

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 19. marts 2025 blev i sag nr. 102032:

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. I klageskema af 25/7 2024 har klageren bl.a. anført:

"30.04.2024 blev jeg henvist akut til [hospital] under kræftpakken, da en knude i hovedbunden var malign modermærkekræft. Det viser sig, at den er i stadie 2, b og normalt er denne tilstand dækket under kritisk sygdom. FG afviste at dække, da jeg i juni 2015 blev behandlet for brystkræft. FG dækker sig ind under en 'karensperiode' på 10 år i policens § 7 A, for slippe for at betale, uagtet de to typer kræft ikke har forbindelse. Jeg klagede over afgørelsen, da jeg dels anser den lange karensperiode for at være i uoverensstemmelse med markedsnormalen, hvor karensperioden er på 7 år, dels er det urimeligt og i strid med aftalelovens § 36, at håndhæve den lange karensperiode, da det er urimeligt byrdefuldt for forsikringstageren og af stor økonomisk betydning. Ydermere betaler jeg fuld præmie uden fuld dækning, ligesom forsikringsbetingelserne aldrig blev udleveret. Dem fik jeg først, sammen med afslaget.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

- at få min erstatning på 200.000 kr. ved at ankenævnet tilsidesætter den lange karensperiode på 10 år og evt. nedsætter den til 7 år eller helt tilsidesætter den. Cancerregistret har oplyst: Det er sjældent at få ny selvstændig kræft. Endnu sjældnere, når man er i den arbejdsdygtige alder. Kræftens Bekæmpelse har oplyst: De kender kun få patienter, der er kommet i klemme som mig. I det lys er 10 års erstatnings-karens ved kræft = diskrimination ved kræftsygdomme."

Klageren har videre i brev af 26/7 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg vedhæfter Forenede Gruppelivs betingelser ved kritisk sygdom. Jeg har desuden følgende supplerende kommentarer til min klage og mit krav om erstatning og tilsidesættelse af den unormalt lange 'karensperiode' i § 7 A, indsat i teksten nedenfor, jf. aftalelovens § 36 m.fl.

Selve undtagelsen er gemt væk på flere måder. Primært udleveres betingelserne ikke ved aftalens indgåelse, og det har store konsekvenser.

I dette konkrete tilfælde skiftede min arbejdsgiver, [virksomhed], pensionsselskab med virkning fra 1.1.24, til [andet forsikringsselskab], og dermed også dækning ved kritisk sygdom.

Konkret er der dækning, dels med en sum fra [andet forsikringsselskab], der har den markedsnormale karensperiode på 7 år, dels med en dækning fra FG, der har den noget mindre almindelige karensperiode på 10 år. Jeg fik dermed udbetalt en sum fra [andet forsikringsselskab], for min kritiske sygdom, ondartet modermærkekræft i hovedbunden, som jeg pt. er i behandlingsforløb omkring. Men jeg fik ikke de 200.000 kr. fra FG for min kritiske sygdom.

Jeg fik ikke FGs betingelser i januar, da jeg fik nyt pensionsselskab. Betingelserne kan man ikke selv 'bare lige' finde på deres hjemmeside og ej heller, hvis man som jeg har prøvet ved at logge ind med MitId. Via mit job som ... gennem de seneste ... år, er jeg bekendt med mange emner inden for privatøkonomien og er aldrig tidligere stødt på en karensperiode på 10 år.

Den 30. april var jeg til et rådgivningsmøde med [andet forsikringsselskab] som ny kunde, og der kom vi ind på dækning ved kritisk sygdom. Jeg kunne se, at der i alt var 300.000 kr. fra de to – [andet forsikringsselskab] og FG – tilsammen. Havde jeg vidst, at FG arbejder med en unormalt lang karensperiode, ville jeg have ændret dækningen. Men det ved man ikke, når man ikke selv kan læse op på betingelserne. De ligger heller ikke inde i pensionsinfo.dk.

For at føje spot til skade, ringede min telefon, da mødet lakkede mod enden. Det var hudlægen i telefonen med svar på en biopsi fra knuden i min hovedbund, som alle læger mente 'ikke var noget' og hun var meget bekymret, da den var meget malign og det var uklart om det var en metastase og jeg blev akut henvist til [hospital] og er siden blevet opereret to gange, senest den 24. maj.

I anden omgang kamufleres karensperioden under den helt misvisende overskrift '**Udvidet dækning**'. Se nedenfor. Det er noget svært at forstå, hvorledes der er udvidet dækning, når kritisk sygdom, hvis det er en kræftsygdom, højst må forekomme hvert 10. år for at kunne dækkes.

Hvis man det ene år får alvorlig kræft og det næste år får alvorlig hjertesygdom, er der fuld dækning for de to forskellige kritiske sygdomme. Mens kritisk kræft, der ikke på nogen måde er i forbindelse med hinanden, diskrimineres.

Sådan diskrimination af kræftpatienter, må da være en betingelse, der er i strid med adskillige bestemmelser i dansk ret, samt med AL § 36 m fl og må kunne tilsidesættes.

Jeg kan ikke se relevansen af denne undtagelse, og det kan ikke være økonomiske årsager i den solidariske gruppelivsforsikring, eftersom det at være så uheldig som jeg, at få kritisk kræft to gange i løbet af arbejdslivet, hvor man er dækket af forsikringen, heldigvis er meget sjældent. Det

bekræftes dels af tal fra Cancerregistret og erfaringerne hos Kræftens Bekæmpelse. Jeg har været i kontakt med begge under min kræft sygdomsmelding.

Jeg er af den opfattelse, at de få andre, der som jeg har fået et afslag på erstatning pbg af den 10-årige karensperiode, har haft travlt med at blive behandlet for deres kræft og ikke har haft noget overskud til at gå videre med sagen og klage til ankenævnet.

De færreste kender også til denne mulighed, og de har ikke som jeg speciale i ... og Fra-... arbejdede jeg som ... i [virksomhed] og betjente både ... og

Så når jeg klager, er det ikke alene for pengenes skyld og min egen skyld, der er reelt fordi, jeg er overbevist om at denne lange karensperiode er et skoleeksempel på et urimeligt kontraktvilkår, der er ualmindeligt byrdefuldt for den enkelte, ensidigt udformet, ikke udleveret og jeg betaler stadig fuld præmie.

Jeg vedhæfter endnu et bilag, der er et brev fra Sundhedsdatastyrelsen, som sendes til patienter med kritisk sygdom. Dette modtog jeg som alle andre. Jeg har fået oplyst, at brevet er blevet til i samarbejde med Forsikring & Pension. Heller ikke her står et ord eller en bemærkning om, at man skal være opmærksom på, at hvis det er kræft, man lider af, er der ikke udvidet, men derimod indskrænket dækning pga en karensperiode på normalt 7 år og i sjældne tilfælde 10 år.

Det er sandsynligvis fordi, ingen faktisk er opmærksomme på denne godt gemte detalje.

Efter afslagene fra FG har jeg talt med fagforeningen og andre af mine mange kontakter i den finansielle verden, og jeg har endnu ikke mødt nogen, der havde stødt på den 10 årige karensperiode.

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.

..

Selskabet har den 16/8 2024 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klageren har siden 1. december 2022 været omfattet af ovennævnte gruppelivsaftale gennem sin ansættelse i [virksomhed]. Gruppelivsaftalen indeholder dækning ved visse kritiske sygdomme.

I vedlagte **bilag A** er navneregisteringen, som dokumenterer, at klager blev omfattet af gruppe-livsaftalen fra 1. december 2022, hvilket betyder, at forsikringstiden for dækningen startede den-ne dato.

I vedlagte uddrag af gruppelivsaftalen indgået mellem [forbund], [forening] og selskabet, som **bi-lag B**, fremgår det, at hvis forsikrede får diagnosticeret en dækningsberettiget kritisk sygdom, som angivet i forsikringsbetingelser for 'Dækning ved visse kritiske sygdomme' inden udgangen af den måned, hvor gruppemedlemmet fylder 75 år, udbetales en sum ved kritisk sygdom.

Forsikringsbetingelser for 'Dækning ved visse kritiske sygdomme' vedlægges som **bilag C**.

Det fremgår af **bilag D**, som er ansøgningsskema, at klager 1. maj 2024 søgte om at få forsikrings-summen ved kritisk sygdom udbetalt, fordi klager havde fået diagnosticeret kræft i februar 2024. Klager oplyser i ansøgningsskemaet, at klager også havde haft kræft i 2015.

Klager fik 21. juli 2015 udbetalt forsikringssummen ved kritisk sygdom på grund af kræft, se **bilag E**. Udbetaling af forsikringssummen skete fra gruppelivsaftale ..., som er en overenskomstbaseret gruppelivsaftale gennem [forening] for medarbejdere i [virksomhed] med [arbejdsopgave].

Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt.

I bilag C er oplistet de diagnoser, som er omfattet af dækning ved visse kritiske sygdomme. De op-listede diagnoser er en udtømmende optegning af de sygdomme/behandlinger som giver ret til udbetaling. Det betyder, at der først kan ske udbetaling, hvis den diagnose der søges om udbeta-ling for, eksplicit er nævnt på listen og de konkrete diagnosekrav for diagnosen er opfyldt.

Derudover fremgår det af § 2, stk. 2, at forsikringsdækningen ikke omfatter de diagnoser i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens be-gyndelse. Diagnoser dækket efter hver af bestemmelserne i § 7 A-Y betragtes som én diagnose. For kræft gælder også 'Udvidet dækning for § 7 A'.

Under 'Udvidet dækning for § 7 A' fremgår, at 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 for-sikringstiden, og som opfylder betingelserne i § 7 A.

Diagnosekravet der skal være opfyldt for at få sum ved kritisk sygdom udbetalt under § 7 A, Kræft, 1) Kræft med undtagelse af mindre aggressive former, er:

- Ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteriseret ved abnorme celler og 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 en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi) har stillet diagnosen baseret på mikroskopisk undersøgelse af en vævsprøve (biopsi), eller even-tuelt af en celleprøve (cytologi).
[...]

For at vurdere om diagnosekravet var opfyldt som beskrevet, modtog selskabet i 2015 journalmateriale fra [hospital], herunder udført mikroskopisk undersøgelse af udtaget væv (patologisvar), se **bilag F**.

Det fremgår af journaloplysningerne i bilag F, at klager i juni 2015 havde fået udført mammografi og ultralydsundersøgelse af højre bryst, hvor man fandt en 6 mm stor tumor. Der blev udtaget biopsi fra tumor, hvor den mikroskopiske undersøgelse 10. juni 2015 viste, at diagnosen var kræft (karcinom).

Klager fik efterfølgende foretaget lumpektomi. Klager modtog udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom efter § 7 A, jf. bilag E.

Diagnosedatoen for kræften i 2015 var således 10. juni 2015.

Til vurdering af ansøgningen i 2024 havde klager medsendt journaloplysninger fra sundhed.dk, se **bilag G**. Det fremgår, at klager 30. april 2024 blev henvist fra [læge] til kræftpakkeforløb efter fund af malignt melanom (modermærkekræft) i hovedbunden (vertex), hvor man ikke vidste om der var tale om ny primær tumor eller om der var tale om en metastase.

Diagnosedatoen for kræften i 2024 var således i april 2024.

Da der ikke er forløbet mindst 10 år mellem kræftdiagnoserne i 2015 og 2024, som er et krav efter forsikringsbetingelserne, kan selskabet ikke imødekomme klagers ansøgning om udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom for diagnosen i 2024.

Det meddelte selskabet klager 1. maj 2024 og 7. maj 2024, se **bilag H**.

Klager har i klagen til ankenævnet anført, at karenperioden på 10 år ikke er i overensstemmelse med markedsnormen, hvorfor dette aftalevilkår skal nedsættes til en karenperiode på 7 år, eller helt tilsidesættes efter aftaleloven § 36. Derudover er klager af den opfattelse, at der er tale om diskrimination ved kræftsygdom at indføre en karenbestemmelse på 10 år, fordi det er sjældent at få en ny selvstændig kræftsygdom inden for denne periode.

Det er det enkelte livsforsikrings- eller pensionsselskab der selv beslutter, hvilke kritiske sygdomme forsikringen dækker, hvilke krav der stilles for udbetaling af forsikringssummen, samt hvilke indskrænkninger i forsikringsdækningen, der skal gælde for forsikringen.

Bestemmelsen under 'Udvidet dækning for § 7 A' skal ses i sammenhæng med udgangspunktet i bestemmelsen i § 2, stk. 2. Som tidligere beskrevet gælder der efter § 2, stk. 2, at forsikringsdækningen ikke omfatter diagnoser i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse. Bestemmelsen betyder fx., at hvis forsikrede har haft en blodprop i hjernen efter § 7 E, Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) inden forsikringstidens begyndelse, vil forsikrede i hele forsikringstiden være udelukket for udbetaling efter § 7 E.

'Udvidet dækning for § 7 A' er derfor en lempelse i forhold til udgangspunktet i § 2, stk. 2, hvilket betyder, at det er muligt at få udbetalt forsikringssummen efter § 7 A, hvis der er gået mindst 10 år mellem kræftdiagnoserne.

På den baggrund afviser selskabet klagers påstand om, at selskabet diskriminere forsikrede med kræft, som netop har bedre vilkår efter forsikringsbetingelserne end hvad der gælder for de andre diagnoser efter § 7 B-Y. Derudover er det selskabets opfattelse, at aftalevilkåret om karensbestemmelsen ikke skal anses for urimeligt, jf. aftaleloven § 36, da der netop er tale om en lempelse i forhold til udgangspunktet i § 2, st. 2, så forsikrede med kræft kan få udbetalt forsikringssummen efter § 7 A, selvom forsikrede tidligere har haft kræft.

Klager har yderligere bemærkninger i klagen;

- 1) Klager anfører, at klager ikke fik udleveret selskabets forsikringsbetingelser i forbindelse med skift af pensionsselskab, samt at forsikringsbetingelserne er svære at finde på selskabets hjemmeside. Derudover anfører klager, at hvis klager havde kendt til indholdet i forsikringsbetingelserne, ville klager have ændret forsikringsdækningerne.

Ovennævnte gruppelivsaftale er en obligatorisk gruppelivsaftale, som er baseret på overenskomst mellem [forbund] og [forening] for visse medarbejdergrupper i ...sektoren. Gruppelivsaftalen er således uafhængig af det pensionsselskab, som arbejdsgiver vælger til sine medarbejdere.

Derudover indeholder gruppelivsaftalen forsikringsdækninger og summer, der er fastsat af overenskomstparterne og som den enkelte medarbejder ikke kan ændre på, heller ikke klager.

Selskabets forsikringsbetingelser er tilgængelige på selskabets hjemmeside, hvor man fra forsiden kan vælge 'Privat', hvorefter der er et tydeligt link til alle selskabets forsikringsbetingelser.

- 2) Klager anfører, at der diskrimineres for kræftdiagnoser, som ikke har forbindelse med hinanden. Det fremgår af § 2, stk. 2, at 'Diagnoser dækket efter hver af bestemmelserne i § 7 A-Y betragtes som én diagnose'. Det betyder, at uanset om der er sammenhæng mellem to kræftdiagnoser, eller om der er tale om en ny primærtumor, så er vurderingen den samme efter § 7 A, fordi diagnoser under bestemmelsen betragtes som én diagnose."

Klageren har i brev af 22/8 2024 til nævnet bl.a. anført:

"A) Indklagede skriver: *'Diagnosedatoen for kræften i 2024 var således i april 2024'*.

Lad mig rette en misforståelse. Ja, den første foreløbige diagnose fik jeg den 30. april. Det førte til en akut henvisning under kræftpakken. Jeg vedhæfter uddrag af min efterhånden lange journal, hvoraf fremgår den fra den 20.06.2024, at det maligne melanom havde stadie 2b, og at der ikke ses metastaser. Selve sygdommen er dermed omfattet af dækningen for kritisk sygdom, hvis den kritiske sygdom altså ikke blev 'fanget' via en undtagelse om karensperioden på 10 år.

'Melanomresume – opdateret 20.06.2024 Diagnosekode: DC434A Melanom på skalpen Reexcisionsdato: 24.05.2024 Skalp midtpå, element som pga manglende epidermal komponent ikke sikkert kan klassificeres som primærtumor, derfor usikkert om primær eller metastase. Såfremt der er tale om primærtumor er der tale om nodulært melanom, 8 mm tykt, med mitoser, ikke beskrevet ulceration eller mikrosatelitter. Der er fjernet sentinel node på højre side af halsen (mastoi-

det) uden malignitet, sentinel node venstre side afhalsen (bag m.sternocleidomastoideus) eftersøgt men ikke identificeret. Formentlig T4a N0 M0 = stadie IIb'

b) Indklagede skriver desuden,

'Derudover fremgår det af § 2, stk. 2, at forsikringsdækningen ikke omfatter de diagnoser i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse. Diagnoser dækket efter hver af bestemmelserne i § 7 A-Y betragtes som én diagnose. For kræft gælder også 'Udvidet dækning for § 7 A'.

Under 'Udvidet dækning for § 7 A' fremgår, at 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.

Det er sagens kerne. Dels at kræftsygdomme anses for at være en sygdom, dels at der er så lang en karenperiode. Jeg opfatter som et minimum, at den unormalt lange karenperiode er en urimelig og byrdefuld betingelse, som bør tilsidesættes med hjemmel i aftalelovens § 36, § 38 eller andre passende bestemmelser.

Det mest udbredte aftalevilkår er en karenperiode på 7 år. Det gælder for [andet forsikringsselskab], [andet forsikringsselskab], [andet forsikringsselskab], [andet forsikringsselskab], [andet forsikringsselskab] og muligvis endnu flere. Sagen er imidlertid, at en lang række selskaber og pensionskasser har deres vilkår liggende bag en 'mur', der kræver, at man logger sig på med MitId og det kan man kun, hvis er kunde/medlem i de pågældende institutter.

Hvad der er et 'almindeligt vilkår' er i højeste grad relevant for bedømmelsen af denne sag. Når nævnets medlemmer, skal vurdere, hvorvidt vilkåret kan anses for at skille sig ud som urimeligt.

Her skiller indklagede sig negativt ud. Også målt på, hvor byrdefuldt vilkåret er. Her mistes en erstatning på 200.000 kr. Vilkaaret er altså langt fra almindeligt og normalt i branchen. Det gør det urimeligt.

Indklagede skriver om deres vilkår følgende:

'Klager anfører, at klager ikke fik udleveret selskabets forsikringsbetingelser i forbindelse med skift af pensionsselskab, samt at forsikringsbetingelserne er svære at finde på selskabets hjemmeside. Derudover anfører klager, at hvis klager havde kendt til indholdet i forsikringsbetingelserne, ville klager have ændret forsikringsdækningerne.

Ovennævnte gruppelivsaftale er en obligatorisk gruppelivsaftale, som er baseret på overenskomst mellem [forbund] og [forening] for visse medarbejdergrupper i ...sektoren. Gruppelivsaftalen er således uafhængig af det pensionsselskab, som arbejdsgiver vælger til sine medarbejdere. Derudover indeholder gruppelivsaftalen forsikringsdækninger og summer, der er fastsat af overenskomstparterne og som den enkelte medarbejder ikke kan ændre på, heller ikke klager.'

(Indklagedes kommentar in fine – nej, jeg kan ikke ene menneske rette deres vilkår. Men min bemærkning om, at jeg med denne viden om den lange karenperiode, ville have justeret min dækning, sigter på, at det var muligt fsva. [andet forsikringsselskab]-aftalen og ikke FG-aftalen.)

Ankenævnet for Forsikring

8.

102032

Indklagede anfører at forsikringsbetingelserne er en aftale indgået mellem [forbund] og [forening].

Det er desværre i sig selv ingen garanti for, at aftalebetingelserne er rimelige overfor de forsikrede. Hvilket betingelserne i mine øjne ikke er. Aftalefriheden i Danmark er underlagt mange forskellige begrænsninger i lovgivningen. 'Kviklånslovgivningen', aftalelovgivningen, der også bl.a. følger af EU-retten direktiv 93/13/EØF om urimelige kontraktvilkår i forbrugeraftaler og mange andre steder.

I de senere år er der kommet meget mere fokus på urimelige kontraktvilkår. Den 18. juni 2024 sendte justitsministeriet eksempelvis 'Bekendtgørelse om straf for anvendelse af klart urimelige standardvilkår i forbrugeraftaleforhold', i høring.

Aftalevilkår kan være urimelig og eksistere i årevis lige indtil den dag, hvor en part påberåber sig urimelighed og tilsidesættelse af aftalen. Så bliver rimeligheden bedømt af et ankenævn eller en domstol. Det er disse instanser, der kan afgøre om et vilkår er rimeligt eller ej set i sammenhæng med virkeligheden, vilkårets rækkevidde og samfundsudviklingen.

Det er Sø- og Handelsrettens dom af 5. april 2024 et godt eksempel på. Her tabte Tryg Forsikring A/S en sag om deres aftalevilkår vedr. varsling af prisstigninger. Selskabet skulle anerkende, at man i perioden marts 2016 til februar 2020 ikke med bindende virkning kunne overfor selskabets privatkunder kunne forhøje prisen ud over aftalt indeksregulering på privatkunders forsikringsaftaler hos selskabet uden forudgående varsel til kunderne.

Jeg fastholder mit krav i sagen om at vilkåret om den 10-årige karenstid tilsidesættes."

Selskabet har i brev af 4/10 2024 til nævnet bl.a. anført:

"I sine bemærkninger nævner klager begrebet 'forbrugerforsikring' flere steder, og støtter sig til afgørelser, lovregler m.v. som ligger inden for forbrugerområdet. Det skal præciseres, at ovennævnte gruppelivsaftale ikke indeholder en forbrugerforsikring, men en gruppelivsforsikring.

Gruppelivsforsikringen er ikke indgået mellem klager og FG, men mellem overenskomstens parter og selskabet. Klager blev automatisk omfattet af den obligatoriske gruppelivsforsikring i forbindelse med sin ansættelse i [virksomhed]."

Klageren har den 6/10 2024 til nævnet bl.a. bemærket:

"Uanset hvordan man anskuer den forsikringsaftale, som sagen vedrører, så følger det stadig af den juridiske lærebog 'Dansk forsikringsret', i afsnittet om usædvanlige eller særligt byrdefulde vilkår, at: 'der i aftalelovens § 36 er hjemmel til at tilsidesætte forsikringsvilkår, som i det enkelte tilfælde fører til urimelige resultater.'

Jeg henviser til mine tidligere argumenter og dokumentation for at markedsnormalen er syv års karenstid og ikke ti år, som hos indklagede."

Klageren har den 10/11 2024 til nævnet bl.a. bemærket:

Ankenævnet for Forsikring

9.

102032

"[Andet pensionsselskab] har sendt deres nye moderniserede betingelser ved bl.a. kritisk sygdom ud til orientering for kunderne. De nye betingelser træder i kraft den 1. januar 25 og indebærer blandt andet at karenstiden ved kræft som kritisk sygdom nedsættes fra 7 til 5 år. Jeg vedhæfter betingelserne. Det viser med tydelighed, at indklagedes betingelse om 10 års karenstid, stikker ud som urimelig lang."

I brev af 19/11 2024 fra selskabet til nævnet hedder det bl.a.:

"Det kan i den forbindelse nævnes, at selskabet – i samarbejde med FG's lægekonsulenter og anden faglig ekspertise, fra 1. januar 2025 ligeledes nedsætter karenstiden fra 10 år til 5 år for både kræftdiagnoser der er stillet før forsikringstidens begyndelse, samt i bestemmelsen, der giver mulighed for udbetaling for to kræftdiagnoser i forsikringstiden."

De nye forsikringsbetingelser fra 1. januar 2025 kan ses på selskabets hjemmeside."

Hertil har klageren i brev af 20/11 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Det betyder jo, at selskabet og den lægefaglige ekspertise, de har rådført sig med, giver mig helt ret i, at 10 år var urimeligt lang tid og dermed en urimelig bestemmelse."

Jeg ved ikke, om det er min klage, der har sat en modernisering af betingelserne i gang? Eller er det mon et arbejde, der har været i gang i en længere periode? Det får vi næppe klarhed over."

Indklagedes svar er kryptisk.

Vil man i lyset af denne moderniseringsproces frafalde den lange karantæne i min sag kulancemæssigt? Eller fastholder indklagede den urimelig lange karenstid over for mig og gnider så salt i såret ved at oplyse, at fremover er karenstiden halveret?"

Jeg håber, at nævnet i lyset af denne udvikling hos indklagede m.fl. vil give mig ret i min klage. Der er ikke længere tvivl om, at den 10-årige karenstid er urimelig i en sådan grad, så indklagede end ikke længere selv vil kendes ved den bestemmelse."

Selskabet har den 29/11 2024 til nævnet bl.a. bemærket:

"Selskabets beslutning om at justere karenstiden, er resultatet af en årelang undersøgelsesperiode, som har inkluderet diverse forskningsresultater, lægeudtalelser mv., herunder om resultatet af undersøgelserne gav en økonomisk mulighed for at justere i karenstiden."

...

Selskabet fastholder, at aftalevilkåret om karenstidbestemmelsen ikke bør anses for urimeligt, jf. aftaleloven § 36, da der netop er tale om en lempelse i forhold til udgangspunktet i § 2, stk. 2, som nævnt ovenfor."

Da klagers kræftdiagnose er stillet i april 2024, er diagnosen stillet før de nye forsikringsbetingelser træder i kraft 1. januar 2025, hvilket betyder, at klager ikke opfylder betingelserne for udbetaling efter de nye forsikringsbetingelser, og vi fastholder, at klager ikke er berettiget til udbetaling."

Ankenævnet for Forsikring

10.

102032

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Af journal af 16/6 2015 fremgår bl.a.:

"Har følt lille tumor i hø. bryst På mammografi og UL er set en 6 mm stor tumor kl. 9, beskrevet som suspekt. Endv. ses i samme segment et ca. 2 cm stort område med pleomorfe mikroforkalkninger. Biopsi fra den palp. tumor viser østrogenreceptor pos. karcinom, HER-2 normal.

...

Objektiv undersøgelse

...

Hø. mamma: moderat sugillationer efter biopsitagning. Der palp. i hø. mamma kl. 9, 3 cm fra areolakanten, en 5 mm stor tumor, som en gulært, glat, fri af hud og fascie. Ingen andre palp. tumores.

Aksiller: i. a.

Konklusion

Lille, malign tumor i hø. bryst samt gruppe af mikroforkalkninger i samme segment."

Af selskabets brev af 21/7 2015 fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget din ansøgning samt journaloplysninger. Vi har gennemgået sagen, og har vurderet dig berettiget til udbetaling af forsikringssummen efter forsikringsbetingelserne § 7 A Kræft.

Forsikringssummen 157.809 kr. overføres til din Nemkonto og vil være til disposition i løbet af få dage.

Beløbet er skattefrit.

Du er nu ikke længere forsikret ved kritisk sygdom, men så længe du er forsikret under ovennævnte gruppelivsaftale, er du omfattet af den øvrige forsikringsdækning."

Af journal af 30/4 2024 fremgår bl.a.:

"Henvises til PAKKEFORLØB GRUNDET MALIGNT MALANOM

Kliniske oplysninger

Anamnese, Socialt, Objektive fund, Sagt til patienten

Henvises for flere mdr varende lys kløende tumor midt vertex som har vist malignt melanom, uvist om primær tumor eller metastase

Inf og acc henvisning i PAKKEFORLØB til udredning og excision."

Af ansøgning ved kritisk sygdom af 1/5 2024 fremgår bl.a.:

"Hvilken sygdom vil du søge om udbetaling for? Kræft, Modernmærke

Hvornår blev du syg? 1-2-2024

Hvor er behandling/undersøgelse foretaget? Speciallæge

...

Har du tidligere haft en kritisk sygdom? År 2015: Kræft, Bryst"

Ankenævnet for Forsikring

11.

102032

Af selskabets brev 1/5 2024 fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget din ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme. Du oplyser i ansøgningsskemaet, at du fik konstateret kræft i 2015 og igen i 2024.

Det er en betingelse for udbetaling fra forsikringen, at sygdommen er diagnosticeret i forsikringstiden, jf. forsikringsbetingelserne § 2, stk. 1. Efter § 2, stk. 2 omfatter forsikringsdækningen ikke de kritiske sygdomme, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse.

Der gælder en lempelse for kræft, som betyder, at hvis forsikrede inden forsikringstiden begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom, jf. forsikringsbetingelserne § 7 A.

Ifølge vores oplysninger blev du omfattet af ovennævnte gruppelivsftale den 1. december 2022.

Da du oplyser, at du har fået konstateret kræft første gang i 2015, hvilket var inden forsikringstidens begyndelse og der ikke er gået 10 år mellem kræftdiagnoserne, opfylder du ikke forsikringsbetingelserne og vi kan ikke udbetale forsikringssummen."

Af journal af 20/6 2024 fremgår bl.a.:

"Melanomresume – opdateret 20.06.2024

Diagnosekode: DC434A Melanom på skalpen

Reexcisionsdato: 24.05.2024

Skalp midtpå, element som pga manglende epidermal komponent ikke sikkert kan klassificeres som primærtumor, derfor usikkert om primær eller metastase. Såfremt der er tale om primærtumor er der tale om nodulært melanom, 8 mm tykt, med mitoser, ikke beskrevet ulceration eller mikrosatelitter. Der er fjernet sentinel node på højre side af halsen (mastoidet) uden malignitet, sentinel node venstre side af halsen (bag m. sternocleidomastoideus) eftersøgt men ikke identificeret.

Formentlig T4aN0M0 = stadie IIb

Baseline PET-CT 21.05.2024 uden suspicio

Har været til samtale onkologisk og afstået fra adjuverende/inklusion i protokol.

Patienten følges i henhold til opfølgningsprogrammet for høj risiko med kontrol hver 3. måned i 2 år og herefter hver 6. måned i yderligere 3 år.

Der skal foretages rutinemæssig PET/CT-skanning efter 0 (baseline), 6, 12, 24 og 36 måneder."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"§ 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 gruppelivsftalen.

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 én diagnose. For kræft gælder 'Udvidet dækning for § 7 A'.

§ 3. Det fastsættes i gruppelivsaftalen, om dækning ved kritisk sygdom ophører efter udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom, se nedenfor under a), eller om der fortsat er dækning ved kritisk sygdom, se nedenfor under b):

- a) Når der er sket udbetaling efter § 7, ophører gruppemedlemmets ret til yderligere udbetaling i tilfælde af kritisk sygdom.
- b) Når der er sket udbetaling efter § 7, dækker forsikringen ikke længere den eller de diagnoser, der har medført udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Der kan kun ske udbetaling én gang for hver af bestemmelserne § 7 A-Y. For kræft gælder 'Udvidet dækning for § 7 A'.

...

§ 7. Ved kritisk sygdom forstås:

A. Kræft

1) Kræft med undtagelse af mindre aggressive former

Ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteriseret ved abnorme celler og ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser).

Dækningen omfatter **ikke**:

- ...
- Kræft alene lokaliseret til huden, dog fraset malignt melanom (modermærkekræft)

...

Diagnosen kræft anses for stillet, når en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi) har stillet diagnosen baseret på mikroskopisk undersøgelse af en vævsprøve (biopsi), eller eventuelt af en celleprøve (cytologi).

...

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 blev den 1/12 2022 omfattet af en gruppelivsaftale med dækning ved visse kritiske sygdomme. Hun fik i juni 2015 konstateret brystkræft og fik i den forbindelse udbetalt forsikringssum ved kritisk sygdom. Klageren har anmeldt, at hun den 30/4 2024 har fået konstateret

modermærkekræft. Selskabet har afvist at udbetale ny forsikringssum ved kritisk sygdom med henvisning til, at der ikke er forløbet mindst 10 år mellem kræftdiagnoserne i 2015 og 2024.

Klageren har anført, at den lange karenperiode er en urimelig og byrdefuld betingelse, der bør tilsidesættes efter aftalelovens § 36. Vilkåret er ikke i overensstemmelse med markedsnormen, hvor det mest udbredte er en karenperiode på 7 år. Det, at selskabet den 1/1 2025 har sænket karenperioden til 5 år, viser, at 10 år er urimelig lang tid. Klageren har anført, at kræft-ramte diskrimineres, idet de betaler fuld præmie, men ikke har fuld dækning. Klageren har anført, at Kræftens Bekæmpelse har oplyst, at de kun kender få patienter, der er kommet i klemme som klageren. Også i det lys er den 10-årige karenperiode udtryk for diskrimination ved kræft. Klageren har anført, at forsikringsbetingelserne først blev udleveret med selskabets afslag, og at hun ville have ændret sine dækninger, hvis hun havde kendt til den unormalt lange karenperiode.

Selskabet har anført, at klageren er omfattet af en gruppelivsaftale, og at gruppelivsaftalen indeholder forsikringsdækninger og -summer, der er fastsat af overenskomstparterne. Gruppelivsaftalen er uafhængig af det pensionsselskab, som arbejdsgiver vælger til sine medarbejdere. Selskabet har anført, at forsikrede med kræft har lempede vilkår i forhold til, hvad der gælder for andre diagnoser efter § 7 B-Y, hvor der slet ikke er mulighed for flere udbetalinger inden for samme diagnosegruppe. Selskabet har anført, at aftalevilkåret om, at der skal forløbe 10 år mellem kræftdiagnoserne, ikke er et urimeligt vilkår. Selskabet har fra 2025 nedsat karenperioden fra 10 år til 5 år på baggrund af grundige undersøgelser, men da klagerens modermærkekræft er diagnosticeret i april 2024, er hun ikke omfattet af de nye vilkår. Selskabet har anført, at forsikringsbetingelserne er tilgængelige på selskabets hjemmeside.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 7, at forsikringen dækker modermærkekræft. Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 7 A, at "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". Nævnet bemærker, at klagerens mo-

Ankenævnet for Forsikring

14.

102032

dermærkekræft er diagnosticeret den 30/4 2024, og at de nye vilkår fra 1/1 2025 derfor ikke finder anvendelse.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets afgørelse, idet der ikke er forløbet 10 år mellem klagerens to kræftdiagnoser i henholdsvis juni 2015 og april 2024. Nævnet bemærker, at det i henhold til forsikringsbetingelserne er uden betydning, om der er tale om to medicinsk uafhængige kræftdiagnoser.

Nævnet finder, at vilkåret om de 10 års karens for nye kræftdiagnoser i forsikringsbetingelsernes § 7 A ikke udgør et urimeligt aftalevilkår. Nævnet finder derfor, at der ikke er grundlag for at anvende aftalelovens § 36.

Nævnet bemærker i den forbindelse, at der er tale om en obligatorisk gruppelivsforsikring som led i en arbejdsmarkedspensionsordning. Indholdet af gruppelivsaftalen bestemmes af arbejdsmarkedets parter ved overenskomst. Nævnet bemærker videre, at det er et sædvanligt vilkår, at der gælder en karensperiode efter en kræftdiagnose, før der igen kan være mulighed for at få udbetaling som følge af kræft.

Nævnet henviser til sag 101819.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultatet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Ankenævnet *for* Forsikring

15.

102032

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen

formand