Han gør endvidere gældende, at selskabet skal anerkende, at han fortsat er dækket af 2 forsikringer med dækning ved kritisk sygdom i henhold til 2 af sine andre gruppelivsordninger i selskabet.

Dertil har selskabet i brev af 11/9 2012 til nævnet bl.a. bemærket:

"Klageren var fra 1. maj 1989 og frem til 30. april 2004 ansat i … Kommune. Under ansættelsesforholdet, var klager omfattet af ovenstående gruppelivsaftale med fuld dækning. Gruppelivsaftalen blev udvidet 1. april 2000 til også at omfatte dækning ved kritisk sygdom. Den 30. april 2004 fratrådte klager sin stilling, og klager overgik til egenpension fra 1. maj 2004 (bilag …).

I henhold til forsikringsbetingelser for gruppelivsforsikring (bilag …) § 2, stk. 1, indeholder gruppelivsaftalen overordnede bestemmelser om de gruppelivsberettigede, disses indtræden og udtræden af ordningen, samt forsikringsdækningernes omfang.

I bilag … fremgår det endvidere af § 3, pkt. d), at forsikringstiden omfatter perioden fra gruppemedlemmets indtræden under gruppelivsaftalen og indtil udtræden sker efter forsikringsaftalens bestemmelser.

3. 83.040

I vedlagte uddrag af gruppelivsaftalen (bilag …) står det i § 1 A, at tjenestemænd som er fratrådt deres stilling med egenpension fra kommunen eller regionen, fortsat er forsikret med reduceret dækning ved død. Dækningen udgør 50 % af de i § 2 angivne dødsfaldssummer og 100 % børnesummer. Det fremgår også af § 1, at gruppemedlemmer under § 1 A (tjenestemandspensionister) ikke kan opnå præmiefritagelse efter forsikringsbetingelsernes § 12 i bilag C.
Det betyder, at klagers dækning ved kritisk sygdom ophørte 30. april 2004 og den fortsatte dækning kun udgør reduceret dødsfaldsdækning frem til 67 år.

Det fremgår af bilag …, at klager søgte om at få udbetalt sum ved kritisk sygdom 14. marts 2012, fordi klager havde fået diagnosticeret et acusticus neurinom i 1999. Klager har ikke på tidligere tidspunkt søgt om udbetaling af forsikringssummen og ansøgningen fra 14. marts 2012 er således ikke en genoptagelse af tidligere sag, som ellers oplyst af klager i klageskemaet.

Diagnosekravet der skal være opfyldt for at få sum ved kritisk sygdom udbetalt under § 8 G. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv, er:

(forsikringsbetingelserne som var gældende henholdsvis på diagnosetidspunktet i 1999 og på tidspunktet, hvor gruppelivsaftalen blev udvidet med dækning ved kritisk sygdom i 2000, vedlægges som bilag …)

'Godartede svulster i hjerne og rygmarv eller disse organers hinder, som ikke har kunnet fjernes helt ved operation, eller som efter operation efterlader følgetilstande i nervesystemet, der medfører en invaliditetsgrad på mindst 30 % efter en af Arbejdsskadestyrelsen udarbejdet tabel (méntabel 1996).

Forsikringssummen udbetales først, når følgetilstanden kan vurderes.'

For at vurdere om diagnosekravet var opfyldt som beskrevet og på hvilket tidspunkt, modtog vi journalmateriale fra øre-næse-hals Afdeling, … Hospital (bilag …).

Det fremgår af bilag …, at klager blev indlagt på øre-næse-hals Afdelingen ... april 1999, efter at en MR skanning havde vist en ekstrameatal tumor - godartet tumor. 26. april 1999 fik klager fjernet tumor. Ved tremåneders kontrol efter operation 5. august 1999, var klager velbefindende, med normal facialisfunktion, og audiometri viste uændret hørelse svarende til før operationen. Ved etårs kontrol 8. maj 2000 var klager velbefindende på nær lidt træthed, koncentrationsbesvær og tinnitus, som var på retur.

Det fremgår af bilag …, at klager fik foretaget kontrol MR skanning 28. maj 2002. Kontrolskanningen blev iværksat efter at klager var blevet oplyst under et foredrag, at den operationsmetode der blev benyttet til fjernelse af klagers tumor, gav øget risiko for resttumor. Skanningen fra 28. maj 2002 viste, at der var efterladt en resttumor eller opstået et recidiv efter operationen 26. april 1999. Klager blev informeret om, at der var tale om resttumor 4. juni 2002, se bilag ...

