Ankenævnet for Forsikring

905/12

Den 5. december 2012 blev i sag nr. 83.115:

xxxx xxxxxxx
xxxxxxxxxx xx xxxxx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Hun mener, at selskabet skal udbetale sum ved kritisk sygdom i anledning af sygdommen mutiple sklerose.

Selskabet henviser til, at forsikringen ophørte den 30/9 2010, og at der ikke inden dette tidspunkt er stillet en dækningsberettigende diagnose. Selskabet henviser desuden til, at tidsfristen for anmeldelse af krav er overskredet.

Af klageskemaet, der er underskrevet den 23/8 2012, fremgår bl.a.:

"**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …**
Jeg arbejdede på fuld til i [firma] fra d. 1.04.2003. I april 2010 fik jeg stærke smerter under fødderne. Kontaktede egen læge d. 28. maj 2010, som bad mig se tiden an, for det ville måske forsvinde af sig selv. Kontaktede lægen igen d. 19. august da det ikke var blevet bedre, og blev henvist til en neurolog. Da jeg fik en tid til januar 2011 kontaktede jeg min sundhedsforsikring. Fik min første undersøgelse på … [privathospital] d. 30.08.10. Jeg skulle igennem mange undersøgelser, inden jeg den 26.10.10 fik oplyst at jeg led at multiple sclerose. Jeg fratrådte min stilling d. 2.10.10 og mit skrantende helbred var medvirkende til dette valg.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
Godkendelse af erstatningskrav på kr. 200.000,- for kronisk sygdom.
Smerter og træthed fik mig til at gå på efterløn … d. 02.10.2010."

Af selskabets brev af 20/9 2012 til nævnet fremgår bl.a.:

"Klageren har været omfattet af ovennævnte gruppelivsaftale via sin ansættelse i … [firma].

Det fremgår af § 1 i bilag …, som er et uddrag af gruppelivsaftale …, at gruppelivsaftalen dækker samtlige medarbejdere, der er forsikringsberettigede i henhold til gældende aftale mellem FA/FF (…). Det fremgår af § 3 i bilag …, at dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor fratrædelse sker.

Klager har ikke inden klagen til Ankenævnet for Forsikring, rettet henvendelse til FG med ansøgning om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Klagers dækningsperiode er bekræftet i mail fra HR Afdelingen [hos arbejdsgiveren], hvoraf det fremgår, at klagers dækning efter gruppelivsaftalen ophørte 30. september 2010 - se bilag ...

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.

Det er også afgørende for, hvorvidt der kan ske udbetaling, at den sygdom der søges om udbetaling for, er omfattet af forsikringen. Sygdommen skal være anført på FGs fortegnelse over dækkede sygdomme, og forsikringsbetingelserne skal være opfyldt.

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.

I klagers tilfælde udløb tidsfristen for anmeldelse af krav 31. marts 2011. Vi modtog anmodning om udbetaling af forsikringssummen via klage til Ankenævnet for Forsikring 29. august 2012.

Dækning ved kritisk sygdom var således ophørt og retten til udbetaling bortfaldet, da klager søgte om udbetaling af forsikringssummen 29. august 2012.

Da klager ikke tidligere har rettet henvendelse til FG med ansøgning om udbetaling, er vi ikke bekendt med, hvilken sygdom klager ønsker udbetaling for. Vi har modtaget kopi af de journaloplysninger, som klager har indsendt til Ankenævnet i forbindelse med klagens behandling.

I det fra Ankenævnet modtagne materiale fremgår det af journaloplysningerne fra Privathospitalet …, at klager påbegyndte udredning i august 2010 pga. mistanke om Polyneuropati. I notat fra 1. september 2010 var den foreløbige konklusion, at klager havde tegn på demyeliniserende lidelse (sygdom i nervesystemet). I notat fra 25. november 2010 fremgår, at klager efter endt udredning på Privathospitalet …, blev henvist til Skleroseklinikken på … Sygehus under diagnosen 'demyeliniserende sygdom uden specifikation'. Endelig diagnose forelå ikke.

Demyeliniserende sygdom uden specifikation er ikke anført på FGs fortegnelse over dækkede sygdomme, og forsikringsbetingelserne for udbetaling var derfor ikke opfyldt i forsikringstiden.

Det kan herefter samlet konkluderes, at anmeldelsesfristen i § 6 i bilag C er overskredet og uanset om klager efter 25. november 2010 fik stillet en dækningsberettiget diagnosen på …

Sygehus, vil diagnosen være stillet efter forsikringstidens ophør og dermed ikke dækket, jf. § 2, stk. 1 i bilag …

Baseret på ovenstående kan vi ikke imødekomme klagers ønske om udbetaling af forsikringssummen."

Klageren har fremlagt journal fra et privathospital. Heraf fremgår bl.a.:

"**26-10-2010 Kontrol …, …**
/DG629 Polyneuropati uden specifikation, obs. pro/

Kommer med ægtefællen til information af udredningsforløbet.
Vi gennemgår MR-skanningensbillederne, hvor vi ser myelit i rygmarven udfor brysthvirvel 5 og 6.
Endvidere hvide pletter i hjernens støttevæv på hjerneskanningen, specielt omkring hjernens hulrum.
Antallet af fordelingen tyder i retning af sklerosesygdom.
Har fortsat funktionskompromitterende smerter i begge ben. Det drejer sig om dels smerter under fodsålerne, der forværres ved gang. Har derudover også brændende fornemmelse under begge knæ, og en kuldefornemmelse.
Ingen vandladningsforstyrrelser.
…
SAMLET
Tegn på demyeliniserende sygdom, hvor aktuelle smerter i benene kan tilskrives rygmarvsforandring.
Er ved indspørgning også det første symptom hun umiddelbart er sikker på der kan tilskrives hendes skierosesygdom.
Således ikke tidligere vandladningsforstyrrelser eller synsforstyrrelser, eller lignende føleforstyrrelser andre steder på kroppen.
Informeres om at næste skridt er lumbalpunktur, hvor vi ser på væskens sammensætning.
Vil efterfølgende blive henvist til skleroseklinikken på … Sygehus, med henblik på mulighed for videre opfølgning.
…
Vi har gennemgået baggrundet for sklerosesygdom, omend diagnosen ikke endnu endeligt kan stilles, før der har været enten udvikling på skanningen eller fornyet attack. Det forventede positive/rolige forløb er pointeret.
…
25-11-2010 …
…
Brev til skleroseklinikken:
…
Venligst henvisning af ovenstående patient under diagnosen demyeliniserende sygdom uden specifikation."

Af gruppelivsaftalen mellem Finanssektorens Arbejdsgiverforening og Finansforbundet fremgår bl.a.:

"***§1.***
Hvem er omfattet af forsikringen

Gruppelivsaftalen omfatter samtlige medarbejdere, der er forsikringsberettigede i henhold til gældende aftale mellem FA/FF og FG, forudsat de pågældende ved optagelse i forsikringen er fuldt arbejdsdygtige.

…

§3.
Indtrædelse og udtrædelse

…

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 udtrædelse af gruppen i øvrigt. Gruppemedlemmer, som er tilmeldt i medfør af aftalens § 1, tredje stk., udtræder tillige af dækningen samtidig med udtrædelsen af FF."

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. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringstid og eventuel karensperiode fremgår af gruppelivsaftaler.

…

§ 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.

§ 7. 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.

Diagnosen skal dokumenteres ved to eller flere veldefinerede episoder (attakker) af symptomer eller fremadskridende forløb, som må henregnes til dissemineret 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

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge.

I. Amyotrofisk lateralsklerose (ALS)

En fremadskridende sygdom med degeneration af de motoriske nerveceller i centralnervesystemet.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge og være bekræftet ved elektromyografi."

5. 83.115

Nævnet udtaler:
Nævnet må lægge til grund, at forsikringsdækningen ophørte den 30/9 2010.

Det er en betingelse for dækning, at der i forsikringstiden stilles en diagnose der opfylder kriterierne i forsikringsbetingelsernes § 7. Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har fået stillet en sådan diagnose, hvorfor der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand

udskriften bekræftes

Henning Jønsson