

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 9. oktober 2024 blev i sag nr. 101776:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Alm. Brand Forsikring A/S
Midtermolen 7
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 5/6 2024 har klageren bl.a. anført:

"Jeg har i forbindelse med min forsikring vedr. kritisk sygdom modtaget fejlagtig og mangelfuld information fra en medarbejder ved Alm. Brand. Jeg er ikke blevet informeret om, at forsikringen ikke dækker, hvis man tidligere har været ramt af samme sygdom. Da jeg indgik aftalen fik jeg tilsendt en mail med en liste over dækkede sygdomme, og i denne liste er oplyst, at alle former for kræft, med undtagelse af hudkræft, er dækket i forsikringen. Ydermere er det anført, at den, pr. den fremsendte liste, eneste undtagelse er, at forsikringen har en karenstid på 3 måneder. Jeg mener derfor, at der er tale om mangelfuld information, da man fra forsikringens side har lavet en beskrivelse af undtagelser til dækningen, men i denne ikke har anført alle undtagelser. Som forbruger må man retsligt antage, at en liste over undtagelser er fyldestgørende medmindre andet er oplyst, hvilket det i denne sag ikke er.

Desuden har forsikringen ikke været i stand til at finde frem til en samtale fra d. 13/10/2023, hvori jeg får oplyst af en kundeservicemedarbejder, at hun mener, at jeg bør få sagen undersøgt for rådgiverfejl - dette på trods af, at jeg blev ringet op af den pågældende medarbejder. Efter denne samtale tager jeg kontakt til forsikringsselskabet d. 16/10/2023, hvor jeg beder om at få sagen undersøgt for rådgiver fejl. Svaret på denne undersøgelse modtager jeg d. 4/1/2024, hvor jeg får oplyst, at forsikringen ikke mener, at der er begået rådgiverfejl. De har dog lyttet til opkaldet fra den 15/3/2023 hvor jeg tegner forsikringen, og kan oplyse, at medarbejderen her ikke informerer om, at forsikringen ikke dækker ved tilbagevendende sygdom.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg vil gerne opnå, at forsikringen udbetaler den forsikringssum (125.000,-) som jeg mener, at jeg er berettiget til.

Helt konkret skriver selskabet, at 'Du vil få en straks udbetaling på 125.000, hvis du skulle komme ud for nedenstående sygdomme*'

*Dækningen har en karenstid på 3 måneder.'

Jævnfør denne sætning mener jeg derfor, at forsikringen bør udbetale denne straks udbetaling, da jeg opfylder de krav, som listen anfører."

Selskabet har den 27/6 2024 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"[Klageren], herefter benævnt som klager, klager over, at hun ved køb af dækningen 'kritisk Sygdom' på ulykkesforsikringen, ikke blev oplyst om, at forsikringen ikke dækker, hvis man som forsikringstager tidligere har været ramt af samme sygdom.

Sagsforløb

Den 12. februar 2018 tegner klager blandt andet en Ulykkesforsikring hos os med ikrafttrædelsesdato den 1. juli 2018. Policen inkl. Forsikringsbetingelser 6002 vedlægges som bilag A og B.

Den 23. august 2022 bliver klager opdateret til nye betingelser (UP 2001), da hun får tilføjet dækningerne 'tyggeskade' og 'ekstra udbetaling' – som ikke kan tilbydes på de betingelser, hun havde (6002). Den nye police for ulykkesforsikringen, som trådte i kraft pr. 23. august 2022, samt dertil hørende forsikringsbetingelser vedlægges som bilag C og D.

Som det fremgår af begge policer, omfattede forsikringen på dette tidspunkt ikke dækning mod kritisk sygdom.

Den 15. marts 2023 er klager i telefonisk kontakt med vores forsikringsrådgiver, og klager ændrer sin ulykkesforsikring pr. samme dato, så forsikringen nu ligeledes omfatter forsikring mod kritisk sygdom.

Policen vedlægges som bilag E. Det fremgår af policen på side 1, at 'forsikringen ikke dækker sygdom eller lidelser, der har vist symptomer eller er diagnosticeret, før eller inden for de første 3 måneder efter forsikringen er trådt i kraft'. Policen er fortsat omfattet af betingelser UP 2001.

Policen er sendt til klager via 'Mit Kundeoverblik', og selskabet har orienteret klager herom pr. mail den 15. marts 2024. Mailen vedlægges som bilag F.

Klager modtog ligeledes en mail fra selskabets rådgiver, hvor det fremgår, at klager har udvidet forsikringen med kritisk sygdom. Mailen er fremlagt af klager som bilag 'Liste over dækkede sygdomme'.

Den 29. september 2023 kontakter klager selskabets ulykkeskadeafdeling for at anmelde en kritisk sygdom. Selskabet beder om yderligere oplysninger, og selskabet afviser dækning, da klager tidligere har fået stillet samme diagnose. Afvisningen vedlægges som bilag G.

Klager indgav en klage til selskabet over indtegningen og den rådgivning, klager modtog i forbindelse med, at dækningen blev påført policen. Klagen fremlægges som bilag H. Selskabet svarede endeligt på klagen pr. mail den 17. maj 2024. Mailen fremlægges som bilag I.

Klager har herefter indbragt sagen for Nævnet.

Begrundelse

I forbindelse med sagen har selskabet gennemgået sagen på ny, og selskabet skal oplyse, at vi fastholder afgørelsen.

Selskabet henviser til, at det fremgår af den tilsendte police, bilag E, under 'Kritisk sygdom', at 'For dækningen Kritisk sygdom gælder, at forsikringen ikke dækker sygdom eller lidelser, der har vist symptomer eller er diagnosticeret, før eller inden for de første 3 måneder efter forsikringen er trådt i kraft.' Dette afsnit fremgår tilsvarende af betingelsernes punkt 15.2 om karenstid.

Tilsvarende fremgår det af betingelsernes punkt 15.4, at dækningen 'kritisk sygdom' omfatter diagnosen kræft. Det fremgår tilsvarende af betingelsernes punkt 15.5:

'Hvad dækker forsikringen ikke?

For diagnosen A. Kræft gælder det, at forsikringen ikke dækker, hvis forsikrede tidligere, herunder også før forsikringen trådte i kraft, har fået stillet samme diagnose.'

Selskabet bemærker i denne forbindelse, at en forsikringsaftale består både af en police og tilhørende forsikringsbetingelser. Selskabet har i forbindelse med fremsendelse af den nye police bedt klager læse policen igennem for at sikre, at det aftalte svarer til klagers ønsker og forventninger. Klager har ikke rettet henvendelse til selskabet herom.

Selskabet skal yderligere oplyse, at uanset hvilke oplysninger klager har modtaget under telefonsamtalen af den 15. marts 2024 samt den tilhørende mail, bilag F, så er det stadig policen og de tilhørende forsikringsbetingelser, som udgør den gældende aftale mellem parterne.

Klager kan derfor ikke forvente, at der ikke gælder yderligere krav til dækning, end hvad der fremgår af mailen og de oplysninger, klager fik under telefonsamtalen.

Det fremgår af policen og de tilhørende betingelser punkt 15.5, at kritisk sygdom dækningen ikke dækker sygdomme, som er diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft.

I denne sag har klager tidligere fået diagnosticeret kræft, og klager er derfor ikke dækket for denne sygdom., jf. betingelsernes punkt 15.5.

Selskabet skal i øvrigt bemærke, at der ikke er ydet mangelfuld rådgivning fra selskabets side, samt at klager heller ikke har bevist, at selskabet har handlet ansvarspådragende, således at klager har fået en berettiget forventning om dækning.

Der er i øvrigt ikke krav om, at selskabet ved kontakt med kunder og potentielle kunder, skal gennemgå samtlige dækninger og undtagelser minutløst. Klager har netop modtaget en police og forsikringsbetingelser, hvor de væsentlige undtagelser fremgår.

Selskabet bemærker endvidere, at punkterne om karenstid samt at sygdomme, forsikringstager tidligere har fået diagnosticeret, ikke dækkes af forsikringen, er sædvanlige vilkår på kritisk sygdom dækningen på en ulykkesforsikring, hvor der ikke indhentes helbredsoplysninger ved tegning."

Ankenævnet for Forsikring

4.

101776

Klageren har i brev af 12/7 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Af kommentaren fra Alm. Brand fremgår det ikke, at det var Alm. Brand, der kontaktede mig d. 15-03-2023 med henblik på at tegne en forsikring for kritisk sygdom.

Eftersom det var Alm. Brand der kontaktede mig, forventer og regner jeg med, at de oplyser hvad forsikringen dækker og ikke dækker.

Derfor forholder jeg mig til den mail, der blev sendt 15-03-2023, da jeg havde tegnet forsikringen, hvori der står, at jeg vil få en straks udbetaling på 125.000,- hvis jeg skulle 'komme ud for nedenstående sygdomme' (mailen fra 15-03-2023 indeholder herefter en liste over dækkede sygdomme).

Eneste oplyste betingelse for dækning er, at forsikringen har en karenstid på 3 måneder.

Da jeg herefter havner i den situation, at jeg bliver ramt af en af de oplyste sygdomme, viser det sig, at forsikringen har flere betingelse end dem, der blev oplyst da Alm. Brand kontaktede mig. Derfor mener jeg, at Alm. Brands rådgivning omkring indgåelsen af forsikringen har været vildledende.

Jeg har i forbindelse med min klage fremlagt sagen for min advokat, som er af den holdning, at Alm. Brand bærer ansvaret for at oplyse om alle undtagelser til forsikringen, idet at Alm. Brand selv indledte kontakten til mig. På den baggrund er det min overbevisning, at jeg til stadighed har ret til at få straksudbetalingen på 125.000,-."

Selskabet har i meddelelse af 23/7 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet henviser til kendelse 100.440, hvoraf det fremgår, at der ikke er krav om, at alle dækninger skal gennemgås minutiøst. Selskabet har ikke yderligere oplysninger."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår af selskabets brev af 15/3 2023 fremgår bl.a.:

"Din nye police

Vi sender hermed din nye police på din Ulykkesforsikring for Vi beder dig læse policen igennem for at se, om indholdet svarer til dine ønsker og forventninger."

Af ulykkesforsikringspolice af 15/3 2023 – der fulgte med brevet – fremgår bl.a.:

"Forsikringen gælder for ...

I kraft-/ændringsdato Policen træder i kraft den 15. marts 2023.

...

Du har udvidet forsikringen med

...

Kritisk sygdom	Erstatning på 125.000 kr., hvis du får konstateret en dækningsberettigende kritisk sygdom.
-----------------------	--

For dækningen Kritisk sygdom gælder, at forsikringen ikke dækker sygdom eller lidelser, der har vist symptomer eller er diagnosticeret, før eller inden for de første 3 måneder efter forsikringen er trådt i kraft."

Ankenævnet for Forsikring

5.

101776

Af e-mail fra selskabet af 15/3 2023 fremgår bl.a.:

"Der er ny digital post fra Alm. Brand. Du har fået en ny forsikringspolice. Vi beder dig se, om indholdet svarer til dine ønsker og forventninger."

Af e-mail fra selskabet af 15/3 2023 fremgår bl.a.:

"Som aftalt har jeg tilføjet kritisk sygdom på den/de aftalte forsikringer, som dækker følgende; [klageren].

Du vil få en straks udbetaling på 125.000, hvis du skulle komme ud for nedenstående sygdomme*.

A. Kræft (Alle typer for kræft undtagen hudkræft)

...

*Dækningen har en karenstid på 3 måneder."

Af selskabets afslag af 4/1 2024 fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget din anmeldelse af kritisk sygdom for diagnosen A. kræft fra den 27.07.2023. Vi har også modtaget og gennemgået journaloplysningerne fra hospitalet og din læge.

Din forsikring dækker ikke din sygdom, fordi du tidligere (før forsikringen trådte i kraft) har fået stillet en kræft diagnose.

...

Forsikringen dækker visse kritiske diagnoser efter betingelsernes punkt 15.4 og 15.5.

For diagnosen A. kræft gælder, at forsikringen ikke dækker, hvis du tidligere har fået stillet en kræft diagnose. Af journaloplysningerne fremgår det, at du tidligere har været ramt af en kræft og dermed tidligere har haft en kræft diagnose.

Vi kan derfor ikke udbetale erstatning, da det nye tilfælde er undtaget i forsikringsbetingelserne punkt 15.5."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"15.1 Hvad dækker forsikringen?

Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, jf. punkt 15.4.

Det er en betingelse for dækning, at diagnosen er korrekt stillet i forsikringstiden*.

15.2 Karenstid

Forsikringen dækker ikke sygdom eller lidelser, der har vist symptomer eller er diagnosticeret, før eller inden for de første 3 måneder efter forsikringen er trådt i kraft.

Karenstiden på 3 måneder gælder ikke ved overflytning af tilsvarende dækning fra andet selskab. Det er dog en betingelse, at forsikringen har været i kraft i det pågældende selskab i mindst 3 måneder, og karenstiden i det pågældende selskab er overstået.

...

15.4 Kritiske sygdomme omfattet af forsikringen

Forsikringen omfatter følgende diagnoser:

A. Kræft

...

15.5 Hvad dækker forsikringen ikke?

For diagnosen A. Kræft gælder det, at forsikringen ikke dækker, hvis forsikrede tidligere, herunder også før forsikringen trådte i kraft, har fået stillet samme diagnose."

Nævnet udtaler:

Klageren har ulykkesforsikring og fik den 15/3 2023 efter telefonsamtale med selskabet tilføjet forsikring ved visse kritiske sygdomme på ulykkesforsikringen. Den 27/7 2023 søgte klageren om udbetaling af forsikringssummen, idet hun havde fået konstateret kræft. Selskabet har afvist udbetaling af sum ved kritisk sygdom med henvisning til, at klageren tidligere har haft kræftsygdom. Klageren ønsker at få udbetalt forsikringssum ved kritisk sygdom.

Klageren har anført, at selskabet har ydet fejlagtig og mangelfuld information, idet hun ikke blev informeret om, at forsikringen ikke dækker sygdom, som man tidligere har været ramt af. Klageren har anført, at hun ved aftaleindgåelsen fik en mail med en liste over dækningsberettigede sygdomme, hvor sygdommen kræft fremgår, og at den eneste undtagelse til dækning – som fremgår af listen – er, at der er 3 måneders karenstid. Klageren mener "derfor, at der er tale om mangelfuld information, da man fra forsikringens side har lavet en beskrivelse af undtagelser til dækningen, men i denne ikke har anført alle undtagelser. Som forbruger må man retsligt antage, at en liste over undtagelser er fyldestgørende medmindre andet er oplyst, hvilket det i denne sag ikke er". Klageren har oplyst, at det var selskabet som kontaktede hende med henblik på at tegne forsikring ved kritisk sygdom.

Selskabet har anført, at det fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsikringen ikke dækker, hvis den forsikrede tidligere har fået stillet diagnosen kræft. Selskabet har anført, at "Selskabet har i forbindelse med fremsendelse af den nye police bedt klager læse policen igennem for at sikre, at det aftalte svarer til klagers ønsker og forventninger. Klager har ikke rettet henvendel-

Ankenævnet for Forsikring

7.

101776

se til selskabet herom". Selskabet har anført, at der ikke er ydet mangelfuld rådgivning. Selskabet har anført, at der ikke er krav om, at selskabet ved kontakt med kunder og potentielle kunder, skal gennemgå samtlige dækninger og undtagelser minutløst.

Det fremgår af selskabets e-mail af 15/3 2023, at "Du vil få en straks udbetaling på 125.000, hvis du skulle komme ud for nedenstående sygdomme*. A. Kræft (Alle typer for kræft undtagen hudkræft) ... *Dækningen har en karenstid på 3 måneder".

Det fremgår af selskabets brev af 15/3 2023, at "Vi sender hermed din nye police på din Ulykkesforsikring for Vi beder dig læse policen igennem for at se, om indholdet svarer til dine ønsker og forventninger". Det fremgår af policen, at "Du har udvidet forsikringen med ... **Kritisk sygdom**. Erstatning på 125.000 kr., hvis du får konstateret en dækningsberettigende kritisk sygdom. **For dækningen Kritisk sygdom gælder, at forsikringen ikke dækker sygdom eller lidelser, der har vist symptomer eller er diagnosticeret, før eller inden for de første 3 måneder efter forsikringen er trådt i kraft**".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 15.4, at forsikringen dækker diagnosen kræft. Det fremgår af punkt 15.5, at forsikringen ikke dækker kræft, hvis forsikrede tidligere – herunder også før forsikringen trådte i kraft – har fået stillet samme diagnose.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom under henvisning til, at klageren tidligere har fået stillet en kræftdiagnose, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 15.5.

Nævnet bemærker, at det havde været ønskeligt – når selskabet vælger at sende mailen af 15/3 2023 – at selskabet tillige medtager en oplysning om, at visse sygdomme ikke dækkes, hvis kunden tidligere har tidligere haft den pågældende sygdom.

Ankenævnet for Forsikring

8.

101776

Trods dette finder nævnet efter en samlet vurdering, at der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet har ydet en sådan fejlagtig/mangelfuld information ved salget af forsikringen, at selskabet ifalder erstatningsansvar herfor.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at policen og forsikringsbetingelserne udgør grundlaget for forsikringsaftalen. Klageren må derfor – uanset e-mailen af 15/3 2023 – være indstillet på, at der kan gælde yderligere vilkår og begrænsninger i dækningsomfanget.

Nævnet bemærker, at det fremgår af policen af 15/3 2023, at forsikringen ikke dækker sygdom, der har vist symptomer eller er diagnosticeret, før forsikringen er trådt i kraft.

Nævnet har også lagt vægt på, at dækningsundtagelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 15.5 – hvorefter forsikringen ikke dækker kræft, hvis forsikrede tidligere har fået stillet samme diagnose – er sædvanligt forekommende i forsikringer vedr. kritisk sygdom.

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.



Peter Thønnings