Det er derfor vores opfattelse, at diagnosekravet under § 8 G var opfyldt 26. april 1999, da det ikke er tidspunktet for konstatering af resttumor der er afgørende for erstatning, men tidspunktet hvornår der er efterladt resttumor - nemlig under operationen 26. april 1999. En resttumor kan ikke opstå på et senere tidspunkt.

Som ovenfor nævnt, blev gruppelivsaftalen først udvidet til også at omfatte dækning ved kritisk sygdom 1. april 2000, og klagers diagnose blev derfor stillet inden forsikringstidens begyndelse for dækningen.

Hvis Ankenævnet lægger til grund, at MR skanningen fra 28. maj 2002 viste, at der var tale om opstået recidiv af tumor, er diagnosekravet under § 8 G heller ikke opfyldt. Det eventuelle recidiv af tumor er ikke blevet fjernet ved operation, hvilket er et krav under § 8 G. Klager er efter fundet på skanningen i maj 2002, kun blevet kontrolskannet hvert andet år. Der vedlægges skanningsbeskrivelser frem til maj 2010 som bilag ...

På baggrund af ovenstående har vi ikke kunnet imødekomme klagers ønske om udbetaling, hvilket vi skrev til klager 8. maj 2012 og 30. maj 2012 (bilag …).

Hvorvidt klager kan være omfattet af en anden gruppelivsaftale, er ikke registreret i FG, da de fleste af FGs gruppelivsaftaler er anonyme. Det betyder, at det udelukkende er forsikringstager (gruppeledelserne) og forsikrede som besidder denne viden. Klagen er derfor besvaret i forhold til ansøgning om udbetaling på ovennævnte gruppelivsaftale, hvor vi har modtaget dokumentation fra … Kommune, at klager er omfattet af forsikringen med reduceret dækning til 67 år."

Med henvisning til selskabets bemærkninger har klageren i brev af 18/10 2012 til nævnet bl.a. oplyst:

"Til spørgsmålet om fuld eller hel dækning gentages at jeg i 1999 var fuldt dækket via gruppelivsordning med FG i … Kommune og i 2004 fuldt dækket via Gruppelivsordningen med FG i … Kommune indtil 30. april 2004*) samt fuldt dækket i kalenderåret 2002 via Gruppelivsordningen med … Landsforening (præmiebetaling kan bekræftes, om ønskes), samt fuldt dækket 2003 og videre (dvs. også i hele 2004) via Gruppelivsordningen med GF i ….forening (dokumentation vedlægges).

*)Om dækning under tjenestemandspension bemærkes i øvrigt, at det ikke fremgår af forsikringsoversigten, at tjenestemandspensionister ikke skulle være omfattet af bestemmelserne om Kritisk Sygdom. Det er retten til *præmiefri* dækning, der er undtaget, og jeg betaler fortsat præmie på policen iht. min tjenestemandsansættelse/pension i Københavns Kommune! (bilag vedlægges).

Til udsagnet om, at der ikke er en tidligere sag i FG bemærkes, at det ved adskillige telefoniske og personlige henvendelser til FG i tiden indtil ankenævnet fastslog, at AN er omfattet af 'godartede svulster i hjerne og...' af FG gentagne gange blev afvist, at der var grundlag for at søge erstatning. Se bla. mail fra FG's juridiske direktør til undertegnede af 19. maj 2009, som var medsendt klagen og som er gentaget herunder.

Til status for hørelse bemærkes, at 'uændret hørelse svarende til før operationen' betyder, at hørelsen er lige så ringe/ikke eksisterende - med ringeste grad af skelneevne og mangel på de fleste frekvenser - som umiddelbart før operationen (hvor tumoren jo forinden havde gjort sin store skade på den tidligere, normale hørelse). Det betyder på ingen måde normal hørelse!

Om helbredstilstanden i øvrigt bemærkes, at jeg blev afskediget fra min tjenestemandsstilling ultimo 2000 med begrundelsen 'helbredsmæssig svækkelse', så implikationerne mht. træthed og koncentrationsbesvær var absolut voldsomme.

FG anfører, at jeg 'kun' kontrolskannes hvert andet år. Mig bekendt kontrolleres flertallet af patienter med 2, 3 og 4 års intervaller. Det er ikke klart hvad FG søger at antyde med denne bemærkning.

