Ankenævnet for Forsikring

Den 3. maj 2016 blev i sag nr. 88908:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren var via sit ansættelsesforhold omfattet af en gruppelivsforsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Hun klager over, at selskabet har afvist at yde dækning i forbindelse med en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har anført, at klagerens dækning ophørte den 31/8 2014 på grund af hendes alder, og at hun ikke har anmeldt sin diagnose inden for anmeldelsesfristen på 6 måneder efter forsikringens ophør.

Ved anmeldelsesskema af 8/10 2015 til selskabet oplyste klageren, at hun i september 2010 fik konstateret kronisk lymfatisk leukæmi, og at hun i det efterfølgende år modtog behandling herfor. I vedlagt brev til selskabet af samme dato oplyste hun videre:

> "Jeg er blevet gjort opmærksom på, fra … [klagerens fagforening], at jeg som … og omfattet af gruppeliv forsikring og som har pådraget mig KRITISK SYGDOM dermed er berettiget til erstatning/forsikringsbeløb.
>
> Under min sygdom henvendte jeg mig til … [klagerens pensionsselskab], for at få yderligere information angående dette. Jeg blev desværre fejlinformeret og har desværre ikke navnet på den person, jeg dengang talte med.
>
> Grundet min dengang meget kritiske og alvorlige sygdom, havde jeg ikke overskud til at gå videre med sagen og troede at de oplysninger, som jeg dengang fik og var korrekte."

Ved brev af 21/10 2015 til klageren afviste selskabet at yde dækning for den anmeldte sygdom.

I klageskema af 5/1 2016 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …
> Jeg skal herved indbringe FG Forenede Gruppelivs afslag af 11. december 2015 for Ankenævnet for Forsikring. Jeg har ovenfor oplyst FG gruppelivaftale af 1. januar 2014, police nr. …, som oplyst af FG. Jeg er ikke bekendt med om der er tidligere aftaler, som kan være relevant vedrørende Deres afgørelse af min klage.
>
> I september 2010 får jeg konstateret en alvorlig kritisk sygdom med den efterfølgende diagnosticering Kronisk lymfatisk leukæmi. Omkring november-december tog jeg kontakt til [klagerens pensionsselskab] for at få vejledning til at søge det erstatningsbeløb jeg som … og som medlem af Forenede Gruppeliv var berettiget til i tilfælde af kritisk sygdom. Beløbet lød på 100.000 kr. Den pågældende medarbejder jeg talte med hos klagerens pensionsselskab] oplyste mig på daværende tidspunkt om at jeg, idet jeg var fyldt .. år, ikke længere var berettiget til at få erstatning. Jeg fik taget blodprøver hos egen læge den 26 august 2010 og fik konstateret kræft først i september, d.v.s. en uge efter mit fyldte .. års fødselsdag. Medarbejderen hos [klagerens pensionsselskab] forklarede, at diagnosen skulle stilles forinden man var fyldt .. år. På grund af min dengang meget alvorlige og kritiske sygdom og pludselige livsforandring, havde jeg ikke overskuddet til at følge op på medarbejderens informationer. Desuden stolede jeg på, at de informationer som jeg havde fået oplyst var korrekte. Desværre har jeg ikke navnet på denne medarbejder og ej heller skriftlig dokumentation på den vejledning som jeg fik i sin tid, idet den var telefonisk. Siden da, er jeg blevet bekendt med, at jeg var og er fuld berettiget til at få udbetalt erstatningssummen på de 100.000 kr. Dette blev jeg først langt senere oplyst om via formanden fra … [fagforening].
>
> Det skal desuden oplyses, at hverken min arbejdsgiver eller min fagforening, som dengang var orienteret om mit sygdomsforløb, gjorde mig opmærksom på, at jeg var berettiget til et erstatningsbeløb.
>
> Efter dette sendte jeg i oktober 2015 en anmodning om erstatning til Forenede Gruppeliv med dertilhørende beskrivelse af sygdomsforløb, fejlinformering og sygdomsjournal med henblik på at få min sag vurderet ud fra de beskrevne særlige omstændigheder. Kort tid efter modtager jeg et afslag, alene ud fra den begrundelse, om en regel om tid, og min sag blev således aldrig været sagligt vurderet, ud fra de særlige forhold, som jeg mener gør sig gældende i dette tilfælde. Jeg mener at der forefindes særlige forhold, som bør tages højde for og som kalder på en REVURERING af min sag og min berettigelse til erstatningssummen. Jeg har som trofast medlem betalt til Forenede Gruppeliv i 40 år og har således været et betalende medlem i hele min sygdomsperiode og frem til september 2014, hvor jeg fylder .. år. Dette kan dokumenteres. Til orientering var jeg fra september 2010 sygemeldt i 10 måneder, hvorefter jeg startede langsomt op over et halvt år til igen af være på fuld tid.
> …
> Jeg tillader mig at opridse en tidslinje over forløbet for overblikkets skyld.
>
> | | |
> |---|---|
> | 26. august 2010 | Blodprøver hos egen læge |
> | September 2010 | Konstatering af kritisk sygdom (Alder .. år) |
> | November – december 2015 | Kontakt til [klagerens pensionsselskab] |
> | September-oktober 2015 | Kontakt til … [fagforening] |

Oktober 2015	Indsendelse af anmodning om erstatningskrav
Oktober 2015	Afslag på erstatningskrav.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
Jeg vil opnå at få udbetalt den erstatning, som jeg var og er berettiget til, og som med rette information og vejledning fra begyndelsen for længst ville have været udbetalt til mig."

Selskabet har i brev af 2/2 2016 til nævnet bl.a. bemærket:

"Det fremgår af § 1 i bilag A, som er et uddrag af gruppelivsaftale …, som var gældende i 2014 da klager udtrådte af gruppelivsaftalen, at gruppelivsaftalen dækker samtlige medarbejdere som nævnt under § 1, A) - C), som er fyldt 18 år og havde mindst 8 timers beskæftigelse.

Det fremgår af § 3 i bilag A, at dækningen ophører ved udgangen af den måned, hvor forsikrede fylder ... år. Det betyder, at klagers dækning efter gruppelivsaftale … ophørte 31. august 2014.

Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt. I § 6 i bilag B, som er forsikringsbetingelserne for dækning ved kritisk sygdom, fremgår, 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 28. februar 2015. Vi modtog anmodning om udbetaling af forsikringssummen 8. oktober 2015 (bilag C).

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

Klager skriver i klagen til Ankenævnet, at klager blev misinformeret af [pensionsselskabet], da klager rettede henvendelse til [pensionsselskabet] i efteråret 2010 med henblik på anmeldelse af sin sygdom.

Det var først ved kontakt til … [fagforening], at klager blev bekendt med reglerne for gruppelivsforsikringen.

Som medlem af … [fagforening] er man forsikret ved kritisk sygdom hos [pensionsselskabet], med mindre man har en gruppelivsforsikring hos FG gennem sit ansættelsesforhold. Det fremgår af dokumentationen vi modtog i forbindelse med ansøgningen (lønseddel i bilag C), at klager havde en gruppelivsforsikring hos FG via sin ansættelse i … [firma]. Gruppelivsforsikringen administreres af FG og ikke af [pensionsselskabet].

Gruppelivsaftale … er en såkaldt 'anonym' gruppelivsaftale, hvilket betyder, at den enkelte forsikrede ikke er registreret i FG, men det er … [arbejdsgiveren], hvor forsikrede er ansat, som registrer hvem der er dækket af gruppelivsaftalen.

Det er således ikke FG der kan give individuel information om gruppelivsforsikringen til den enkelte forsikrede. FG udarbejder forsikringsoversigt, som indeholder de væsentligste oplysninger om forsikringsdækningen, herunder ophør af gruppelivsforsikringen. Forsikringsoversigten er tilgængelig for de forsikrede på FGs hjemmeside og FG sørger for information til de forsikrede via … [arbejdsgiver], som anført i § 9 i uddrag af gruppelivsaftalen.

Da FG ikke har individuelt kendskab de forsikrede under gruppelivsaftalen og gruppelivsaftalen ikke indeholder regler om rådgivnings- eller orienteringspligter for FG, er det FGs opfattelse, at FG ikke ifalder erstatningsansvar over for klageren for manglende rådgivning efter reglerne i god skik bekendtgørelsen.

Det forhold, at klager kan være blevet misinformeret af en medarbejder i [pensionsselskabet], kan ikke tilregnes FG og kan derfor ikke føre til, at FG bliver erstatningsansvarlig over for klager på det grundlag.

Da tidsfristen for anmeldelse er overskredet, fastholdes vores afgørelse om, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen."

Klagerens fagforening har i brev af 2/3 2016 til nævnet bl.a. noteret:

"Under … [klagerens] langvarige sygefravær, som har varet mere end et år, og herunder flere indlæggelser på … Sygehus, har det ikke været muligt for [klageren] at have information og viden om, at hun skulle kontakte sit forsikringsselskab vedrørende udbetaling af kritisk sygdom.

[Klageren] har ikke på noget tidspunkt under sin langvarige indlæggelse været gjort opmærksom på at kontakte forsikringsselskabet.

[Klageren] har under sin lange sygdomsperiode været optaget af at blive helbredt og passe sin behandling og derfor ikke haft overskud til på noget tidspunkt at sætte sig ind i reglerne.

Vi anmoder derfor Ankenævnet for Forsikring om at se bort fra 6-måders fristen og dispensere i forhold til de omstændigheder [klageren] har stået i og derfor træffe en ny afgørelse i sagen."

I forsikringsbetingelserne hedder 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, 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.

…

§ 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.
…
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:
- Akut leukæmi
- Kronisk myeloid leukæmi
- Behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi i stadium Ill og IV (high risk/stadie B og C)
- Myelomatose
- Lymfomer (lymfeknudekræft)
- Hodgkin's sygdom i stadie II-IV
- Essentiel trombocytose
- Polycytæmia vera
- Myelofibrose
- Høj risiko myelodysplastisk syndrom (MDS)
- Kronisk myelomonocystisk leukæmi (CMML) type 2"

Af uddrag af gruppelivsaftalen, som klageren var omfattet af, fremgår det bl.a.:

"***§1.***
Hvem er omfattet af forsikringen
Gruppelivsaftalen omhandler gruppelivsforsikring af følgende grupper af medarbejdere, der er fyldt 18 år og har mindst 8 timers gennemsnitlig ugentlig beskæftigelse.

A) De [hos arbejdsgiveren] ansatte … - bortset fra … - der oppebærer løn, rådighedsløn eller ventepenge.

Tidligere … - bortset fra … - som er fratrådt stillingen … [hos arbejdsgiveren] med aktuel egenpension forsikres med 50% af de i § 2 angivne dødsfaldssummer og 100% børnesummer.
…
Kritisk sygdom: Hvis et gruppemedlem inden det fyldte 67. år pådrager sig en kritisk sygdom som angivet i de vedhæftede særlige forsikringsbetingelser - udbetales en forsikringssum - jfr. Aftalens § 2.
…
§ 3.
Indtrædelse og udtrædelse
Når betingelserne i § 1 er opfyldt, er dækningen virksom efter 6 måneders uafbrudt ansættelse … [hos arbejdsgiveren].

Ved direkte stillingsskift indenfor aftalens område samt … [afdeling] bortfalder kravet om 6 måneders ansættelse, forudsat gruppelivsrettigheder er opnået inden stillingsskiftet. For … er dækningen virksom straks fra ansættelsen.

Dækningen ophører ved fratrædelse, dog senest ved udgangen af den måned, hvori pågældende fylder 67 år. For ansatte omfattet af § 1, C. ophører dækningen endvidere, når det samlede bidrag til en pensionsordning udgør 8,22 % eller derover."

Nævnet udtaler:

Det fremgår af sagen, at klageren i september 2010 fik konstateret leukæmi, og at hendes forsikringsdækning ophørte den 31/8 2014. Hun har oplyst, at hun kort tid efter sin diagnose i 2010 henvendte sig til sit pensionsselskab, der oplyste, at hun på grund af sin alder ikke var berettiget til udbetaling ved kritisk sygdom. Hun har videre oplyst, at hun først ved henvendelse til sin fagforening i 2015 blev opmærksom på, at hun havde modtaget forkert rådgivning af pensionsselskabet omkring muligheden for dækning ved kritisk sygdom.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 6, at en anmodning om udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom skal være fremsat inden 6 måneder efter, at dækningen er ophørt. En sådan anmeldelsesfrist kan gyldigt aftales, når fristen udgør mindst 6 måneder, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6.

Der er tale om en bestemmelse, der objektivt afgrænser selskabets dækningsforpligtelse i forbindelse med forsikringens ophør. Bestemmelsen giver ikke nævnet mulighed for at dispensere fra reglen på grund af klagerens utilregnelige uvidenhed om sit krav.

Som sagen foreligger oplyst må nævnet lægge til grund, at den af selskabet lovligt fastsatte anmeldelsesfrist for klagerens krav udløb den 28/2 2015, og at klageren først indgav anmodning om udbetaling af forsikringssummen den 8/10 2015. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen til klageren.

Nævnet finder under henvisning til det af det indklagede selskab anførte om, at gruppelivsforsikringen er tegnet hos det indklagede selskab af klagerens arbejdsgiver – og altså ikke med pensionsselskabet som aftalt mellemmand og kunderådgiver – at der ikke er grundlag for at lade det indklagede selskab hæfte for eventuelle rådgivningsfejl, som pensionsselskabet måtte have foretaget i forhold til klageren.

7. 88908

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings