

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 12. oktober 2022 blev i sag nr. 98175:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. Sagen har tidligere været forelagt for nævnet, der i kendelse af 16/3 2022 blandt andet udtalte:

"Nævnet udtaler:

Selskabet har under henvisning til, at der er gået mindre end 10 år, siden klageren fik stillet en kræftdiagnose, afvist at udbetale sum ved kritisk sygdom i anledning af, at klageren i februar 2021 blev diagnosticeret med kræft i tyktarmen. Selskabet har anført, at det ved gennemgang af de lægelige bilag konstaterede, at klageren i 2014 også fik stillet en kræftdiagnose. Selskabet har den 7/4 2021 udbetalt summen ved kritisk sygdom, der var gældende i 2014 under henvisning til, at klageren i 2014 fik stillet en dækningsberettigende diagnose.

Klageren ønsker at få udbetalt summen, der gjaldt i 2021, da denne er højere end summen, der gjaldt i 2014. Klageren har bl.a. anført, at hun i 2014 forhørte sig hos selskabet og fik at vide, at hun ikke var berettiget til kritisk sygdomsdækning, og at hun er uenig i, at den stillede diagnose i 2014 er dækningsberettigende. I anden række kræver klageren renter af den udbetalte erstatning fra 2014 til 2021.

Af hospitalsjournalnotat af 25/7 2014 fra den behandlende afdeling fremgår bl.a., 'man finder en stilet polyp på 2,5 cm 40 cm fra anus. Dette fjernes med varm slynge. Histologisvar viser adenokarcinom i polyppen, men radikalt fjernet med betydelig afstand til resektionsranden på 7 mm.'

Af forsikringsbetingelserne for 2014 fremgår bl.a., '§ 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). ... Diagnosen anses for stillet, når histologisk eller cytologisk undersøgelse er vurderet af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).'

Af forsikringsbetingelserne for 2020 fremgår bl.a., 'Der kan ske udbetaling for op til to kræftdiagnoser, der diagnosticeres i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne i § 7 A. Det er dog en betingelse for udbetaling for den anden kræftdiagnose, at der er gået mindst 10 år, siden den første kræftdiagnose i forsikringstiden blev stillet. Det er yderligere en betingelse for anden udbetaling, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) af kræftdiagnosen i 10-års perioden.'

Sumudbetaling

Nævnet finder at måtte lægge til grund, at klageren i 2014 fik stillet en dækningsberettigende kræftdiagnose, der opfyldte betingelserne i § 7A, da histologisvaret viste adenokarcinom i den bortopererede polyp.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale summen ved kritisk sygdom i anledning af den i februar 2021 stillede kræftdiagnose, og at selskabet i stedet for har udbetalt summen i anledning af den i 2014 stillede kræftdiagnose.

Nævnet har lagt vægt på, at diagnosen, der blev stillet i 2014, blev stillet mindre end 10 år tidligere end den stillede diagnose i 2021.

Renter

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 24, at forsikringsydelsen kan kræves betalt og forrentet 14 dage efter, at selskabet har været i stand til at indhente de oplysninger, der er nødvendige til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse.

Klageren har over for nævnet fremsat krav om, at selskabet betaler renter af sumudbetalingen fra 2014 til 2021.

Af de fremlagte bilag i sagen fremgår der ikke oplysninger om, at selskabet har udbetalt renter.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet skal udbetale renter af sumudbetalingen fra den 25/3 2021 til den 7/4 2021.

Nævnet har lagt vægt på oplysningerne om, at selskabet modtog oplysninger om kræftdiagnosen i 2014 den 11/3 2021 og udbetalte summen den 7/4 2021.

Nævnet finder ikke grundlag for at pålægge selskabet at betale yderligere renter, da nævnet må lægge til grund, at klageren ikke har dokumenteret, at hun tidligere har anmeldt til selskabet, at hun i 2014 var diagnosticeret med en dækningsberettigende kræftdiagnose."

Nævnets formand har efter anmodning fra selskabet tilladt genoptagelse af sagen. Selskabet i brev af 12/4 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Ankenævnets afgørelse om renter

Det fremgår af kendelsen, at ankenævnet har lagt vægt på, at det angiveligt ikke fremgår af de bilag, som selskabet har fremlagt i sagen, at selskabet har udbetalt renter til klager. Ankenævnet finder således, at selskabet skal betale renter af sumudbetalingen fra den 25. marts 2021 til 7. april 2021 under henvisning til forsikringsaftalelovens § 24.

Ved fastsættelse af renteperioden har ankenævnet lagt vægt på, at selskabet modtog journaloplysninger 11. marts 2021, som bekræftede kræftdiagnosen i 2014, men at selskabet først udbetalte forsikringssummen 7. april 2021.

Det bemærkes, at selskabet i sin besvarelse af ankenævnsklagen af 22. oktober 2021 vedhæftede bilag I, som er et brev til klager af 28. maj 2021. I brevet fremgår det, at selskabet har betalt renter af sumudbetalingen efter forsikringsaftalelovens § 24. Derudover fremgår det, at selskabet har betalt rentegodtgørelse svarende til forsinkelsen af udbetalingen ved kritisk sygdom.

Selskabets betaling af renter

Da klager søgte om udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom, fremgik det af ansøgningsskemaet, at klager var omfattet af en gruppelivsforsikring gennem [andet pensionsselskab]. Selskabet rettede efter fast praksis henvendelse til [andet pensionsselskab] for at få bekræftet forsikringsforholdet, herunder oplysning om forsikringsdækninger. [Andet pensionsselskab] bekræftede 23. februar 2021, at klager var omfattet af dækning ved kritisk sygdom hos [andet pensionsselskab].

Selskabet rettede igen henvendelse til [andet pensionsselskab] 15. marts 2021, efter at selskabet modtog dokumentation for, at klagers kræftdiagnose blev stillet i 2014. [Andet pensionsselskab] oplyste i mail af 19. marts 2021 til selskabet, at klager ikke havde en forsikring ved kritisk sygdom gennem [andet pensionsselskab] i 2014. Selskabets mailkorrespondance med [andet pensionsselskab] vedlægges som bilag J.

Da klager ikke var omfattet af en forsikring med kritisk sygdom i 2014, modtog klager 23. marts 2021 afslag på udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom, se bilag K.

Selskabet anerkendte efterfølgende overfor klager, at selskabet i forbindelse med behandling af sagen, og efter at [andet pensionsselskab] ikke kunne bekræfte dækning i 2014, skulle have kontaktet klager for at få oplyst klagers forsikringsdækninger på diagnosetidspunktet, og at selskabet skulle have bedt klager sende en lønseddel som dokumentation for, at klager var omfattet af en gruppelivsaftale gennem sin arbejdsgiver i 2014.

Selskabet valgte på den baggrund at betale renter efter forsikringsaftalelovens § 24 for perioden fra 29. marts 2021 til 7. april 2021. Se renteberegning i bilag L og bilag M, som er et brev til klager af 6. maj 2021 med orientering om betaling af renter.

Selskabet er af den opfattelse, at der ikke skal beregnes renter fra et tidligere tidspunkt, da det først var 19. marts 2021, at selskabet blev bekendt med, at klager ikke havde forsikringsdækning gennem [andet pensionsselskab] i 2014.

Konklusion

På grundlag af ovenstående redegørelse om selskabets rentebetaling, anmoder selskabet om genoptagelse af sagen."

Klageren har i brev af 27/5 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg er ikke enig i renteberegningen, som jeg tidligere har anført i min korrespondance med FG.

Jeg mener der er tale om en forsinkelse på 20 dage. FG mener 14 dage og udbetaler så for 10 dage. Jeg mener fortsat de 20 dage skal ligge til grund for renteberegning. Og undrer mig fortsat over at FG udbetaler for 10 dage, når FG selv mener 14 dage."

Selskabet har i brev af 9/6 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Efter forsikringsaftaleloven § 24 kan forsikringsydelsen kræves betalt 14 dage efter, at selskabet har været i stand til at indhente de oplysninger, der er nødvendige til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse.

Som tidligere beskrevet er det selskabets opfattelse, at forsikringssummen tidligst forrentes fra 14 dage efter 19. marts 2021, da det først var fra denne dato, at selskabet blev bekendt med, at klager ikke havde forsikringsdækning gennem [andet pensionsselskab] i 2014.

Klager har i sine bemærkninger ikke taget højde for 14-dagesfristen i § 24. Selskabets formulering i brev af 6. maj 2021, om at forsikringssummen blev udbetalt ca. 14 dage senere end, hvis der ikke var begået fejl, skal ses i sammenhæng med den nævnte frist i § 24.

Det betyder, at selskabet valgte at forrente forsikringssummen i en længere periode, end hvad selskabet var forpligtet til efter § 24.

Selskabet kan ikke imødekomme, at forsikringssummen forrentes i 20 dage."

Til dette har klageren fremsendt brev af 14/7 2022 og 15/7 2022, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg er ikke enig i bemærkningen om, at jeg ikke har taget højde for 14 dages fristen. Lægges til grund af datoen 11/3 som FG påstår de først fik bekræftelse på diagnosen, skal renter udbetales fra 25/3 og ikke 29/3 som jeg reelt har modtaget renter for. (hvilket også fremgår af nævnets afgørelse). Der mangler således 4 dages renter, hvis FG's egen påstand lægges til grund. Denne påstand er dog ikke korrekt, idet de har været i besiddelse af den viden tidligere - jvf. mine tidligere skrivelser. Jeg fastholder at renteperioden skal være 20 dage.

...

Jeg har uploadet dokument indeholdende skrivelse sendt til FG, hvor det fremgår at FG har kendt til diagnosen tidligere end påstået."

Ankenævnet for Forsikring

5.

98175

Hertil har selskabet i brev af 28/7 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Det uploadede dokument, som er udateret, sendte klager til selskabet 9. april 2021 efter selskabet havde udbetalt forsikringssummen ved kritisk sygdom 7. april 2021. I dokumentet ses ikke dokumentation for, at selskabet havde kendt til diagnosedatoen i 2014 på et tidligere tidspunkt end beskrevet i selskabets tidligere besvarelser af klagen.

Det skal bemærkes, at alene et kendskab til en diagnosedato ikke kan stå alene, men skal altid følges op af journaloplysninger, som indeholder dokumentation for diagnosedatoen, jf. bilag C eller bilag D til selskabets besvarelse af klagen 22. oktober 2021. Derudover skal det kunne dokumenteres, hvilken gruppelivsaftale klager var omfattet af på det konkrete diagnosetidspunkt.

Selskabet fastholder tidligere besvarelser i deres helhed – både i den oprindelige klagesag samt i genoptagelsessagen, hvor der oplyses konkrete datoer for sagens behandling."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af selskabets korrespondance med andet pensionsselskab fremgår bl.a.:

"Fra [indklagede selskab]

Sendt: 22. februar 2021 12:02

Til [Andet pensionsselskab]

...

Vedrørende [Klageren] CPR nr. [...].

Gruppelivsaftale nr. og undergruppe: [2]

Indtrædelsesdato: 01.11.1987

VKS summens størrelse på diagnosetidspunktet i 2021: 350.000 kr.

Evt. fratrædelsesdato: Ikke fratrådt

...

Fra [Indklagede selskab]

Sendt; 15. marts 2021 11:26

Til [andet pensionsselskab]

...

Kan I oplyse om der også var dækning ved VKS i 2014? I bekræftende fald bedes gruppelivsaftale samt VKS summens størrelse oplyst.

...

Fra [Andet pensionsselskab]

Sendt: 19. marts 2021 11:29

Til [Indklagede selskab]

...

På denne ordning som [kollega] har besvaret i nedstående, har denne ikke haft en kritisk sygdomsforsikring i 2014."

Af selskabets brev af 6/5 2021 om udbetaling af renter fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget din mail af 19. april 2021, hvor du klager over, at du ikke har fået fyldestgørende svar på klagepunkterne i din mail af 9. april 2021, hvor du klager over sagsforløbet i forbindelse med din ansøgning om udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom.

Vi henviser til gennemgangen af sagsforløbet i vores brev af 14. april 2021. Det kan tilføjes, at journalen, som vi modtog fra [...] Hospital den 26. februar 2021, indeholdt information om, at du tidligere havde haft et kræftforløb, men diagnosedatoen fremgik ikke. Først da vi modtog supplerende journaloplysninger den 11. marts 2021, blev vi bekendt med, at kræftsygdommen var diagnosticeret i 2014.

Derudover oplyser du korrekt, at det kun var gruppelivsforsikringen i FG, der blev overført til [andet pensionselskab] fra 1. januar 2019, og ikke pensionsordningen som allerede var etableret i [andet pensionselskab].

Vi er enige i, at vi i forbindelse med behandling af sagen skulle have kontaktet dig for at få oplyst dine forsikringsdækninger på diagnosetidspunktet i 2014 og bedt dig sende en lønseddel som dokumentation for, at du var omfattet af gruppelivsaftalen gennem [...] i 2014.

Det var en fejl, og det undskylder vi for. Det er indskærpet i FG, at tilsvarende fejl ikke må ske, og vi vil se på, om vores forretningsgange kan forbedres. Fejlen medførte, at forsikringssummen blev udbetalt ca. 14 dage senere end, hvis der ikke var begået fejl. På den baggrund udbetaler vi efter principperne i forsikringsaftaleloven § 24, renter for 10 dage, som svarer til 454 kr. Beløbet overføres til konto nr. [...] og vil være til disposition i løbet af få dage.

Den udbetalte erstatning svarer til forsikringssummen, som var gældende for gruppelivsaftalen på diagnosetidspunktet i 2014.

Du har bedt om kompensation for den behandling, som du har været udsat for. Vi kan ikke kompensere dig økonomisk ud over rentegodtgørelsen, med mindre du dokumenterer, at du har haft et økonomisk tab på grund af fejl i vores sagsbehandling."

Af selskabets brev af 28/5 2021 til klageren fremgår bl.a.:

"Diagnosedatoen for diagnosen i 2014

Som tidligere nævnt modtog vi den 26. februar 2021 journaloplysninger fra [...] Hospital, hvor det stod, at du tidligere havde haft et kræftforløb. Diagnosedatoen fremgik imidlertid ikke.

Det fremgår af § 7 A, Kræft, at en kræftdiagnose anses for stillet, når en speciallæge i vævsundersøgelse (patologisk anatomi) har stillet diagnosen baseret på mikroskopisk undersøgelse af en vævsprøve (biopsi) eller eventuelt af en celleprøve (cytologi). Da [...] Hospital ikke havde medsendt resultatet fra den mikroskopiske undersøgelse vedrørende dit tidligere kræftforløb, kunne vi ikke bestemme diagnosedatoen. Derfor indhentede vi supplerende journaloplysninger.

Først da vi modtog supplerende journaloplysninger den 11. marts 2021, kunne vi fastsætte diagnosedatoen, som var i juli 2014.

Derfor er du ikke berettiget til yderligere rentegodtgørelse efter forsikringsaftalelovens § 24.

Hvilken diagnose skal der udbetales for

Det fremgår af § 1 i forsikringsbetingelserne, at når en diagnose er stillet som krævet i forsikringsbetingelserne kan forsikringssummen udbetales. Det fremgår videre af bestemmelsen, at der an-

vendes de forsikringsbetingelser, og der udbetales den forsikringssum, som var gældende den dag, hvor diagnosen blev stillet.

Da din første kræftdiagnose opfyldte betingelserne for udbetaling i juli 2014, er det forsikringssummen gældende i 2014, der korrekt blev udbetalt den 7. april 2014.

Henvisning til persondatareglerne

Du skrev i din klage vi modtog 12. april 2021, at du undrer dig over, at vi ikke har et nøjagtigt kendskab til, hvorledes du er forsikret gennem din ansættelse i [...], og hvorfor vi ikke i første omgang kontaktede [arbejdsgiver] for at få en afklaring af dit forsikringsforhold.

Vi oplyste, at vi ikke kontaktede [arbejdsgiver] på grund af persondatareglerne, fordi en henvendelse til [arbejdsgiver] ville indebære videregivelse af dine personoplysninger til din arbejdsgiver, herunder oplysning om, at du søgte om udbetaling på grund af en kritisk sygdom. Det må vi ikke efter persondatareglerne.

Som vi skrev til dig den 6. maj 2021 er vi enige i, at vi i forbindelse med behandling af sagen skulle have kontaktet dig for at få oplyst dine forsikringsdækninger på diagnosetidspunktet i 2014 og bedt dig sende en lønseddel som dokumentation for, at du var omfattet af gruppelivs aftalen gennem [arbejdsgiver] i 2014. Vi undskylder som nævnt denne fejl, og du har modtaget en rentegodtgørelse svarende til forsinkelsen af udbetalingen.

Kommunikation med FGs sagsbehandlere

Du skriver i klagen, at du i din kommunikation med FGs sagsbehandlere ikke fik den behandling og hjælp, du kunne forvente som kritisk syg. FGs medarbejdere skal foretage en korrekt sagsbehandling i alle sager og give alle de forsikrede en professionel og empatisk service. Vi beklager, at du har haft en anden oplevelse. Vi har taget sagen op med de involverede sagsbehandlere.

Som vi oplyste i brev af 6. maj 2021 kan vi ikke kompensere dig økonomisk ud over rentegodtgørelsen, med mindre du dokumenterer, at du har haft et økonomisk tab på grund af fejl i vores sagsbehandling."

Af selskabets brev af 22/10 2021 til nævnet under behandling af sag 97321 fremgår bl.a.:

"Klager er omfattet af en gruppelivs aftale via sin arbejdsgiver, som indeholder dækning ved kritisk sygdom. Frem til 1. januar 2018 var klager omfattet af gruppelivs aftale [1], hvor administration af gruppelivs aftalen foregik mellem klagers arbejdsgiver og selskabet. Uddrag af gruppelivs aftalen vedlægges som bilag A.

Med virkning fra 1. januar 2018 indgik klagers arbejdsgiver og selskabet ny gruppelivs aftale, aftale [2]. Gruppelivs aftalen omfatter visse medarbejdergrupper hos arbejdsgiveren, herunder den gruppe af medarbejdere, som klager hører under. Gruppelivs aftalen er fortsat indgået mellem klagers arbejdsgiver og selskabet, men gruppelivs aftalen administreres af det pensions selskab, hvor medarbejderne har deres pensionsordning. Uddrag af gruppelivs aftale [2] vedlægges som bilag B.

Ankenævnet for Forsikring

8.

98175

Forsikringsbetingelser for dækningen, som var gældende i 2014, vedlægges som bilag C og forsikringsbetingelserne for dækningen, som var gældende i 2021 vedlægges som bilag D.

Det skal bemærkes, at bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes § 6 ikke tages i anvendelse i den konkrete sag, selvom klager blev omfattet af ny gruppelivsftale 1. januar 2018."

Af forsikringsbetingelserne for 2014 fremgår bl.a.:

"§ 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).

...

Diagnosen anses for stillet, når histologisk eller cytologisk undersøgelse er vurderet af en speciallæge

i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).

Dækningen omfatter ikke:

- Forstadier til kræft (dysplasi og 'in situ-cancer'), f.eks. i livmoderhals, bryst eller testes
- Borderline
- Alle former for hudkræft
- Kaposi's sarkom
- Godartede blærepapillomer
- Forstadier til kræft i blod, lymfe eller de bloddannende organer

Kræftformerne dækket efter § 7 A er én diagnose. Det betyder, at der ikke kan ske udbetaling mere

end én gang, selvom forsikrede efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer."

Nævnet udtaler:

Sagen er tidligere blevet behandlet under sagsnummer 97321, og der blev den 16/3 2020 afsagt kendelse, hvor nævnet ikke fandt anledning til at kritisere, at selskabet havde afvist at udbetale summen ved kritisk sygdom i anledning af den i februar 2021 stillede kræftdiagnose, og at selskabet i stedet havde udbetalt summen i anledning af den i 2014 stillede kræftdiagnose. Nævnet fandt videre, at selskabet skulle udbetale renter af sumudbetalingen fra den 25/3 2021 til den 7/4 2021.

Selskabet har udbetalt renter af sumudbetalingen fra den 29/3 2021 til den 7/4 2021. Selskabet har over for nævnet fastholdt, at der ikke skal beregnes renter fra et tidligere tidspunkt, da det først var den 19/3 2021, selskabet blev bekendt med, at klageren ikke havde forsikringsdækning

igennem andet pensionsselskab i 2014. Selskabet har anført, at da klageren søgte om udbetaling ved kritisk sygdom, fremgik det af ansøgningen, at klageren var omfattet af en gruppelivsforsikring 2 igennem andet pensionsselskab, at selskabet efter fast praksis rettede henvendelse til pensionsselskabet, og at selskabet ved mail af 19/3 2021 fik oplyst, at klageren i 2014 ikke var omfattet af forsikring ved kritisk sygdom under gruppelivsforsikringen 2.

Klageren har over for nævnet fastholdt sit krav om, at forsikringssummen skal forrentes i 20 dage. Hun har anført, at selskabet har kendt til diagnosen tidligere end påstået.

Selskabet har tidligere om forsikringsforholdet oplyst, at "Klager er omfattet af en gruppelivsaftale via sin arbejdsgiver, som indeholder dækning ved kritisk sygdom. Frem til 1. januar 2018 var klager omfattet af gruppelivsaftale [1], hvor administration af gruppelivsaftalen foregik mellem klagers arbejdsgiver og selskabet. Uddrag af gruppelivsaftalen vedlægges som bilag A. Med virkning fra 1. januar 2018 indgik klagers arbejdsgiver og selskabet ny gruppelivsaftale, aftale [2]. Gruppelivsaftalen omfatter visse medarbejdergrupper hos arbejdsgiveren, herunder den gruppe af medarbejdere, som klager hører under. Gruppelivsaftalen er fortsat indgået mellem klagers arbejdsgiver og selskabet, men gruppelivsaftalen administreres af [andet] pensionsselskab, hvor medarbejderne har deres pensionsordning".

Selskabet har i breve af 6/5 2021 og 28/5 2021 til klageren anerkendt, at selskabet i forbindelse med sagens behandling skulle have kontaktet klageren for at få oplyst, hvilke forsikringsdækninger klageren havde på diagnosetidspunktet, samt bedt klageren indsende lønseddel som dokumentation for, at klageren var omfattet af gruppelivsaftale igennem arbejdsgiver. Selskabet har udbetalt rentegodtgørelse svarende til forsinkelsen af udbetalingen.

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 24, at forsikringsydelsen kan kræves betalt og forrentet 14 dage efter, at selskabet har været i stand til at indhente de oplysninger, der er nødvendige til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse.

Ankenævnet for Forsikring

10.

98175

Efter en gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har udbetalt renter af sumudbetalingen fra den 29/3 2021 til den 7/4 2021.

Nævnet har blandt andet lagt til grund, at selskabet har modtaget lægelige oplysninger om kræftdiagnosen i 2014 torsdag den 11/3 2021. Nævnet har videre lagt til grund, at selskabet kunne se, at gruppelivsordning 2 trådte i kraft den 1/1 2018, hvorfor selskabet kunne have rettet henvendelse til klageren torsdag den 11/3 eller fredag den 12/3 med anmodning om dokumentation for, at klageren i 2014 var omfattet af gruppelivsaftale igennem arbejdsgiver. Nævnet har også lagt til grund, at selskabet herefter tidligst kunne have modtaget den ønskede dokumentation fra klageren mandag den 15/3 2021.

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.

Denne kendelse træder – for så vidt angår rentespørgsmålet – i stedet for nævnets afgørelse i sag 97321.



Jens Kruse Mikkelsen

formand