Den 8. april 2015 blev i sag nr. 86708:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Pensionskassen for Sundhedsfaglige
Tuborg Boulevard 3
2900 Hellerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har tegnet forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme i Pensionskassen for Sundhedsfaglige. Hun klager over størrelsen af den sum, selskabet har udbetalt.

Klageren fik stillet den dækningsberettigende diagnose i 1999, men anmeldte først forholdet til selskabet i 2014. Selskabet – som generelt har afslået at gøre forældelse gældende ved sin behandling af anmeldelser om kritisk sygdom – anerkendte i 2014 forholdet som dækningsberettigende og udbetalte 61.000 kr., svarende til størrelsen af summen i 1999.

Klageren kræver at få summen for 2014 (150.000 kr.) udbetalt; alternativt at få pristalsreguleret summen fra 1999 til 2014-niveau.

Klageren har i klageskemaet af 15/9 2014 bl.a. anført:

> "1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. Supplerende redegørelse kan evt. vedlægges.
>
> Jeg henvendte mig til PKA i marts 2014 med det formål at søge om udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme med baggrund i min diagnose 'blodprop i hjernestammen' - stillet i maj/juni 1999.
> Det er jo mange år siden, men i 1999 var det patienten selv, indlæggelsesafdeling eller arbejdsplads/ tillidsmand, der skulle 'komme i tanker om' mulighed for udbetaling af sum

ved kritisk sygdom og ikke som i dag, hvor der automatisk vil blive givet information til patienten (bilag 6).
I mit tilfælde var der ingen, der var opmærksom på muligheden - inklusive mig selv - der som andre kritisk syge i den situation har rigeligt at gøre med at 'komme på fode' igen.
...
I 2004 (husker ikke præcist hvornår) blev jeg af nær pårørende opfordret til at forhøre mig hos PKA mhp mulighed for at få udbetalt sum ved kritisk sygdom (muligvis pga omtale i medlemsblad nævnt i brev fra klageansvarlig (bilag 5)), desværre henvendte jeg mig telefonisk, således jeg ikke har dokumentation herfor, men jeg fik det svar, at min sag var forældet - og så var den sag jo afsluttet i min optik.

Her i starten af 2014 var der igen en artikel i PKA medlemsbladet om et medlem, der havde fået udbetalt sum ved kritisk sygdom, hvilket igen bevirkede, at jeg fik set på www.pka.dk og det materiale, der er tilgængeligt der. Her fik bl.a. materialet fra 04/10/2010 'Ingen forældelsesfrist på kritisk sygdom i PKA' (bilag 6) mig til at rette telefonisk henvendelse til PKA, om hvorvidt dette også ville gælde for mit tilfælde og fik at vide, at det var tilfældet. I samtalen fik jeg - på spørgsmålet om udbetalingssatsen blev reguleret efter sygdomstidspunkt og/eller - diagnose - at vide, at 'det var hele beløbet eller ingenting'.
Efter indsendelse af ansøgningsskema blev jeg vurderet til at opfylde betingelserne for udbetaling af sum ved kritisk sygdom og fik udbetalt kr. 61.000,- (bilag 3).
...
2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)

Ønske om forhøjelse af udbetaling af sum ved kritisk sygdom - ud fra et ud af to ankeperspektiver:

Primære perspektiv:
Ønsker at få udbetalt beløb for sum ved visse kritiske sygdomme i 2014-niveau - kr. 150.000,- - med baggrund i, at jeg som 'forsikrede' ikke har mulighed for i 'mine' forsikringsbetingelser at kunne se PKA's afgørelse af min sag - hverken i det tilgængelige materiale 'PKA forsikringsbetingelser' (bilag 7), 'Sum ved visse kritiske sygdomme' (bilag 8) og øvrige dokumenter på www.pka.dk samt 'Pensionsinfo' (bilag 9).
...
Derfor er begrundelsen, at 'bordet må fange' mht., at det er forsikringsdækning for 2014, der gælder, når PKA i det tilgængelige materiale informerer om, at der ingen forældelsesfrist er på kritisk sygdom uden at beskrive, at beløbsstørrelsen er afhængig af diagnose-tidspunktet (bilag 6, bilag 7, bilag 8).
...
Alternativt perspektiv:
Såfremt PKA's sags afgørelse af udbetaling af kr. 61.000,- er uomtvistelig, ønskes beløbet kr. 61.000, i 1999-niveau pristalsreguleret til 2014-niveau, med den begrundelse at jeg som 'forsikrede' ikke skal være dårligere stillet end PKA-medlemmer, der d.d. bliver ramt af kritisk sygdom.
Forskellene på medlemmernes situation anno 1999 og anno 2014 er, at d.d. vil en kritisk sygdom udløse kontakt til det pågældende PKA-medlem om mulighed for udbetaling, hvilket ikke var tilfældet før 2007. Således har mange uheldige omstændigheder/tilfældigheder betydet, at der er gået 15 år fra min sygdom til udbetaling af sum ved kritisk sygdom, og når sum så endeligt udbetales, så medfører det i følge PKA's sagsbehandling, at 'forsikrede' stilles væsentligt dårligere mht købekraft af det udbetalte beløb.

Beløbet på kr. 61.000,- havde udbetalt i 1999 resulteret i en helt anderledes købekraft, end beløbet vil give adgang til i dag, og den omstændighed vil for en beløbsudbetaling i andre

sammenhænge udløse pristalsregulering til aktuelt gældende niveau - eks. lønkroner vedr. funktionstillæg eller lign.

Desuden finder jeg det grotesk, at PKA - jf. svarbrev fra klageansvarlig (bilag 5) vælger at følge 'det grundretslige princip at udbetaling / erstatning forfalder på skadetidspunktet', når der skal udbetales penge (kr. 61.000,00 i 1999-niveau), medens PKA 'uden blusel' nedsætter sum ved død med 25 % af beløb opgjort i 2014-niveau (d.v.s. 25 % af kr. 600.000 i stedet for 25 % af sum opgjort i 1999 - kr. 305.869,00), når der skal 'modregnes' til PKA. Nu forventer/ håber jeg ikke, at det bliver aktuelt i min sammenhæng, at sum ved død skal udbetales, men det opleves som dobbeltmoralsk og som et lidt besynderligt princip, hvor jeg kan drage det grundretslige i tvivl.
Svaret fra den klageansvarlige (bilag 5) desangående giver mig ingen forklaring herpå, tværtimod opleves det som en 'sludder for en sladder', og omtalen i PKA medlemsbladet (bilag 10) af 'overgangsbestemmelserne, hvor der i en periode på 3 måneder kunne søges om sum ved kritisk sygdom, fra PKA informerede om de nye regler til de trådte i kraft' føles direkte provokerende, når jeg i samme periode havde fået at vide, at min sag var forældet, samt at der rent faktisk står i omtalte blad (bilag 10) at 'ændringerne vedr. sum ved kritisk sygdom gælder for diagnoser, der stilles efter 1. januar 2005'.
Først i november 2007 blev forældelsesfristen på 5 år ved kritisk sygdom afskaffet (bilag 6)."

Selskabet har i brev af 30/9 2014 til nævnet bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**

Klager søgte den 19. februar 2014 om udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme på baggrund af en blodprop i hjernen, som klager havde fået diagnosticeret i 1999. PKA fik først kendskab til samtlige helbredsoplysninger i klagers sag medio juli 2014.

Klager fik ved brev af 24. juli 2014 tilkendt sum ved visse kritiske sygdomme (Bilag 1). Af brevet fremgår det, at størrelsen af den udbetalte sum er svarende til størrelsen af summen i 1999.

...

Begrundelse

Klager er medlem af Pensionskassen for Sundhedsfaglige og - via dette medlemskab - omfattet af en gruppeforsikring. Gruppeforsikringen er en del af pensionsordningen og finansieres via medlemmets pensionsbidrag. Gruppeforsikringen er et-årig og så vel forsikringsbetingelser som forsikringssummer kan ændres fra år til år. Gruppeforsikringen for pensionskasserne i PKA indeholder bl.a. en dækning ved visse kritiske sygdomme.

Det er et forsikringsretligt grundprincip, at kravet på en forsikringsydelse forfalder på skadestidspunktet. Skadestidspunktet for en forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme er det tidspunkt, hvor den dækningsberettigende diagnose stilles.

I klagers tilfælde er den dækningsberettigede diagnose stillet i 1999, og forsikringsydelsen forfaldt derfor i 1999.

Forsikringsydelsen for sum ved visse kritiske sygdomme var i 1999 på 61.000 kr.

Klager henviser i sin klage til, at det fremgår af Forsikring og Pensions hjemmeside og af forsikringsaftalelovens bestemmelser, at der er krav om, at oplysninger om forsikringsproduktet skal være tilgængelige-for 'forsikrede'.

De til enhver tid gældende forsikringsbetingelser for PKA's gruppeforsikring og oplysning om forsikringssummerne er naturligvis tilgængelige for medlemmerne på PKA's hjemmeside.

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 21, at: 'Er forsikringsbegivenheden indtrådt, skal den sikrede uden ophold give selskabet meddelelse derom, hvis han i den anledning vil rejse krav mod dette.'

Der er med andre ord en forpligtelse for den sikrede til at give hurtig meddelelse, hvis man ønsker at gøre sit krav gældende mod selskabet. Med denne forpligtelse er det samtidig klart, at det ikke er nødvendigt at oplyse forsikringssummer for tidligere år, når medlemmerne skal informeres om forsikringsordningerne. Den sikrede skal nemlig i henhold til loven anmelde sit krav 'uden ophold'.

I forhold til klager, skal vi i øvrigt bemærke, at vi løbende har sendt klager pensionsoversigter, hvor den til enhver tid værende størrelse af 'sum ved visse kritiske sygdomme' er fremgået.

I relation til adgangen til nedsættelse af klagers forsikringssum ved død, blev gruppeforsikringen ændret med virkning fra 1. januar 2005. Bestyrelsens beslutning om at ændre sammensætningen af ordningen, blev taget på baggrund af diskussioner blandt delegerede og blandt udvalgte medlemmer, hvor der blandt flere forhold særligt blev udtrykt ønske om, at gruppesummerne i højere grad kunne komme medlemmet til gode i levende live. Samtidigt var det ønsket, at præmien til gruppeforsikringen ikke steg væsentligt. Disse forhold lå til grund for bestyrelsens beslutning om bl.a. at udvide modregningen af tidligere udbetalte erstatninger i den gruppesum, der kommer til udbetaling ved medlemmets død.

Beslutningen blev kommunikeret til medlemmerne ad flere omgange via medlemsbladet jf. de vedlagte artikler (Bilag 6).

Den konkrete ændring af gruppeforsikringen, som gør, at klagers sum bliver nedsat med 25 % af størrelsen af den til enhver tid gældende sum ved død før dennes eventuelle nedsættelse, fremgår af gruppeforsikringsbetingelsernes § 9, stk. 6 og 7 (Bilag 7).
...
Som angivet i brevet fra PKA's klageansvarlige, havde PKA's medlemmer en periode på tre måneder, hvor man kunne sikre sig, at man alene ville få nedsat 'sum ved død' med det faktisk udbetalte beløb og ikke med 25 % af den til enhver tid gældende sum.

Klager angiver, at hun i 2004 henvendte sig telefonisk for at forhøre sig om muligheden for at få udbetalt sum ved kritisk sygdom, men fik den besked, at hendes krav var forældet.

Som klager også selv angiver, er der ikke dokumentation for dette forhold; og der foreligger heller ikke et telefonnotat om en sådan henvendelse i medlemmets sag.

Reglen om nedsættelse af sum ved død med 25 % gælder jf. ovenfor uanset størrelsen af den udbetalte forsikringsydelse.

I klagers tilfælde betyder det, at 'sum ved død' nedsættes med et større beløb, end klager har fået udbetalt. Hvis klager på den baggrund har fortrudt, at hun har søgt og fået udbetalt sum ved visse kritiske sygdomme, skal vi anmode klager om at rette henvendelse til os.

Ankenævnet for Forsikring har i andre sager, der er udsprunget af den store ændring af pensionskassernes gruppeforsikring pr. 1. januar 2005 fastslået, at gruppeforsikringen er etårig, og at forsikringerne godt kan ændres, jf. ankenævnets kendelse i sag 74.098 og 73.613.

Konklusion

På baggrund af ovennævnte er det samlet set PKA's opfattelse, at klager har fået udbetalt den korrekte sumstørrelse ved udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, da hendes diagnose blev stillet i 1999, hvor summens størrelse var 61.000 kr.

Nedsættelsen af klagers 'sum ved død' er sket i overensstemmelse med forsikringsbetingelsernes bestemmelse herom, og skal ligeledes fastholdes."

Klageren har i brev af 12/10 2014 til nævnet hertil bl.a. bemærket:

"PKA fremfører i begrundelse (*E) - og henviser ligeledes i sags fremlæggelsen (*Aa) til - at det er 'skadestidspunktet, der afgør sumstørrelsen udbetalt ved visse kritiske sygdomme, og at dette er et forsikringsretligt grundprincip'. En henvisning til juridiske principper jeg som PKA-medlem ikke har tilgang til at kunne fremfinde.
...
Allerførst vil jeg starte med PKA's udlægning (*A) og i relation hertil meddele, at det er ikke de 25 %, jeg anker over, men disharmonien i : at der trækkes af et 2014-niveau, når det gælder nedslag i 'sum ved død' (alias krav til medlemmets 'bidrag' i den forbindelse) og så snart det handler om udbetaling af 'sum ved visse kritiske sygdomme' (alias krav til PKA's bidrag) så er det 1999-niveau uden pristalsregulering til 2014-niveau."

Selskabet har i brev af 22/10 2014 til nævnet anført:

"Klager nævner flere gange, at hun ingen steder kan finde information om de forsikringsretlige grundprincipper. Hertil skal PKA bemærke, at forsikringsretlige grundprincipper er principper, der er udtryk for den til enhver tid herskende opfattelse af de (rets)principper, som det etablerede samfund i form af blandt andet lovgiver, praksis fra domstole og ankenævn, branchekutymer m.v. lægger til grund for vurderingen af forsikringsretlige spørgsmål og som finder anvendelse i situationer, hvor et givent sæt forsikringsbetingelser ikke specifikt behandler et juridisk forhold. Fælles for principperne er, at de er udtryk for gældende ret.

Der er ikke krav om, at en forsikringsaftale indeholder henvisninger til, at gældende ret også gælder for den specifikke aftale.

Klager bemærker videre, at hun alene har klaget over størrelsen af den udbetalte sum ved visse kritiske sygdomme, og at nedsættelsen af gruppeforsikringens 'sum ved død' ikke er et selvstændigt klagepunkt. Dette tager PKA til efterretning."

Klageren har i brev af 5/11 2014 til nævnet hertil bemærket:

"Disse forhold (lovparagraffer, praksis fra domstole og ankenævn m.v.), der lægger til grund for den herskende opfattelse af (rets)principper, har jeg i brev til klageansvarlig (bilag 4*) ønsket mulighed for at kunne læse mhp at se dokumentation for gældende lov / tidligere domsafgivelser.

Baggrund for mit ønske, om ved selvsyn at kunne se dokumentation for PKA's afgørelse om størrelsen af det udbetalte beløb, er, at i modsætning til PKA (j.f. bilag 6*) har de fleste forsikringsselskaber forældelsesfrist for udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme - og derfor kan en sag som min, med så mange år mellem sygdom og udbetaling af forsikringssum, ikke være sager, der er flest af (hvis der er fortilfælde overhovedet). Derfor lyder PKA's henhold til de forsikringsretlige grundprincipper set i relation til omstændighederne i mit tilfælde lidt 'floffy', og af samme årsag har jeg forholdt mig skeptisk til ovennævnte henvisning og ønsket at se dokumentation for afgørelsen.
*bilag: vedhæftet min første henvendelse til ankenævn

Da PKA - indtil nu - endnu ikke har givet mig mulighed for at læse det efterspurgte dokumentationsmateriale, har jeg ingen forventning om at det vil ske på noget tidspunkt - og har derfor ikke yderligere at tilføje sagen."

Nævnet har fået forelagt sagens bilag.

Af forsikringsbetingelserne, der gjaldt på diagnosetidspunktet i 1999, fremgår bl.a.:

"***§ 1. Forsikringsaftalen***

Stk. 1. Forsikringsaftalen, der indgås mellem Aktiva Personforsikring A/S – i det følgende kaldet Aktiva – og forsikringstageren, jf. § 3 b), består af gruppeforsikringsaftalen og nedenstående almindelige forsikringsbetingelser, der er gældende fra og med 1. juli 1996."

Af gruppeforsikringsaftalen, der gjaldt på diagnosetidspunktet i 1999, fremgår bl.a.:

"**Gruppeforsikringsdækningerne § 2**
…
Gruppeforsikringssummerne fastsættes for 1 år ad gangen, og størrelsen fremgår af bilag 2a og 2b til nærværende aftale."

Af bilag 2b fremgår, at dækningssummen for kritisk sygdom pr. 1/1 1999 udgjorde 61.000 kr.

Af forsikringsbetingelserne, der gjaldt på udbetalingstidspunktet i 2014, fremgår bl.a.:

"**§ 2. Gruppeforsikringsaftalen, gruppemedlemmer og forsikringsdækning**
…
Stk. 3. …
Gruppeforsikringssummerne fastsættes for maksimalt 1 år ad gangen, og fremgår af pensionskassens hjemmeside.

§ 9. Udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme

…

Stk. 7. For hver gang et gruppemedlem har fået udbetalt sum ved visse kritiske sygdomme, nedsættes sum ved død, jævnfør § 6, med 25 %, jævnfør dog stk. 8. Nedsættelsen på 25 % beregnes altid ud fra størrelsen af den til enhver tid gældende sum ved død før dennes eventuelle nedsættelse, jævnfør § 6, stk. 5."

Nævnet udtaler:

Klageren fik stillet en dækningsberettigende diagnose i 1999, men anmeldte først forholdet til selskabet i 2014. Selskabet – som generelt har afslået at gøre forældelse gældende ved sin behandling af anmeldelser om kritisk sygdom – anerkendte i 2014 forholdet som dækningsberettigende og udbetalte 61.000 kr., svarende til størrelsen af summen i 1999.

Nævnet bemærker, at klageren er berettiget til den sum, der var gældende på det tidspunkt, hvor hendes sygdom blev diagnosticeret. Herefter, og da forsikringsaftalen ikke rummer hjemmel til pristalsregulering af summen, finder nævnet ikke grundlag for at pålægge selskabet at ændre afgørelsen.

Nævnet bemærker, at forsikringsaftalelovens § 24 generelt hjemler forrentning af forsikringsydelsen fra 14 dage fra det tidspunkt, hvor selskabet har været i stand til at indhente de fornødne oplysninger til at bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse.

Endeligt finder nævnet, at klageren – selv om selskabet i forsikringsbetingelserne eller på forsikringsoversigten kunne have valgt at medtage den oplysning, at det er summen på diagnosetidspunktet, der kommer til udbetaling – ikke har bevist, at selskabet har afgivet fejlagtig eller ufyldestgørende information eller har begået ansvarspådragende fejl i sin sagsbehandling eller rådgivning.

8. 86708

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Kim Sparlund