Ankenævnet for Forsikring

Den 20. maj 2015 blev i sag nr. 86598:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft en gruppelivsaftale med dækning for visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Han klager over selskabets afslag på at yde forsikringsdækning ved anmeldt kritisk sygdom (myelomatose).

Klageren har gennem sin ansættelse i et forsikringsselskab via en aftale mellem arbejdsgiverorganisationen og fagforeningen været omfattet af en kritisk sygdomsforsikring. Han fratrådte sin stilling den 31/5 2009. Ved en fejl har den tidligere arbejdsgiver ikke fået udmeldt ham af pensionsordningen med virkning pr. fratrædelsestidspunktet. Han gør på denne baggrund gældende, at han på diagnosetidspunktet den 23/7 2014 fortsat var omfattet af kritisk sygdomsforsikringen og derfor er berettiget til at få udbetalt erstatning.

Klageren anmeldte i brev af 25/7 2014 til selskabet, at han havde fået konstateret myelomatose. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at hans diagnose ikke blev stillet i forsikringstiden, og at han først anmeldte sit krav mere end 6 måneder efter diagnosetidspunktet. Endelig gjorde selskabet gældende, at en fejlregistrering ikke kunne føre til, at han var dækket efter sin fratrædelse.

Klageren har i klageskema af 18/8 2014 til nævnet anført følgende:

> ”JEG FAR "TILDELT" DIAGNOSEN MYELOMATOSE DEN 23. JULI 2014.
> PR. DEN DATO ER JEG - MED DENNE DIAGNOSE - OMFATTET AF EN FORSIKRINGS-SUM-UDBETALING PA 200.000 KR. I FG - FORENEDE GRUPPELIV VIA MIN TIDL. AR-BEJDSGIVER ….
>
> FG VIL IKKE - SOM JEG FORVENTER - UDBETALE FORSIKRINGSSUMMEN TIL MIG.
>
> JEG GØR GÆLDENDE, AT [MIN TIDLIGERE ARBEJDSGIVER] HAR INDBETALT PRÆ-MIE FOR MIG FREM TIL DIAGNOSETIDSPUNKTET, OG AT DIAGNOSEN ER STILLET INDEN DA.
>
> DIAGNOSEN ER DERFOR STILLET I FORSIRKRINGSTIDEN - PRÆMIEN ER BETALT OG DIAGNOSEN ER STILLET INDEN PRÆMIEOPHØR.
>
> **Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
> JEG ØNSKER AT OPNÅ AT FORENEDE GRUPPELIVE OG/ELLER [MIN TIDLIGERE AR-BEJDSGIVER] (BEGGE MEDLEMMER AF ANKENÆVNET) LEVER OP TIL DERES FOR-PLIGTIGELSE OVER FOR MIG, OG AT DE SOM FØLGE DERAF UDBETALER EN FOR-SKRINGSSUM PA 200.000 KR. I FORBINDELSE MED AT JEG HAR FARET STILLET DI-AGNOSEN MYELOMATOSE DEN 23. JULI 2014.”

Hertil har selskabet i brev af 24/9 2014 til nævnet bl.a. bemærket følgende:

> ”Klageren var indtil sin fratrædelse fra … 31. maj 2009, omfattet af gruppelivsforsikring 83025 via … Arbejdsgiverforening og [Fagforbund]
>
> Klageren var indtil sin fratrædelse fra … 31. maj 2009, omfattet af gruppelivsforsikring 83025 via Finanssektorens Arbejdsgiverforening og Danske Forsikringsfunktionærers Landsfor-ening (bilag A).
>
> …
> Forsikringsbetingelser for dækningen vedlægges som bilag C og uddrag af gruppelivsaftale 83025 vedlægges som bilag D.…
>
> …
> Det gøres gældende, at
>
> 1. diagnosen blev stillet efter forsikringstidens ophør på gruppelivsaftale 83025
> 2. anmeldelsesfristen på 6 måneder er overskredet på gruppelivsaftale 83025
> 3. en fejlregistrering på PensionsInfo ikke kan medføre, at dækningen opretholdes efter op-hør jf. gruppelivsaftalen
>
> Ad 1)
> Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt. Det står i § 2, stk. 1 i bilag C, at det er en betingelse for udbetaling, at sygdommen diagnostice-res i forsikringstiden.
>
> I § 1 i bilag D - som er uddrag af ovennævnte gruppelivsaftale 83025, er anført, at hvis et gruppemedlem inden det fyldte 70. år, pådrager sig en kritisk sygdom som angivet i de ved-hæftede særlige forsikringsbetingelser (bilag C) - udbetales en forsikringssum. Det fremgår også, at det er en forudsætning for udbetaling, at diagnosen stilles i forsikringstiden.

Det står i § 3 i bilag D, at dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor gruppemedlemmet fratræder et selskab [omfattet af arbejdsgiverforeningen]. Det betyder i den konkrete sag, at klagers dækning efter gruppelivsforsikring 83025 ophørte 31. maj 2009.

…
I journaloplysningerne fra Rigshospitalet (bilag G) fremgår, at klager 15. juli 2014 var til vurdering på Hæmatologisk Afdeling med henblik på udredning for mistanke om Myelomatose.

Klager fik foretaget en knoglemarvsundersøgelse 15. juli 2014.

Den efterfølgende cytologiske undersøgelse af knoglemarven viste 16. juli 2014, at diagnosen er kræft (Myelomatose).

Det kan herefter konstateres, at diagnosen under § 7 A blev stillet efter ophør af forsikringstiden på gruppelivsaftale 83025 31. maj 2009.

…
Ad 2)
Det fremgår af § 6 i bilag C, 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 31. maj 2009. Det betyder, at tidsfristen for anmeldelse af krav udløb 30. november 2009. Anmeldelsesfristen på 6 måneder er derfor overskredet og retten til udbetaling bortfaldet.

Ad 3)
FG fører ikke selvstændig registrering af de forsikrede under gruppelivsaftalen i forbindelse med til- og afmelding af de sikrede. Denne registrering foretages af HR afdelingen i [tidligere arbejdsgiver]. Det er ligeledes [tidligere arbejdsgiver] der giver information til Pensionslnfo.

Det er vores opfattelse, at en registrering på Pensionslnfo ikke kan føre til det resultat, at klager var omfattet af forsikringen efter det tidspunkt, hvor klager udtrådte af gruppelivsforsikringen efter gruppelivsaftalens § 3. Vi må på baggrund af ovenstående fastholde vores afgørelse om, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen.

Vi har derfor ikke kunnet imødekomme klagers ønske om udbetaling, hvilket vi skrev til klager 13. august 2014 (bilag I)".

Heroverfor har klageren i mail af 10/10 2014 til nævnet anført følgende:

"Indklagede selskab gør gældende, at:

1. diagnosen er stillet efter forsikringstidens ophør.
2. anmeldelsesfristen på 6 måneder er overskredet.
3. en fejlregistrering på PENSIONSINFO ikke kan medføre, at dækningen opretholdes efter aftalens ophør.

Ad 1)

[Min tidligere arbejdsgiver] har overfor indklagede selskab, frem til efter den dag min diagnose er stillet, bekendtgjort, at min gruppelivsforsikring i det indklagede selskab (83025), der dækker den diagnose, der er stillet, inkluderer mig. Jeg gør derfor gældende, at forsikringsbetingelsernes § 2, jf. indklagede selskabs bilag c., er opfyldt, og at betingelserne, som indklagede selskab henviser til i § 1, jf. indklagede selskabs bilag d., også er opfyldt. Diagnosen er stillet i forsikringstiden, og forsikringstiden er med andre ord ikke ophørt, før min diagnose er stillet.

[Min tidligere arbejdsgiver] har, som anført ovenfor, bekendtgjort, overfor indklagede selskab, at jeg tilhører gruppen, også på det tidspunkt min diagnose er stillet. Forsikringsbetingelserne i § 3, jf. indklagedes bilag d., kan derfor ikke gøres gældende i denne sammenhæng, da jeg jo ikke er udtrådt af gruppen i øvrigt, som der jo også står i denne § 3, jf. indklagede selskabs bilag d. Min forsikringsdækning i det indklagede selskab kan derfor tidligst ophøre, på det tidspunkt efter min diagnose, hvor [min tidligere arbejdsgiver] framelder mig gruppen i øvrigt.

Ad 2)
Indklagedes henvisning til forsikringsbetingelsernes § 6, jf. indklagedes bilag c., er ikke relevant. Jeg gør gældende, jf. ovenstående, at jeg ikke er udtrådt af aftalen, på det tidspunkt jeg får diagnosen. Og da jeg ansøger om udbetaling af forsikringssummen den 31. juli 2014, så er den i forsikringsbetingelsernes § 6, jf. indklagede selskabs bilag c., omtalte tidsfrist på 6 måneder ikke relevant.

Ad 3)
Indklagede selskabs henvisning til PENSIONSINFOs forbehold er ikke relevant i denne sammenhæng. Der er netop *ikke* tale om en fejlregistrering på PENSIONSINFO. [Min tidligere arbejdsgiver] har, som tidligere anført, bekendtgjort overfor indklagede selskab, at jeg netop tilhørte gruppen/ikke i øvrigt er udtrådt af gruppen, før diagnosen er stillet. Så oplysningerne på PENSIONSINFO er korrekte.

Min samlede forsikringsdækning på min kritisk sygdom forsikring hos det indklagede selskab, anført på PENSIONSINFO, udgør derfor rigtignok 329.000 kroner. Heraf har indklagede selskab kun udbetalt 129.000 kr.

Jeg mener derfor, at indklagede selskab skal imødekomme min ansøgning om at udbetale de resterende 200.000 kr., som jeg er berettiget til, via min kritisk sygdom forsikring i indklagede selskab (83025)."

Selskabet har i brev af 20/1 2015 bl.a. yderligere anført:

"Ovennævnte gruppelivsaftale er baseret på aftale mellem arbejdsmarkedsoverenskomstparterne Finanssektorens Arbejdsgiverforening (FA)/ Danske Forsikringsfunktionærers Landsforening (DFL) og FG om oprettelse af obligatorisk gruppelivsforsikring i FA-medlemsselskaber til medarbejdere der er forsikringsberettigede i henhold til gældende aftale mellem FA og DFL.

I forholdet er FA og DFL, som gruppelivsrepræsentanter, forsikringstagere, jf. FAL § 2, stk. 2. FG administrerer, som et administrationsselskab, gruppelivsforsikringsordningen på baggrund af de oplysninger FG modtager fra FA-medlemsselskaberne om omfattede medarbejdere. Medarbejderne er de sikrede, jf. FAL § 2, stk. 3. Den direkte kontakt med de omfattede medarbejdere om rådgivning og information om gruppelivsaftalen foretages af de enkelte FA-medlemsselskaber, jf. § 9 i gruppelivsaftalen.

Gruppelivsaftalen vedlægges i sin helhed.

Gruppelivsaftalen er 'Navneregistreret'. Det betyder, at gruppererepræsentanterne (FA-medlems-selskaberne) foretager registrering med navn og cpr.nr. af alle omfattede medarbejdere/medlemmer ved tiltrædelse/fratrædelse. Registreringen bruges af FG til bl.a. beregning af forsikringspræmie.

Det fremgår af § 1 i gruppelivsaftalen, at gruppelivsaftalen omfatter samtlige medarbejdere, der er forsikringsberettigede i henhold til gældende aftale mellem FA og DFL.

I gruppelivsaftalens § 3, afsnit 2, fremgår, at dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor Gruppesikringsregulativets bestemmelser ikke længere er opfyldt. Det fremgår af vedlagte kopi af Gruppelivsregulativet – som er en del af overenskomsten for medarbejdere på forsikringsområdet, at regulativets dækningsområde er medarbejdere omfattet af en overenskomst indgået mellem FA og DFL, et FA-medlemsselskab og DFL.

I gruppelivsaftalens § 3 og Gruppelivsregulativets pkt. A, 1. afsnit fremgår, at fratrådte medarbejdere vil være dækket af gruppelivsordningen i indtil 12 måneder efter fratrædelsen, hvis de er ledige og ikke ansat i anden beskæftigelse når forsikringsbegivenheden indtræder.

Det betyder, at ovennævnte gruppelivsforsikring i klageres tilfælde, bortfaldt ved fratrædelsen fra stillingen hos … og senest 12 måneder efter fratrædelsen, hvis klager var ledig i denne periode.

Klagers blev omfattet af ovennævnte gruppelivsforsikring i forbindelse med sin ansættelse i …. Det fremgår af vedlagte print (Navneregistreringen), at klager var registreret på gruppelivsaftalen fra 1. maj 2006 til 1. juni 2009, hvorefter klager blev udmeldt pga. fratrædelse.

I den konkrete sag skete udmeldelsen først i sommeren 2014 pga. en fejl fra [klagers tidligere arbejdsgivers] side. Det ses ligeledes af printet, at klager ikke efter 1. juni 2009 har været registreret på ovennævnte gruppelivsaftale i et andet FA-medlemsselskab.

Det fremgår af næstsidste afsnit af gruppelivsaftalens § 3, at gruppemedlemmernes indtrædelse og udtrædelse meddeles straks til FG med navn og cpr.nr. via FGnet - som er en portal, hvor de enkelte FA-medlemsselskaber skal foretage registrering af de medarbejdere der er omfattet af gruppelivsaftalen.

I Gruppesikringsregulativet pkt. D fremgår, at præmien for gruppelivsforsikringen afholdes af FA-medlemsselskabet. Det er således ikke klager der har betalt den præmie, som fejlagtigt er blevet afregnet overfor FG.

Som det ses af det ovenfor nævnte print, er klager omfattet af en gruppelivsaftale gennem [anden pensionskasse] hvorfra klager fik udbetalt forsikringssummen ved kritisk sygdom, som beskrevet i tidligere besvarelse af 24. september 2014.

FGs dokumentation om de forsikrede er udelukkende baseret på den registrering de enkelte FA-medlemsselskaber foretager via FGnet. FG er ikke bekendt med, om klager evt. var omfattet af gruppelivsaftalen gennem senere ansættelse i et andet FA-medlemsselskab eller som medlem af en gruppe, som anført i gruppelivsaftalen § 1, 3 afsnit. Klager er ikke under sagens forløb fremkommet med dokumentation for et evt. senere medlemskab under gruppelivsaftalen.

Det må således konstateres, at klager ikke var dækket af gruppelivsforsikringen, da klager fik diagnosticeret sin kritiske sygdom i juli 2014 og det fastholdes, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen.

Det er vores opfattelse, at en registrering på Pensionslnfo på baggrund af [arbejdsgiverens] manglende udmelding af gruppelivsaftalen ikke kan pålægges som en fejl fra FGs side, således at FG er erstatningsansvarlig. Der henvises til ankenævnskendelsen 81.991, om samme problemstilling.

Det er også FGs opfattelse, at klager ikke med rette har kunnet gå ud fra, at klager fortsat var omfattet af den gruppelivsaftale, som klager blev omfattet af i forbindelse med sin ansættelse i … og at dækningen under gruppelivsaftalen kunne opretholdes pga. en fejlregistrering".

I brev af 25/3 2015 og brev af 28/3 2015 til nævnet er klageren kommet med yderligere bemærkninger til selskabets brev af 20/1 2015.

Nævnet har fået forelagt sagens bilag, heriblandt klagerens journaloplysninger.

Af mail af 25/7 2014 fra klagerens tidligere arbejdsgiver til Forenede Gruppeliv fremgår det bl.a.:

"Jeg henviser til vores telefonsamtale tidligere i dag og meddeler hermed, at [klageren] fratrådte sin stilling i [X] den 31. maj 2009.

Ved en fejl har vi i sin tid ikke udmeldt ham af gruppelivsordningen med virkning pr. fratrædelsestidspunktet. Vi udmelder ham således med virkning pr. 1. august 2014."

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"§ 1. Forsikringen dækker de sygdomme/diagnoser, der er nævnt i § 7 A-W.

Når en diagnose er stillet som krævet i forsikringsbetingelserne, kan forsikringssummen udbetales.

Der udbetales den forsikringssum, som var gældende den dag, diagnosen blev stillet.

§ 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.

…
§ 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:
A. Kræft
Ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteriseret 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).

Tillige omfattes følgende sygdomme opstået i blod, lymfe eller knoglemarvens bloddannende celler:

…
- Myelomatose

Diagnosen anses for stillet, når histologisk eller cytologisk undersøgelse er vurderet af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).

I gruppelivsaftale 83025 fremgår det bl.a.:

§ 1.
Hvem er omfattet af forsikringen

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

…
Visse kritiske sygdomme: Hvis et gruppemedlem, i forsikringstiden, får diagnosticeret en dækningsberettiget kritisk sygdom, som angivet i de vedhæftede særlige forsikringsbetingelser for visse kritiske sygdomme, inden udgangen af den måned, hvor gruppemedlemmet fylder 70 år, udbetales en forsikringssum, jfr. aftalens § 2.

…
Det er en forudsætning for dækning, 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.

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 § 1, tredje stk., udtræder tillige af dækningen samtidig med udtrædelsen af DFL.

…

§ 9.
Forsikringsoversigt

FG sørger for information til de forsikrede via de enkelte selskaber".

8. 86598

I Gruppeforsikringsregulativ mellem Finanssektorens Arbejdsgiverforening (FA) og Danske Forsikringsfunktionærers Landsforbund (DFL) fremgår blandt andet:

> ”Regulativets dækningsområde:
> Medarbejdere omfattet af en overenskomst indgået mellem FA og DFL, et FA-medlemsselskab og DFL”.

Nævnet udtaler:
Det fremgår af sagen, at klageren fratrådte sin stilling den 31. maj 2009. Af det lægefaglige materiale fremgår, at han ved en patologisk undersøgelse foretaget på Rigshospitalet den 15/7 2014 fik stillet diagnosen myelomatose (kræft).

Ifølge forsikringsbetingelserne § 2 er det en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden. Det fremgår endvidere af forsikringsbetingelserne § 6, at forsikrede – i tilfælde af at vedkommende er udtrådt af gruppelivsaftalen, eller aftalen er ophørt som følge af opsigelse eller andre grunde – skal fremsætte skriftlig anmodning over for selskabet 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 uddrag af Gruppelivsaftale nr. 83025 § 3 er det om udtrædelse anført, at dækningen er virksom, når betingelserne i Gruppesikringsregulativet berettiger til gruppelivsforsikring. Endvidere anføres det, at forsikringsdækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor Gruppesikringsregulativets bestemmelser ikke længere er opfyldt. For tilsluttede grupper ophører dækningen ved fratrædelse fra et FA-selskab eller udtrædelse af gruppen i øvrigt.

Det fremgår af gruppesikringsregulativet, at dets dækningsområde er ”medarbejdere omfattet af en overenskomst indgået mellem FA og DFL, et medlemsselskab og DFL”.

Da nævnet må lægge til grund, at klageren, da han fratrådte sin stilling den 31. maj 2009, ikke længere var omfattet af en overenskomst indgået mellem FA og DFL eller et medlemsselskab og DFL, finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet har anset

klageren for udtrådt af ordningen pr. 31. maj 2009. Nævnet må i overensstemmelse med det af selskabet anførte lægge til grund, at det skyldes en fejl hos klagerens tidligere arbejdsgiver, at dækningen fremgik af Pensionsinfo, og at arbejdsgiveren fortsatte præmieindbetalingerne for gruppelivsforsikringen efter klagerens fratræden. Da fejlen ikke skyldes det indklagede selskab, kan forholdet ikke føre til et andet resultat.

Da diagnosen først er stillet flere år efter forsikringstidens ophør, finder nævnet herefter ikke grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels