

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 7. februar 2024 blev i sag nr. 100504:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 7/10 2023 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg fik i 2017 brystkræft og fik udbetalt for kritisk sygdom hos [forening] gennem [gruppelivsforsikring]. [Gruppelivsforsikringen] dækker ikke kræft igen, hvis man får det inden for 10 år.

I 2021 tegnede jeg endnu en forsikring hos Danica Pension med kritisk sygdom også. Jeg fik at vide her, at selv om jeg havde haft brystkræft, var jeg dækket.

Jeg blev erklæret rask efter brystkræftoperation og har gået til kontrol, men jeg nu så uheldig at have fået diagnosticeret d. 9/12-22 uhelbredelig kræft som følge af metastaser til ribben, lunge og lænd fra brystkræften. Jeg har ringet til mine forsikringer og kan godt forstå, at [tidligere ordning] ikke dækker mig igen, da jeg har fået udbetalt en gang hos [ordningen], og fordi der ikke er gået 10 år mellem kræftdiagnoserne, men jeg kan ikke forstå, at Danica pension ikke dækker. Det viser sig desværre også, at Danica har tegnet kritisk sygdom gennem [gruppelivsforsikring], som jo ikke vil dække, da der ej er gået 10 år. Kan dette være rigtigt, da jeg har tegnet gennem 2 forskellige forsikringsselskaber?

Danica var jo velviden om, at jeg tidligere havde haft brystkræft, da du skal udfylde en helbreds-erklæring samt jeg har også spurgt ind til det.

Jeg har d. 24/9-21 (23 dage efter at jeg er tiltrådt specialaftalen) fået en dækningsoversigt fra Danica pension, hvor der bl.a. står, at jeg er dækket for kritisk sygdom og denne dækning er en 'gruppeordning og Administreres af [gruppelivsforsikring]'. Men jeg blev ikke gjort opmærksom på dette, da jeg tegnede forsikringen og i korrespondancen, om hvorvidt jeg stadigvæk kunne dækkes (se korrespondance mellem [selskabets medarbejder] og mig). Derudover så blev jeg ikke gjort opmærksom på, at hvis jeg havde haft et andet forsikringsselskab, som også udbetalte via [gruppelivsforsikring], så gjaldt [gruppelivsforsikring]s regler for kritisk sygdom for min police hos Danica Pension.

Ankenævnet for Forsikring

2.

100504

Det er først for nylig, at jeg fandt ud af, at kritisk sygdom hos Danica var gennem [gruppelivsfor-sikringen], da jeg ville kigge på min police fra Danica. Dækningsoversigten d. 24/9-21 er er 72 si-ders langt dokument, hvor kritisk sygdom først kommer på s. 7, og det burde blive fremhævet på side 1, at jeg skal være opmærksom på, at jeg har en karenstid på kritisk sygdom, da jeg har haft det før.

Kan jeg gøre krav på udbetaling overfor Danica, eller må jeg bare acceptere, at jeg ikke er dækket?

...

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg vil gerne have udbetalt min udbetaling for kritisk sygdom."

Selskabet har i brev af 1/11 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen såle-des:

"Klagesagen omhandler, hvorvidt klageren er berettiget til forsikringsdækning under produktet 'Dækning for visse kritiske sygdomme' (KS) for en i 2022 diagnosticeret genopblusset kræftsyg-dom.

Efter et rådgivningsmøde med Danicas pensionskundechef ... modtog klager de fremlagte mails fra 11. og 18. august 2021, der opsummerede de dækninger, klager valgte at tegne som led i sin nye firmapensionsaftale til ikrafttrædelse 1. september 2021.

Pensionsordningen blev etableret under en særlig Danica-rammeaftale for [erhverv], hvor klage-ren traf disse valg:

Årlig præmie på 120.000 kr. med ret til præmiefritagelse

TAB-dækning på 600.000 kr. årligt

TAB-overbygning (kortløbende) på 1.200.000 kr. årligt

Dødsfaldsdækning på kr. 1.000.000

Sundhedssikring (for hele familien) 1.500.000 kr. årligt

Sundhedspakke (for hele familien)

KS 200.000 kr.

Forsikringsbegæringen (og dermed aftalen), der fremlægges som Bilag A, blev signeret og accep-teret af klager 18. august 2021. Der foreligger ingen oplysninger om, hvorvidt KSdækningen forin-den var særligt diskuteret, men klager valgte i Bilag A aktuelt at tegne en dækning på 200.000 kr., som var den obligatoriske minimumsdækning og en betingelse for at kunne indtræde i rammeaf-talen for ...

Efter aftaleindgåelsen sendte klager den fremlagte mail af 19. august 2021, hvor hun bl.a. spurgte [selskabets medarbejder]:

Er du 100 % sikker på, at man er dækket igen, hvis man skulle være så uheldig at få en kritisk syg-dom, som man har haft flere år tilbage, at Danica Pension ikke siger, at du har haft sygdommen før, derfor er du ikke dækket. Jeg har ikke fejlet noget de sidste 12 mdr. eller de sidste 4 år.

[Selskabets medarbejder] besvarede den 24. august 2021 spørgsmålet således:

Vi vurderer ud fra det helbredsskema som du har svaret på, derfor vil der ikke være nogen form for klausuler eller andet på din ordning.

Den 24. september 2021 modtog klager den fremlagte forsikringsaftale. Det fremgår flere steder, at KS ligger i [gruppelivsforsikring]. Se bl.a. Dækningsoversigten side 4 nederst, side a2 nederst og side 13 øverst. Endvidere fremgår følgende i forsikringsbetingelserne side 8:

Dækning ved visse kritiske sygdomme

Du kan her læse, hvilke regler, der gælder for dækning ved visse kritiske sygdomme.

Særligt for gruppeordninger, som [gruppelivsforsikring] administrerer

Her henviser vi til forsikringsbetingelserne fra [gruppelivsforsikring].

I og med at der i forsikringsaftalen ikke er medtaget betingelser, hvad og hvornår der dækkes, skal man som kunde kontakte [gruppelivsforsikringen], eller bare gå ind på [gruppelivsforsikringens] hjemmeside, hvor det er meget let at finde KS-betingelserne. Disse fremlægges som Bilag B. Ordlyden i § 7 A. - herunder ordlyden i 'Udvidet dækning for § 7 A' – har ikke ændret sig siden 1. januar 2020.

Det fremgår helt overordnet for alle kritiske sygdomme, at de jf. § 2 skal diagnosticeres i forsikringstiden. Klager ville derfor som udgangspunkt aldrig kunne få dækket en kræftlidelse, idet hun forud for forsikringstiden var diagnosticeret med kræft. Der er ikke uenighed mellem parterne om, at ordlyden i 'Udvidet dækning for § 7 A', der muliggør udbetaling for en ny kræftdiagnose, hvis der er gået 10 år siden den første diagnose, ikke berettiger klager til udbetaling af KS.

Anbringender

Det er uden betydning for den konkrete tvist, om KS-dækningen er placeret i Danica Pension eller [gruppelivsforsikring].

Klager har ikke modtaget forkerte oplysninger om KS-dækningen. Klager har efter aftaleindgåelsen fået en generel oplysning den 24. august 2021 om, at hendes forsikringsdækninger- hvoraf KS-dækningen kun udgjorde en forholdsvis ubetydelig andel-ville kunne træde i kraft 1. september 2021 uden 'klausuler eller andet' på ordningen.

Uanset hvad man lægger i dette lidt diffuse udtryk, er det med sikkerhed ikke en tilkendegivelse om, at klager generelt ville blive bedre stillet, end hvad der fremgår af forsikringsbetingelserne.

Svaret er desuden som nævnt generelt og er dermed ikke specielt målrettet KS-dækningen.

Klagers spørgsmål var endvidere upræcist, er ikke entydigt målrettet KS-dækningen og angiver ikke, hvilken sygdom/lidelse, klageren tidligere er diagnosticeret for.

Såfremt nævnet desuagtet måtte mene, at klageren med tilstrækkelig klarhed har formuleret et spørgsmål om, hvorvidt en 4 år gammel kræftdiagnose ville være til hinder for dækning af en ny kræftdiagnose, gøres det gældende, at [selskabets medarbejder] slet ikke har forholdt sig til, end-sige svaret på det stillede spørgsmål. [Medarbejderens] svar har i givet fald karakter af Goddagmand?-økseskaft!, hvilket klager burde have indset og genfremsat spørgsmålet, så [medarbejderen] forstod det.

Skulle nævnet nå til den forkerte afgørelse, at [medarbejderen] har begået en for Danica Pension ansvarspådragende fejl, gøres det gældende, dels at fejloplysningen er givet efter aftaleindgåelsen, og at klager hverken kunne eller ville have handlet anderledes, hvis hun havde fået den korrekte oplysning, dels at KS-dækningen var en obligatorisk minimumsdækning, der ikke kunne være fravalgt.

Med en korrekt forklaring havde klagers eneste teoretiske reaktionsmulighed været at ophæve aftalen i sin helhed (KS-dækningen er obligatorisk) - næppe en mulighed klager nu ønsker at foretage bagudrettet, da hun p.t. modtager årlige erhvervsevnetabsydelse på op mod 2 millioner kr."

Klageren har i meddelelse af 9/11 2023 til nævnet bl.a. anført:

"[Selskabets medarbejder] og jeg havde et fysisk møde før sommerferien i 2021 (se mail 1 d. 11/8-21) og efterfølgende flere mails og telefonsamtaler, inden jeg underskrev forsikringen. Allerede dengang spurgte jeg d. 17. aug 2021 (se vedhæftet mail 2), hvornår policen kom, hvilket jeg først fik d. 24 sept. 2021, hvor jeg havde underskrevet forsikringen.

Inden jeg sendte mailen d. 19/8-21, havde jeg mundtlig informeret [medarbejderen] (som vidste via helbredsskema om mine tidligere sygdomme) om, at jeg havde haft kritiske sygdomme som brystkræft og angina pectoris., som jeg var erklæret rask for. Jeg fortalte ham, hvornår jeg havde det og spurgte ind til, om Danica stadig dækkede mig, hvis jeg skulle være så uheldig at få det igen. Min mail d. 19/8-21 var blot en bekræftelse på det, vi havde snakket om, og som [medarbejderen] svarede tilbage med grøn skrift: 'Vi vurderer ud fra det helbredsskema, som du har svaret på, derfor vil der ikke være nogen form for klausuler eller andet på din ordning'. [Selskabets medarbejder] burde have informeret mig om, at der muligvis ville være en risiko for, at jeg ikke ville være dækket for kritisk sygdom mht. kræft eller angina pectoris, fordi jeg havde fået udbetaling for det før hos [gruppelivsforsikring]-forsikring, som administrerer for kritisk sygdom i deres forsikring. Det gjorde han ikke, så jeg regnede med, at alt var i skønneste orden. [Medarbejderen] skulle have gjort dette, selv om 'kritisk sygdom kun udgør en ubetydelig andel af forsikringen og er obligatorisk', da det kunne have betydning for min situation.

Danica vidste via [selskabets medarbejder] og min helbredsoplysninger om min tidligere helbreds-situation og dermed en mulighed for, at der kunne komme en klausul, hvis jeg skulle få disse sygdomme igen. Selv om Danica skriver, at 'kritisk sygdom udgør en ubetydelig andel af min forsikring og er en obligatorisk minimumsdækning' burde der på side 1 af dækningsoversigt med KORT OVERBLIK fremstå, at der kunne være klausul for udbetaling af kritisk sygdom for mit vedkommende, da jeg tidligere havde haft det. Her burde også fremstå, at kritisk sygdom administreres af [gruppelivsforsikring] og ikke af Danica selv og ikke først på s. 4, som egentlig er side 7, hvis man går igennem dækningsoversigt d. 24/9-21. Hvor mange mennesker ved, at når de tegner en forsikring hos en forsikring, at en anden forsikring står for udbetalingen?

Jeg er enig med Danica i, at jeg nok ikke ville have ophævet min aftale, hvis jeg vidste, at jeg ikke ville være dækket af kritisk sygdom, da forsikringen er en god ordning uden den også. Pointen er dog, at jeg direkte spurgte, om jeg ville blive dækket på trods af mit tidligere sygdomsforløb med kræft, og at jeg fik en bekræftelse på dette. Dog gjorde Danica pension mig ikke opmærksom på – på trods af at vide om min tidligere udbetaling i forb. med kræft, at denne udbetaling muligvis kunne betyde, at jeg først igen var dækket 10 år efter, jeg blev rask. Dette mener jeg burde være

Ankenævnet for Forsikring

5.

100504

gjort, da oplysninger i mange siders police hurtigt kan blive overset af en forbruger, især når politen blev sendt næsten en måned efter at være trådt i kraft.

Jeg havde jo ikke regnet med, at jeg ville få kræft igen, og da jeg fik det, prøvede jeg at logge på Danicas hjemmeside for at se min police (da det var ca. 1,5 år siden jeg fik tilsendt den på mail) og se, om jeg var dækket, da jeg jo havde tegnet en ny forsikring i 2021. På hjemmesiden kunne jeg ikke få min police frem, men der stod, at jeg skulle kontakte Danica, hvilket jeg gjorde d. 11/1-23 (se vedhæftet mail fra ...). [Medarbejderen] kunne ikke svare med det samme, men måtte undersøge det. Som det fremgår i mailen, har Danica ikke betingelserne for kritisk sygdom i deres bibliotek, men man skal kontakte [gruppelivsforsikring]. Hvorfor skal det være så besværligt at få en police. Hvis man er syg, har man jo ikke overskud til at ringe rundt."

Selskabet har i meddelelse af 14/11 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Det bestrides formelt som udokumenteret, at klager og [selskabets medarbejder] forud for mailen af 19. august 2021 har drøftet klagerens helbredsforhold som beskrevet af klageren, men selv om beskrivelsen måtte blive lagt til grund som faktum, ændrer det ikke ved, at de i klagesvarskriftet nævnte anbringender, fastholdes og fører til, at klagen skal afvises. Sagen kan afgøres på det oplyste grundlag."

Til dette har klageren fremsendt meddelelse af 15/11 2023, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg har ikke yderligere kommentarer."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af korrespondance mellem klageren og selskabet fra den 11/8 2021 til den 18/8 2021 fremgår bl.a.:

"Ons. 11. aug 2021 ... skrev [selskabet]...

Tak for et godt møde før sommerferie og tak for en kort snak i går, hvor vi sammen gennemgik [aftalen] gennem Danica Pension.

Du tiltræder specialaftalen den 01-09-2021 med følgende dækninger og udløb 67 år:

...

- Du har valgt dækning ved visse kritiske sygdom med en skattefri engangssum på kr. 200.000

...

[Klageren] ... 17. august 2021

...

Hvornår får jeg politen på de nye forsikringer, så man kan læse, hvad der står? 1. September nærmer sig.

...

[Selskabet] ... 18. august 2021

...

Hermed som aftalt opdateret oversigt over hvilke dækninger som du har valgt

Du tiltræder specialaftalen den 01-09-2021 med følgende dækninger og udløb 67 år:

...

Du har valgt dækning ved visse kritiske sygdom med en skattefri engangssum på kr. 200.000."

Af e-mail fra selskabet til klageren af 24/8 2021 fremgår bl.a.:

"Mange tak for fremsendte.

Jeg har svaret på dine spørgsmål med grøn.

...

Hej [selskabets medarbejder]

Nu skulle jeg have underskrevet alle forsikringsaftaler og helbredserklæring. Vores kopi maskine er

ikke super god mere, men jeg håber, at den kan bruges. Den er så fin.

Er du 100% sikker på, at man er dækket igen, hvis man skulle være så uheldig at få en kritisk sygdom, som man har haft flere år tilbage, at Danica pension ikke siger, at du har haft sygdommen før, derfor er du ikke dækket. Jeg har ikke fejlet noget de sidste 12 mdr eller de sidste 4 år. Vi vurderer ud fra det helbredsskema som du har svaret på, derfor vil der ikke være nogen form for klausuler eller andet på din ordning."

Af brev fra selskabet af 24/9 2021 fremgår bl.a.:

"Ændring af din Danica Balance-pension

Vi har ændret din pensionsordning fra 1. september 2021.

...

* Dækning ved visse kritiske sygdomme er tilføjet.

...

Hvis du får en kritisk sygdom...

I dine forsikringsbetingelser kan du se, hvilke kritiske sygdomme der er dækket, og hvilke betingelser der skal være opfyldt, før udbetalingen sker.

Udbetalingen sker direkte til dig.

Dækningen er en gruppeordning og administreres af [gruppelivsforsikring].

...

Hvad er dækningerne oprettet som Vi opretter dækningerne i Danica Pension som livsforsikringer eller skadeforsikringer.

Vi opretter følgende som skadeforsikringer

- Dækning ved Sundhedssikring.

Dækninger, der indgår i en gruppeordning og administreres af [gruppelivsforsikring], oprettes i Danica Pension.

På skadeforsikringer er udbetalingernes størrelse og prisen på forsikringerne ikke garanteret. Det betyder, at vi kan ændre begge dele efter de retningslinjer, der står i forsikringsbetingelserne.

Prisen på gruppeordninger i [gruppelivsforsikring]

[Gruppelivsforsikring] fastsætter prisen en gang om året. Fastsættelsen sker blandt andet ud fra gruppens skadesforløb, og hvordan gruppen er sammensat dæknings-, alders- og kønsmæssigt.

...

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

...

Dækning ved visse kritiske sygdomme Du kan her læse, hvilke regler der gælder for dækning ved visse kritiske sygdomme.

Særligt for gruppeordninger, som [gruppelivsforsikring] administrerer

Her henviser vi til forsikringsbetingelserne fra [gruppelivsforsikring]."

Af selskabets brev af 23/2 2023 fremgår bl.a.:

"I forlængelse af vores snakke omkring kritisk sygdoms dækning, får du her et skriftlig svar angående afslaget på din anmeldelse.

Tilbage ved oprettelsen i august 2021 fik du reelt ikke et svar på det spørgsmål, du stillede i din mail 19. august 2021. Svaret der var, at der på grundlag af din helbredserklæring ikke ville være kritiske

sygdomme, der på forhånd (med en klausul herom) var udelukket fra dækning. Min tidligere kollega tog dermed ikke stilling til dit spørgsmål om, hvorvidt – og fra hvor lang tid før – en tidligere konstateret kritisk sygdom kunne dækkes. Dette fremgår specifikt af forsikringsbetingelserne.

Afslaget er derfor i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne, og du er derfor ikke blevet lovet noget bedre.

Jeg beklager, at du ikke fik et ordentligt svar, og at svaret er blevet misforstået. Misforståelsen er dog ikke af en karakter, hvor du med den rette viden kunne have handlet anderledes, idet forsikringsdækningen er minimumsbeløbet i din obligatoriske pensionsaftale."

Af helbredserklæring 4 af 19/8 2021 fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

8.

100504

2.	
Sæt kryds ved "Ja", hvis du kan svare "Ja" til et eller flere af disse spørgsmål. Ellers sæt kryds ved "Nej".	
Er du, eller har du inden for de seneste 10 år	Nej [X] Ja []
a. været indstillet/visiteret til eller været ansat i fleksjob, eller haft påbegyndt en sag om, eller været i jobafklaringsforløb eller ressourceforløb?	
b. været under revalidering, forrevalidering, arbejdsprøvning eller i ansættelse med helbredsbeholdt løntilskud, eller arbejdet på nedsat tid af helbredsmedsige årsager?	
c. været omfattet af en særlig aftale med en arbejdsgiver og det offentlige med hensyn til dagpengeforpligtelsen - §56 (tidligere §28) og §58A?	
3.	
Er du, eller har du inden for de seneste 10 år været, indstillet til, eller får du, offentlig pension, anden pension eller invaliditetsydelse fra det offentlige på grund af dit helbred?	Nej [X] Ja []
4.	
Har du inden for de seneste 12 måneder været syg eller sygemeldt i mere end 30 dage sammenlagt?	Nej [X] Ja []

Af forsikringsbetingelserne fra gruppelivsforsikringen fremgår bl.a.:

"Dækning ved visse kritiske sygdomme

...

§ 2. Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at diagnosen stilles i forsikringstiden. Diagnosetidspunktet er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringstiden fremgår af gruppelivsaftalen.

Forsikringsdækningen omfatter ikke diagnoser i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse. Diagnoser dækket efter hver af bestemmelserne § 7 A-Y betragtes som en diagnose. For kræft gælder 'Udvidet dækning for § 7 A'.

...

§ 7 Ved kritisk sygdom forstås:

A. Kræft

...

Udvidet dækning for § 7 A

Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år, uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne i § 7 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 eller diagnosticeret en anden kræftsygdom i 10-års perioden."

Nævnet udtaler:

Klageren fik i 2017 konstateret kræft og fik udbetalt forsikringssum ved kritisk sygdom hos selskab² gennem [gruppelivsforsikring]. I 2021 tegnede klageren pensionsordning hos det indklagede selskab, der bl.a. indeholdt en forsikring ved visse kritiske sygdomme, der også var tegnet gennem [gruppelivsforsikring]. Den 9/12 2022 fik klageren konstateret, at den tidligere kræftsygdom havde spredt sig, selvom hun tidligere var erklæret rask. Da hun er blevet syg af kræft igen, ønsker klageren udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom.

Klageren har anført, at selskabet ved indtegningen oplyste til hende, at hun ville være dækket, hvis hun fik sygdommen igen. Selskabet var vidende om, at hun tidligere havde haft kræft, idet hun udfyldte en helbredserklæring ved indtegnings, og idet hun også spurgte ind til dækningen. Klageren har anført, at hun først modtog en dækningsoversigt den 24/9 2021 – svarende til 23 dage efter indtegningen – hvori det fremgår, at dækningen ved kritisk sygdom blev administreret af [gruppelivsforsikring]. Klageren har anført, at selskabet ikke gjorde hende opmærksom på, at dækningen blev administreret af [gruppelivsforsikring], og at det derfor var [gruppelivsforsikringens] regler for kritisk sygdom, som gjaldt. Klageren har anført, at hun inden den 19/8 2021 mundtligt oplyste selskabet, at hun havde haft kræft, og hun spurgte i den forbindelse, hvordan hun var dækket, hvis hun skulle få kræft igen. Klageren har anført, at selskabets medarbejder burde have oplyst hende om, at der var en risiko for, at hun ikke ville være dækket ved kræft. Klageren har også anført, at "Jeg er enig med Danica i, at jeg nok ikke ville have ophævet min aftale, hvis jeg vidste, at jeg ikke ville være dækket af kritisk sygdom, da forsikringen er en god ordning uden den også ... Dog gjorde Danica pension mig ikke opmærksom på – på trods af at vide om min tidligere udbetaling i forb. med kræft, at denne udbetaling muligvis kunne betyde, at jeg først igen var dækket 10 år efter, jeg blev rask. Dette mener jeg burde være gjort, da oplysninger i mange siders police hurtigt kan blive overset af en forbruger, især når policen blev sendt næsten en måned efter at være trådt i kraft".

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom med henvisning til, at klageren var diagnosticeret med samme kræftsygdom forud for forsikringstiden, og at selskabet ikke

Ankenævnet for Forsikring

10.

100504

har afgivet oplysninger om dækningen for kritisk sygdom, der har været egnet til at give klageren en berettiget forventning om forsikringsdækning. Selskabet har anført, at det står flere steder i forsikringsaftalen – som klageren modtog den 24/9 2021 - at dækningen ved kritisk sygdom lå i [gruppelivsforsikring]. Det fremgår også, at selskabet henviser til [gruppelivsforsikring] angående forsikringsbetingelserne. Selskabet har anført, at klageren ikke har "modtaget forkerte oplysninger om KS-dækningen. Klager har efter aftaleindgåelsen fået en generel oplysning den 24. august 2021 om, at hendes forsikringsdækninger – hvoraf KS-dækningen kun udgjorde en forholdsvis ubetydelig andel – ville kunne træde i kraft 1. september 2021 uden 'klausuler eller andet' på ordningen. Uanset hvad man lægger i dette lidt diffuse udtryk, er det med sikkerhed ikke en tilkendegivelse om, at klager generelt ville blive bedre stillet, end hvad der fremgår af forsikringsbetingelserne".

Det fremgår, at klageren i mail af 19/8 2021 har spurgt selskabet: "Er du 100% sikker på, at man er dækket igen, hvis man skulle være så uheldig at få en kritisk sygdom, som man har haft flere år tilbage, at Danica pension ikke siger, at du har haft sygdommen før, derfor er du ikke dækket. Jeg har ikke fejlet noget de sidste 12 mdr eller de sidste 4 år".

Det fremgår af e-mail fra selskabet af 24/8 2021, at selskabet hertil har svaret "Vi vurderer ud fra det helbredsskema, som du har svaret på, derfor vil der ikke være nogen form for klausuler eller andet på din ordning".

Det fremgår af brev fra selskabet af 24/9 2021, at "Vi har ændret din pensionsordning fra 1. september 2021. ... * Dækning ved visse kritiske sygdomme er tilføjet ... I dine forsikringsbetingelser kan du se, hvilke kritiske sygdomme der er dækket, og hvilke betingelser der skal være opfyldt, før udbetalingen sker. Udbetalingen sker direkte til dig. Dækningen er en gruppeordning og administreres af [gruppelivsforsikring] ... **Forsikringsbetingelser i Danica Pension ... Dækning ved visse kritiske sygdomme**Du kan her læse, hvilke regler der gælder for dækning ved visse kritiske sygdomme. **Særligt for gruppeordninger, som [gruppelivsforsikring] administrerer** Her henviser vi til forsikringsbetingelserne fra [gruppelivsforsikring]".

Det fremgår af forsikringsbetingelserne fra gruppelivsforsikringen, at "Forsikringsdækningen omfatter ikke diagnoser i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse ... § 7 Ved kritisk sygdom forstås: Kræft... Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år, uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne i § 7 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 eller diagnosticeret en anden kræftsygdom i 10-års perioden".

Nævnet bemærker, at det er klageren, som skal bevise, at selskabet har handlet ansvarspådragende eller har handlet på en sådan måde, at klageren har fået en berettiget forventning om at have ret til dækning.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen ved kritisk sygdom under henvisning til bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes § 7, hvorefter forsikringen ikke dækker diagnoser, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse. Nævnet bemærker, at der er tale om en sædvanlig undtagelsesbestemmelse.

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at selskabet/selskabets medarbejder har givet klageren vildledende oplysninger af en karakter, der har været egnet til at give hende en berettiget forventning om, at hun var berettiget til udbetaling af forsikringssummen, hvis hun som sket fik tilbagefald af sygdommen ca. 4 år efter den oprindelige kræftdiagnose var stillet.

Nævnet har bl.a. lagt vægt på, at selskabets e-mail af 24/8 2021 efter nævnets opfattelse reelt ikke besvarer klagerens spørgsmål eller efter sin ordlyd giver tilsagn om forsikringsdækning i

Ankenævnet *for* Forsikring

12.

100504

videre omfang, end hvad der fremgår af forsikringsbetingelserne. Det kan ikke føre til andet resultat, at selskabet burde have svaret fyldestgørende på klagerens spørgsmål.

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.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings'.

Peter Thønnings