**Ankenævnet for Forsikring**

937/14

Den 7. april 2014 blev i sag nr. 84.736:

xxxxx xxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx
xxxx xxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

---

Forsikringstageren har haft gruppelivsaftale med dækning for kritisk sygdom i Forenede Gruppeliv. Hun klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning ved anmeldt kritisk sygdom.

Klageren anmeldte i brev af den 27/5 2013 til selskabet, at hun havde fået konstateret dissemineret sklerose. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klagerens diagnose ikke blev stillet i forsikringstiden, og at hun først anmeldte sit krav mere end 6 måneder efter ophørstidspunktet.

Klageren har i klageskemaet dateret den 9/7 2013 bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**
*Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag*
Jeg får konstateret CFS/ME 10. oktober 2002 på baggrund af scanning og konsultation hos overlæge i neurologi ... I 2009 får jeg et såkaldt attack og overlæge/neurolog ... konstaterer, at jeg har MS og sandsynligvis har haft dette i 10-15 år. Min diagnose fra 2002 er derfor forkert og jeg har haft sclerose i hele forløbet, lægen har blot ikke kunne konstatere dette.
Jeg anmodede nu Forenede Gruppeliv om, at genoptage min sag, da jeg ville have haft krav på en sum for kritisk sygdom, hvis jeg havde fået en korrekt diagnose i 2002 og derved kunne have anmeldt min MS i forsikringstiden og indenfor den gyldige frist. De giver afslag på denne anmodning. Jeg klager så til FG's klageansvarlige og får også her afslag.
Jeg har nu fået papir fra ... Sygehus med resultaterne af min scanning fra 2002, som dannede baggrund for min første diagnose CFS/ME og i dette resultat står der: 'I cerebrum finder man en enkelt få mm stor læsion i højre centrum', altså sclerose allerede da. Jeg har fået en fejldiagnose og har derved mistet en erstatning for kritisk sygdom, da jeg ikke har kunnet

anmelde mit krav i forsikringstiden. Jeg ønsker derfor min sag genoptaget, så man kan vurdere om jeg rent faktisk har ret.

**Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**

Jeg ønsker, at få udbetalt den erstatning på kr. 100.000 for kritisk sygdom, som jeg mener jeg har ret til."

Selskabet har i brev af den 8/8 2013 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"Det gøres gældende:

1) at klager først fik stillet diagnosen dissemineret sklerose efter ophør af forsikringstiden 31. august 2005.

2) at klager anmodede om udbetaling af forsikringssummen efter udløbet af tidsfristen på 3 måneder, jf., § 6 i bilag A i forsikringsbetingelserne fra 2005.

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 lærere m.fl. der har mindst 8 timers gennemsnitlig ugentlig beskæftigelse og at det er en forudsætning for udbetaling af sum ved kritisk sygdom, at diagnosen stilles i forsikringstiden. I § 1 fremgår også, at der er mulighed for præmiefritagelse i 3 år ved et erhvervsevnetab på mindst 2/3. I § 3 i samme bilag fremgår, at dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor udtrædelsen sker.

Det betyder i klagers tilfælde, at dækning ved kritisk sygdom ophørte 31. august 2005 i forbindelse med ophør af præmiefritagelsen.

I brev af 27. maj 2013 søgte klager om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt (bilag ...), fordi klager havde fået konstateret dissemineret sklerose.
...
Til brug for vurderingen af om diagnosekravene var opfyldt som beskrevet, modtog vi journalmateriale fra Neurologisk Afdeling, Regionshospitalet ... for perioden 21. december 2009 til 18. august 2010. Journalen vedlægges som bilag ...

Det fremgår af oplysningerne i bilag ..., at klager blev indlagt akut 21. december 2009 pga. nedsat sensibilitet i ekstremiteterne i venstre side. Det fremgår af notatet fra 21. december 2009, at klager var under mistanke for dissemineret sklerose i 2002. Under udredningen på Neurologisk Afdeling i 2002, viste en MR-scanning normale forhold, og klager blev afsluttet uden egentlig diagnose. Klager oplyser i brev af 27. maj 2013, at klager fik stillet diagnosen CFS/ME (konisk træthedssyndrom) under udredningen i 2002. Klager fik ikke stillet diagnosen dissemineret sklerose i 2002.

Under udredningen i december 2009 fik, klager foretaget forskellige undersøgelser, bl.a. MR-scanning. I notat fra 28. december 2009 og 4. januar 2010 fremgår, at overlæge på Neurologisk Afdeling, ..., i december 2009 stillede diagnosen attakvis dissemineret sklerose ud fra forandringer på MR-scanning og nytilkommet attak.

Det kan således konkluderes, at klager først ultimo december 2009, og efter forsikringstidens ophør 31. august 2005, opfyldte diagnosekravene i forsikringsbetingelsernes § 8 H, Disseminеret sklerose.

Ad 2)

I § 6 i bilag ... (forsikringsbetingelserne fra 2005) fremgår, at hvis forsikrede er udtrådt af gruppelivsaftalen, skal skriftlig anmodning om udbetaling være fremsat overfor FG inden 3 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 31. august 2005 efter præmiefritagelsens ophør. Det betyder, at fristen for anmeldelse af krav udløb 30. november 2005.

Vi modtog klagers anmeldelse 29. maj 2013, jf. bilag ..., som er efter anmeldelsesfristens udløb.

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 konklusioner under 1) og 2) har vi ikke kunnet imødekomme klagers ønske om udbetaling, hvilket vi skrev til klager 7. juni 2013 og 5. juli 2013."

Af journal fra neurologisk ambulatorium fremgår bl.a.:

"**17-06-2002**

**MR af cerebrum**
(Obs. demyeliniserende lidelse, tidligere rask siden november. Brændende paræstesier i hænder og fødder. Svimmelhed, synsforstyrrelser og intermitterende dysfagi.)
I cerebrum finder man en enkelt få mm stor, helt uspecifik WM læsion i højre centrum semiovale. Der er ingen typiske DS-lignende forandringer. Ingen tegn på rumopfyldende patologi. Normalt udseende ventrikelsystem.

Konklusion
I.a.

**MR af medulla spinalis**
Der ses overalt normalt signalmønster svarende til medulla. På niveau C5/6 ses diskret discusprotrusion uden påvirkning af medulla. Ingen rodpåvirkning. Intet udefrakommende tryk, intet patologisk knoglemarvssignal.

Konklusion
Diskret discusprotrusion niveau C5/6, normale forhold svarende til medulla spinalis."

Af journal fra neurologisk hospitalsafdeling fremgår bl.a.:

"**04.01.10 Samtale med pt. og ægtefælle**
Pt. og ægtefælle møder til samtale. Jeg har orienteret hende om ligesom sidst, at hun har dissemineret sklerose og har fortalt lidt om sygdommen. Jeg opfatter, at hun har attakvis

sklerose og har klinisk haft to attakker. Blev undersøgt her første gang i 2002 på mistanke om demyeliniserende lidelse, men MR-skanning dengang var normal. Nu har hun fået et nyt attak og har forandringer på MR-skanningen, men relativt beskedne demyeliniserende forandringer. Hun er blevet noget bedre efter Solu-Medrol-kur, men trækker fortsat på det ene ben.

...

**05.03.10 - akut indlæggelse:**

47-årig kvinde indlægges akut via egen læge under diagnosen obs. DS attak.

...

**Konklusion:**

Det drejer sig om en 47-årig kvinde, som i december 2009 fik stillet diagnosen DS attakvis form og har fået SoluMedrol kur med god effekt. Pt. har siden gået til genoptræning x 3 ugtl., hun oplyser, at der har været god effekt på kraften i ve. OE og UE, styringsbesværet på ve. side er aftagende."

I gruppelivsaftalen hedder det bl.a.:

"Gruppelivsaftalen omfatter lærere med flere, der har mindst 8 timers gennemsnitlig ugentlig beskæftigelse.

...

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

...

***§* 3.**
***Indtrædelse og udtrædelse***

Dækningen er virksom straks, når betingelserne i aftalens § 1 er opfyldt, og ophører ved udgangen af den måned, hvor udtrædelsen sker, dog senest ved udgangen af den måned, hvor pågældende fylder 67 år. Dækningen ophører endvidere ved overgang til rådighedsløn/ventepenge."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 2.** Det er en betingelse for dækning af 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 et gruppemedlem 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 3 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.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk eller neurokirurgisk afdeling, og der skal have været en eller flere veldefinerede episoder (attaker) af symptomer eller fremad-

skridende forløb, som må henregnes til dissemineret sklerose. Diagnosen skal være bekræftet ved mindst en af følgende tre undersøgelser:

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

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet det ikke godtgjort, at klageren i forsikringstiden har fået stillet en dækningsberettigende diagnose. Endvidere må nævnet lægge til grund, at klageren ikke inden udløbet af 3 måneders fristen efter forsikringstidens ophør havde anmodet om udbetaling af summen ved kritisk sygdom. På denne baggrund finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til de gengivne forsikringsbetingelser.

Det, som klageren i øvrigt har anført, findes ikke at kunne føre til et andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

---

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen

Udskriftets rigtighed bekræftes

Kim Sparlund