FG anfører i sit indlæg, at det ikke er tidspunktet for konstatering, der er afgørende for erstatning, men tidspunktet hvornår resttumoren er opstået. Det er lodret forkert ift. forsikringsbetingelserne, og i øvrigt et besynderligt udsagn, al den stund ingen ved om de er syge før det bliver diagnosticeret (Hvor længe har en patient fx haft kræft før det diagnosticeres?) Og ingen kan vide hvornår sygdommen (her tumoren) er opstået. Jeg har haft 2 diagnoser: i 1999: fuldstændig helbredt og i 2002: en tumor, der vurderes som en resttumor, **eller et opstået recidiv (som FG selv anfører i sit svar!)** Flere AN-patienter har fået nye tumorer, ligesom patienter i 'vent og se' kontrol lige pludselig diagnosticeres med en voksende tumor. Det er umuligt at sondre. Det er såvel fagligt som juridisk i det hele diagnosetidspunktet, der er afgørende, som det også fremgår af FG's forsikringsbetingelser. Intet andet er muligt at håndtere, og en bortforklaring af, at min situation er lig med de nævnte andre kræft- og AN-patienters, må forudsætte lægelig dokumentation!

Jeg citerer:

§ 2. Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karensperiode. **Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende,** og ikke det tidspunkt hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringstid og eventuel karensperiode fremgår af gruppelivsaftalen.

Jeg er vidende om adskillige tilfælde af ydelse af erstatning, både med og uden operation og også før den autoritative fastslåelse af, at AN er omfattet af 'godartede svulster i hjerne og...', og endda særligt til en række patienter, som end ikke er opereret. Ankenævnet opfordres derfor til at provokere FG til at udlevere alle oplysninger herom, hvorved det vil blive fastslået, at det i FG's praksis ikke er afgørende, at tumoren er fjernet ved operation, og at det altid er diagnosetidspunktet, der har været afgørende.

I øvrigt bemærkes, at FG til Ankenævnet (ikke videresendt med forelæggelsen for mig!) angiveligt har medsendt forsikringsbetingelser pr. 1999 og 2000. Betingelserne pr. 2002 er de relevante for denne sag.

Mine påstande er følgende:

1) Jeg er under hele forløbet - og er fortsat - fuldt dækket på baggrund af de foretagne præmiebetalinger. I 2002 (og også i almindelighed herefter) er jeg samtidigt dækket af to ordninger, og har faktisk krav på dobbelt udbetaling!
2) Min hørelse og helbredstilstand blev væsentligt forringet af tumoren. Kan næsten intet høre/skelne på højre øre. Blev uansøgt afskediget fra tjenestemandsstilling pga. "helbredsmæssig svækkelse". De helbredsmæssige krav er derfor opfyldt.
3) På tidspunktet for diagnosticeringen af den nuværende tumor er sygdommen omfattet af forsikringsbetingelserne, og der forfalder kumulativ erstatning iht. to parallelle ordninger.
4) FG forsøger på ikke regulær vis at hoppe fra forsøg på begrundelse til forsøg på begrundelse for ikke at betale den forskyldte erstatning a) ved at påstå at "godartede svulster i hjerne..." ikke er omfattet, b) ved til speciallægernes store overraskelse og hovedrysten længe at påstå at AN ikke er en "godartet svulst i hjerne..." c) ved udokumenteret at antyde, at forsikringen ikke giver fuld dækning, trods dobbeltforsikret, og nu senest d) ved at påstå, at sagen ikke er rejst tidligere, og e) ved at forsøge at bortforklare hovedsynspunktet om, at det er diagnosetidspunktet, der er afgørende og f) ved at polemisere

mod de helbredsmæssige implikationer; alt i alt et vedholdende, uskønt forsøg på at løbe fra de retmæssige forpligtelser over for de aftalebærende arbejdstagerparter og en endda dobbelt betalende forsikringstager."

Heroverfor har selskabet i brev af 26/11 2012 til nævnet bl.a. påpeget:

"Til påstand 1.
For så vidt klagers oplysning om, at klager er omfattet af …forenings gruppelivsforsikring samt at klager var omfattet af gruppelivsforsikring gennem … Landsforening i kalenderåret 2002, vedlægges uddrag af gruppelivsaftalen, hvoraf det fremgår, at gruppelivsforsikringen udelukkende indeholder en dødsfaldsdækning samt invalidesum som ophører ved alder 47.

Det skal dog oplyses, at FG ikke har den fornødne dokumentation for medlemskab af gruppelivsaftale med … forening og … Landsforening, hvilket også er irrelevant i den konkrete sag, da gruppelivsaftalen ikke indeholder dækning ved kritisk sygdom.

F.s.v.a. den fortsatte præmiebetaling på gruppelivsforsikring …, betales samme præmie for den reducerede dækning efter overgang til egenpension.

Til påstand 2.

Det skal bemærkes, at acusticus neurinomet er diagnosticeret i april 1999, som var før ovennævnte gruppelivsaftale blev udvidet til også at omfatte dækning ved kritisk sygdom 1. april 2000. Diagnosen er derfor blevet stillet før forsikringstidens begyndelse.

Hvis sygdommen var blevet diagnosticeret i forsikringstiden, kan det nævnes, at der kun dækkes følgetilstande i nervesystemet, som er opstået efter operation. Det vil sige, at hvis tumor har forringet helbredstilstanden før operationen, medregnes denne forringelse ikke, når der efter operation skal vurderes en invaliditetsgrad. Som tidligere nævnt i mit svar af 11. september 2012, var der kun minimale følgetilstande, som ikke ville kunne give en méngrad på 30 % eller derover.

Til påstand 3.

Som skrevet under svar til påstand 2, fik klager diagnosticeret et acusticus neurinom i april 1999, som var før ovennævnte gruppelivsaftale fik dækning ved kritisk sygdom.

Hvis Ankenævnet kommer frem til, at klager fik diagnosticeret et nyt acusticus neurinom - et recidiv og ikke en resttumor - i 2002, er tilfældet ikke omfattet af forsikringsbetingelserne, da tumor ikke er operativt fjernet, som er et krav efter § 8 G.

Til påstand 4.

Ingen kommentarer.

Det fastholdes, at klager krav om udbetaling af sum ved kritisk sygdom ikke kan imødekomme, da forsikringsbetingelserne ikke er opfyldt."

Klageren har ved brev af 7/12 2012 til nævnet hertil bl.a. bemærket:

7. 83.040

"Til påstand 1.

FG argumenterer her i forhold til en evt. dækning i ordningen hos … forening, og forsøger derved at dreje focus væk fra den primære ordning i … Kommunes gruppelivsordning, hvor jeg er fuldt dækket som ordinært ansat frem til 30.4.2004. Anbringender om evt. reduceret dækning efter overgang til egenpension er derfor sagen helt uvedkommende. Overgang til tjenestemandspension skete nemlig først pr. 1. maj 2004! For så vidt angår en evt. yderligere dækning i forhold til ordningen i … *forening* bemærkes i øvrigt, at det fremlagte ikke dokumenterer at der ikke skulle være dækning for Kritisk Sygdom i 2002 ved alder 47. Dokumentationen omfatter - igen vildledende - alene dødsfaldsdækning og invalidesum. Konklusion: Der er i det mindste dækning iht. ordningen med … Kommune

Til påstand 2.

Helt basalt: Der diagnostiseredes i 2002 - altså i forsikringstiden - en sygdomstilstand: Acusticus Neurinom med en rest, som ikke har kunnet fjernes ved operation. Denne sygdom diagnosticeredes ikke i 1999, for der var den jo helt fjernet! Denne situation er helt parallel med alle andre førstegangsdiagnoser, som jo først kan stilles, når man bliver opmærksom på, og bliver undersøgt for en tilstand.

Ad *følgetilstande* er det evident, at der *ved operationen (altså* ikke før!) er sket ødelæggelse af balancenerve på højre side, tab af hørelse på højre øre, svær tinnitus og en helbredstilstand i øvrigt, som førte til afsked fra tjenestemandsstilling på grund af 'helbredsmæssig svækkelse'. Det afvises, at disse følgetilstande skulle være 'minimale'; Man bliver ikke afskediget fra en tjenestemandsstilling med deraf betydelig udgift for arbejdsgiverne på grund af 'minimale' helbredsproblemer! FG's påstand her er både forkerte og i den grad fornærmende over for et sygdomsramt medlem af forsikringen.

Til påstand 3

Hvad enten tumoren i 2002 er en resttumor, eller et recidiv, er det en tumor, som ikke kan fjernes operativt.

Og som skrevet under svar til påstand 2 konstateres denne i forsikringstiden. FG anfører i maj 2012 at § 8G er opfyldt, men tilbagedaterer så situationen til 1999. Da det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, er det diagnosen i 2002, der er afgørende. I 1999 var diagnosen efter operation blank, dvs. rask og uden tumor!

Og i begge tilfælde er der tale om tilstrækkelig méngrad i form af tabt hørelse på et øre, manglende balancenerve på højre side, kraftig tinnitus og en aktuel afsked fra tjenestemandsstilling på grund af 'helbredsmæssig svækkelse'. Konklusion: Der er i det mindste dækning iht. Ordningen med … kommune.

Til påstand 4

Jeg forstår at FG tager bekræftende til genmæle ad mine anbringender til dette punkt.

Det fastholdes at jeg er berettiget til udbetaling af sum ved kritisk sygdom i henhold til mindst en af de forsikringsordninger, jeg er omfattet af. Forsikringsbetingelserne er opfyldt, men FG forsøger at 'bortforklare' dette ved subtil problematisering af forhold, som ikke retfærdiggør en ophævelse af FG's forsikringsmæssige forpligtelse.

8. 83.040

Altså: I 2002 diagnosticeres en tilstand, som uimodsagt er omfattet af forsikringsbetingelserne. Enhver anden patient, som i samme år måtte blive diagnosticeret med et AN med en identisk tumor, som ikke har kunnet fjernes, vil være dækket. Og det er der faktisk flere, der hos FG de facto er blevet - endda også uden operation!

Forskellen mellem denne praksis og min sag er blot at FG af en eller anden grund gør sig forestillinger om på hvilken måde udviklingen i netop min sag kan 'fortænkes skruet sammen', så man slipper for sin forpligtelse. Da det er diagnosetidspunktet der efter forsikringsbetingelsernes bogstaver (jf. citat i tidligere indlæg) er afgørende, må det være det tidspunkt i 2002, hvor lægerne objektivt diagnosticerer et AN med en rest, som ikke har kunnet fjernes ved operation, som er afgørende, og ikke FG's spekulationer over hvilke andre situationer, der i kan (for)tænkes mulige."

Af uddrag af gruppelivsaftalen med nummer: "…15" fremgår bl.a.:

"Gruppelivsaftalen omhandler gruppelivsforsikring af følgende grupper af medarbejdere, der er fyldt 18 år og har mindst 8 timers gennemsnitlig ugentlig beskæftigelse.

A) De i kommuner og regioner ansatte tjenestemænd - bortset fra lærere i folkeskolen m.v. - der oppebærer løn, rådighedsløn eller ventepenge.

Tidligere tjenestemænd - bortset fra tidligere tjenestemandsansatte lærere - som er fratrådt stillingen i kommunen eller regionen med aktuel egenpension forsikres med 50 % af de i § 2 angivne dødsfaldssummer og 100 % børnesummer.

…

Kritisk sygdom: Hvis et gruppemedlem inden det fyldte 67. år pådrager sig en kritisk sygdom som angivet i de vedhæftede særlige forsikringsbetingelser - udbetales en forsikringssum - jfr. aftalens § 2.

Efter udbetaling af en forsikringssum ved kritisk sygdom bortfalder dækningen i henhold til forsikringsbetingelsernes § 3, a.

Den udbetalte forsikringssum fratrækkes i en eventuel senere forfalden dødsfaldsdækning, hvis dødsfald sker mindre end 3 måneder efter at diagnosen for en kritisk sygdom er stillet.

Det er en forudsætning for udbetaling, at diagnosen stilles i forsikringstiden."

Af forsikringsbetingelserne af 1/4 1998 fremgår bl.a.:

"§ 2. Der gælder følgende begrænsninger i den dækning, der er beskrevet i § 7. Har forsikrede inden forsikringstidens begyndelse fået diagnosticeret (det er diagnose- tidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen) eller modtaget behandling for en af de kritiske sygdomme, som dækkes af forsikringen, omfatter forsikringsdækningen ikke den/de pågældende diagnoser/behandling.

…

§ 5. Udbetaling efter § 7 omfatter den forsikringssum ved kritisk sygdom, der var gældende den dag, hvor sygdommen blev diagnosticeret.

…

§ 7. Ved kritisk sygdom forstås:

…

9. 83.040

G. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv. Godartede svulster i hjerne og rygmarv eller disse organers hinder, som ikke har kunnet fjernes helt ved operation, eller som efter operation efterlader følgetilstande i nervesystemet, der medfører en invaliditetsgrad på mindst 30 % efter en af Arbejdsskadestyrelsen udarbejdet tabel (méntabel 1996). Forsikringssummen udbetales først, når følgetilstanden kan vurderes."

Af forsikringsbetingelserne fra november 2000 fremgår bl.a.:

"**§ 2.** Der gælder følgende begrænsninger i den dækning, der er beskrevet i § 8. Har forsikrede inden forsikringstidens begyndelse fået diagnosticeret (det er diagnose- tidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen) eller modtaget behandling for en af de kritiske sygdomme, som dækkes af forsikringen, omfatter forsikringsdækningen ikke den/de pågældende diagnoser/behandling.
…
§ 7. Udbetaling efter § 8 omfatter den forsikringssum ved kritisk sygdom, der var gældende den dag, hvor sygdommen blev diagnosticeret.

§ 8. Ved kritisk sygdom forstås:
…
G. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv.
Godartede svulster i hjerne og rygmarv eller disse organers hinder, som ikke har kunnet fjernes helt ved operation, eller som efter operation efterlader følgetilstande i nervesystemet, der medfører en invaliditetsgrad på mindst 30 % efter en af Arbejdsskadestyrelsen udarbejdet tabel (méntabel 1996). Forsikringssummen udbetales først, når følgetilstanden kan vurderes."

Nævnet udtaler:

Klagen for nævnet omhandler gruppelivsaftalen med nummer: "…15". På det foreliggende grundlag finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at han har forsikring i selskabet med dækning ved kritisk sygdom i henhold til andre gruppelivsaftaler.

Nævnet bemærker, at § 7, punkt G, og § 8, punkt G, i forsikringsbetingelserne fra 1998 og fra 2000 er enslydende.

Som sagen foreligger oplyst, finder nævnet ikke grundlag for at antage, at klagerens gruppelivsordning indeholdt forsikring med dækning ved kritisk sygdom før den 1/4 2000. Nævnet finder endvidere at måtte lægge til grund, at forsikringen ophørte ved klagerens fratrædelse den 30/4 2004. Nævnet finder herefter ikke anledning til at kritise-

re, at selskabet ved sin sagsbehandling har lagt til grund, at forsikringstiden er perioden fra den 1/4 2000 til den 30/4 2004.

Det følger af de gengivne forsikringsbetingelser og af gruppelivsaftalen, at forsikringssummen kommer til udbetaling, hvis forsikrede i forsikringstiden har fået diagnosticeret en godartet svulst i hjernen, rygmarven, eller disses organers hinder, som ikke har kunnet fjernes helt ved en operation, eller som efter en operation efterlader følgetilstande i nervesystemet, der medfører en invaliditetsgrad på mindst 30 % efter en af Arbejdsskadestyrelsen udarbejdet tabel (méntabel 1996).

Det fremgår af patientjournal af 26/4 1999, at den opererende læge bl.a. har noteret: "… tumor fjernes herefter i større og mindre stykker …".

Af patientjournal fra 4/6 2002 fremgår: "Ved en MR-skanning i 2002 blev det konstateret, at der er en lille rest på 3 mm tumor tilbage efter operationen i 1999."

Nævnet finder herefter at måtte lægge til grund, at man ved operationen i 1999 var af den opfattelse, at hele tumoren var blevet fjernet ved operationen, og at det først i 2002 blev konstateret, at der var en rest af tumoren tilbage. Klageren har efterfølgende fået foretaget en række MR-skanninger, og således som sagen foreligger oplyst, finder nævnet at kunne lægge til grund, at det ikke er eller har været planlagt at forsøge at operere den resterende tumor væk.

Det, der udløser erstatning efter § 8, punkt G, er følger efter tumorer, der ikke har kunnet fjernes ved en operation. For at få erstatning efter denne bestemmelse er det nævnets opfattelse en betingelse, at såvel operation som diagnose må være stillet i forsikringstiden. Da operationen blev foretaget i 1999, hvilket er før klageren blev optaget i ordningen den 1/4 2000, finder nævnet ikke at kunne pålægge selskabet at betale erstatning.

11. 83.040

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen