Ankenævnet for Forsikring

Den 5. august 2015 blev i sag nr. 87806:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Hun klager ved sin repræsentant over udbetalingstidspunktet for forsikringssummen for en anmeldt kritisk sygdom. Det er klagerens opfattelse, at selskabet havde grundlag for at udbetale på et tidligere tidspunkt, og hun kræver som konsekvens heraf udbetaling af renter.

Selskabet har henvist til, at det har udbetalt forsikringssummen på det tidspunkt, hvor der forelå den fornødne dokumentation for, at diagnosekriteriet var opfyldt.

I klageskemaet af 7/3 2015 har klagerens repræsentant bl.a. anført:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag*
> Jeg opretter denne klage på vegne af min kæreste [klageren], CPR. ……-….. [Klageren] fik i december konstateret både en forsnævring og en udposning på hendes kranspulsåre ved hjertet og skulle derfor igennem en dobbelt by-pass operation. Denne operation blev fastsat til 24.02.2015 allerede sidst i januar og [klageren] kunne derfor i ro og mag, rekvirere skemaer til anmeldelse af den kritiske sygdom sidst i januar, udfylde dem med relevante oplysninger og sende dem til forsikringsselskabet. Dette blev gjort d. 29 januar og Forende Gruppeliv har telefonisk meddelt, at papirerne er registreret hos dem d. 04.02.2015. Dette er altså lavet efter reglerne og vi har kopier af skema m.m..
>
> [Klageren] kommer hjem fra … Hospital d. 02.03.2015, efter en operation, hvor hun har svævet mellem liv og død gentagne gange og har været indlagt på intensiv 2 gange, da

hun var ved at dø. Altså en meget hård omgang og [klageren] er d.d. stadig meget hårdt medtaget.

Da vi d. 02.03.2015 stadig ikke har modtaget forsikringssummen fra forsikringsselskabet Alm. Brand, ringer jeg til skadeafdelingen, for at få en forklaring.

Efter diverse viderestillelser får jeg en meget sur dame i røret, som med det samme fortæller, at [klageren] ikke har sendt selskabets formularer ind og at det skal vi først gøre. Damen får så at vide, at det skam er gjort for 5 uger siden og at det kan dokumenteres herfra, og oplyser derefter, at Alm Brand bruger Forenede Gruppeliv og at de er dem, jeg skal tale med og udbetale forsikringssummen. Jeg ringer så til endnu en sur dame, som først komme med samme smøre om, at vi ikke har udfyldt og indsendt diverse papirer og som så for at vide, at de er indsendt det kan dokumenteres. Den sure dame må så indrømme at de faktisk har modtaget papirerne d. 04.02.2015 - altså 4 UGER tilbage, og at der ikke er sket noget som helst. DE " indsamler oplysninger" som hun kalder det. Jeg spørger om der ikke er en tidsfrist på sådan noget og om hvilke regler der er indenfor området, da jeg ikke mener, at [klageren] skal plages af den slags problemer oveni hendes sygdom. Mener også at summer skal udbetales max 10 dage efter operation. Den sure dame oplyser, at jeg da bare selv kan kontakte sygehusene i … og … og få dem til at sende oplysningerne til forende gruppeliv, hvis det skal gå så hurtigt. Damen adspørges om det ikke er selskabets pligt at gøre dette og får så samtidig at vide, at [klageren] har en tilsvarende forsikring i et andet selskab, og at dette selskab har udbetalt pengene og kontaktet [klageren] flere gange, mens Forenede Gruppeliv INTET har gjort og nu næsten 7 uger efter stadig INTET har gjort. Dette til trods for mine klager på mail og telefonopkald og at vores forsikringsselskab Alm Brand, som vi har et godt forhold til, også presser på. Jeg har scannet alle vores mails og vedhæfter dem.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
[Klageren] skal have sin forsikringssum udbetalt efter gældende regler, selskabet skal betale strafrenter, selskabet skal undskylde overfor [klageren] og forklare, hvordan og hvorfor de behandler meget syge og mulige døende kunder så usselt. [Klageren] magter ikke selv at føre denne kamp, så det gør jeg for hende. Der findes mange svage og syge mennesker derude, som er afhængig af at forsikringsselskaberne gør det de hæver deres forsikringspræmie for at gøre og at de gør det hurtigt og korrekt. Der er mange måneders behandlingstid på at klage over denne udelighed netop p.g.a. selskabernes ligegyldighed og dårlige arbejdsmoral og dette vil jeg gerne være med til at stoppe."

Dertil har selskabet i brev af 8/4 2015 til nævnet bl.a. bemærket:

… , som er kæreste til … (klager), har indgivet klage over Forenede Gruppeliv (FG). … er af den opfattelse, at ekspeditionstiden i forbindelse med behandling af klagers ansøgning om udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, var for lang.

Klager har været omfattet af ovenstående gruppelivsforsikring siden 1. september 2008 (bilag A). Gruppelivsforsikringen indeholder dækning ved visse kritiske sygdomme.

Forsikringsbetingelser for dækningen vedlægges som bilag B.

Det fremgår af bilag A, at FG den 3. februar 2015 modtog klagers ansøgning om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt, fordi klager havde fået konstateret hhv. en forsnævring og en udposning på kraniepulsåren.

Klager oplyste i ansøgningsskemaet, at klager var blevet undersøgt/behandlet på … i … og på … Universitetshospital. Klager oplyste ikke i ansøgningsskemaet på hvilke sygehusafdelinger undersøgelsen/behandlingen var foregået.

Da klager havde oplyst i ansøgningsskemaet, at klager søgte om udbetaling for hhv. forsnævring og udposning af kraniepulsåre, skulle sagen vurderes og oplyses efter § 7 F, *Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniel arteriovenøs karmisdannelse (AV-malformation) samt karvernøst angiom i hjernen*.

På den baggrund bad vi den 4. februar 2015 om journaloplysninger fra Neurokirurgisk Afdeling på … Universitetshospital samt …, mhp. at modtage dokumentation for, om diagnosekravet var opfyldt efter § 7 F (bilag C).

Klager blev samme dag orienteret om, at vi havde udbedt os journaloplysninger (bilag D).

Den 3. marts 2015 modtog vi mail fra … , som ikke var tilfreds med vores behandling af sagen. I mallen fremgik det også, at det ikke var en sygdom i hjernen - som anført i ansøgningsskemaet, klager søgte om udbetaling for, men derimod sygdom i hjertet. Klager havde fået foretaget en dobbelt bypass operation i hjertet. …s mail og vores svar på henvendelsen vedlægges som bilag E.

… oplyste i mailen, at klager var blevet opereret på … Universitetshospital og på den baggrund af den oplysning, faxede vi den 4. marts 2015 anmodning om journaloplysninger til … Universitetshospital, Thoraxkirurgisk Afdeling. Vi modtog de udbedte journaloplysninger den 10. marts 2015. Anmodning og journaloplysninger vedlægges som bilag F.

Som tidligere nævnt, skal der foreligge den fornødne dokumentation for, at forsikringsbetingelserne er opfyldt, før der kan ske udbetaling af forsikringssummen. Denne dokumentation forelå først 10. marts 2015 og forsikringssummen blev udbetalt samme dag efter § 7 C, *Bypassoperation eller ballonudvidelse ved kranspulsåreforkalkning* (bilag G).

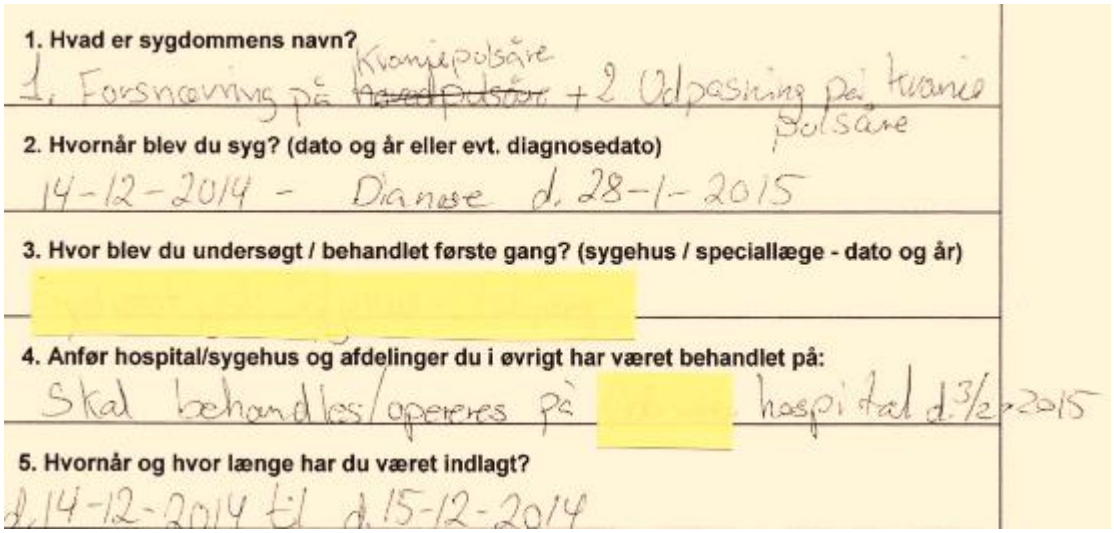
Det er altid beklageligt, hvis en forsikret oplever, at sagsbehandlingstiden er for lang, men i den konkrete sag, er vi af den opfattelse, at sagsbehandlingen forløb indenfor en forventelig tidshorisont.

Vi kan ikke imødekomme klagers anmodningen om betaling af 'strafrenter', som må tolkes som renter efter forsikringsaftaleloven § 24. Renter efter § 24 kan først fordres betalt 14 dage efter FG havde den fornødne dokumentation for udbetaling af forsikringssummen. Det er der ikke forløbet i den konkrete sag, hvor forsikringssummen blev udbetalt samme dag, som FG modtog dokumentation for udbetaling."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen – herunder:

Ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme, der er stemplet modtaget 3/2 2015. Af ansøgningen fremgår bl.a.:

4. 87806



1. Hvad er sygdommens navn?
1. Forsnævring på ~~hovedpulsåre~~ Kranie pulsåre + 2 Udpasning på kranie pulsåre

2. Hvornår blev du syg? (dato og år eller evt. diagnosedato)
14-12-2014 - Dianose d. 28-1-2015

3. Hvor blev du undersøgt / behandlet første gang? (sygehus / speciallæge - dato og år)

4. Anfør hospital/sygehus og afdelinger du i øvrigt har været behandlet på:
Skal behandles/opereres på hospital d. 3/2-2015

5. Hvornår og hvor længe har du været indlagt?
d. 14-12-2014 til d. 15-12-2014

Af mail af 3/3 2015 til selskabet fra klagerens repræsentant fremgår blandt andet:

> "Jeg skriver denne mail på vegne af [klageren] cpr ….
> Hun blev d. 24 opereret på … sygehus, hvor hun fik foretaget en dobbelt by-pass operation.
> Hun har tegnet en forsikring for kritisk sygdom gennem vores forsikringsselskab Alm. Brand og den er hos jer.
> [Klageren] udfyldte og afsendte papirerne med nødvendige oplysninger og i vedlagte kuvert til jer d. 30.01.2015.
> Det er altså over 4 uger siden i modtog brevet, hvilket jeg i dag har fået bekræftet telefonisk. Damen jeg talte med, kunne faktisk kun oplyse, at i "indsamlede oplysninger" og snart ville rykke hospitalerne for dem. Damen mente så, at det kunne jeg som pårørende passende gøre. Disse oplysninger fik i for 4 uger siden. Til info kan jeg oplyse, at [klageren] har en lignende forsikring i et andet selskab og de har kunnet få oplysningerne og har udbetalt pengene til [klageren] for mere end en uge siden."

Af forsikringsbetingelserne fremgå blandt andet:

> "**§ 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, hvor 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."

Det fremgår af formularen FP 610 Forsikringserklæring – Lægens svar, der er underskrevet af lægen den 5/3 2015, at denne er blevet faxet den 10/3 2015.

5. 87806

Nævnet udtaler:
Nævnet finder at måtte lægge til grund, at klageren ved en fejl i sin ansøgning anførte, at hendes sygdom var "Forsnævring på Kraniepulsåre", og at selskabet som følge heraf anmodede den forkerte afdeling - en neurokirurgisk afdeling - om dokumentation. Ved mail af 3/3 2015 til selskabet oplyste klagerens repræsentant, at klageren havde fået foretaget en "dobbelt by-pass operation". Selskabet indhentede herefter dokumentation fra en thoraxkirurgisk afdeling, og udbetalte forsikringssummen samme dag - 10/3 2015 - som dokumentationen blev modtaget.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at fastslå, at selskabet i sin sagsbehandling har handlet på en sådan måde, at det kan begrunde et erstatningsansvar i forhold til klageren. Henset til at selskabet udbetalte forsikringssummen samme dag, som dokumentationen blev modtaget fra den thoraxkirurgiske afdeling, finder nævnet endvidere, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at udbetale renter i henhold til forsikringsaftalelovens § 24.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand