

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 27. august 2025 blev i sag nr. 102832:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

TJM Forsikring
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har dækning for "Kritisk sygdom". I klageskema af 28/12 2024 har klageren bl.a. anført:

"Vi har klaget til TJM da vi troede vi kunne gøre brug af ulykkesforsikringen da vores [barn 2] blev syg. Tilbage i 2017 blev vores [barn 1] alvorligt syg og vi opdagede dengang at vores forsikringer på børnene ikke dækkede nogen former for sygdom. Derfor rettede vi henvendelse til TJM for at undgå at skulle stå i samme situation hvis der skulle ske noget lignende. Vi fik derfor på baggrund af den konkrete hændelse rådgivning af TJM omkring hvilke dækninger vi skulle tilkøbe. Dette gjorde vi naturligvis og har i de efterfølgende mange år betalt for denne tryghed. I år sker der så desværre det at vores [barn 2] for konstateret at [barn 2] har en vaskulæring som kræver en operation på hovedpulsåren. Ud over det kræver det også at en af os forældre må gå på orlov da vores [barn 2] skal passes hjemme i en længere periode efter operationen. Vi henvender os derfor til TJM for at høre hvordan vores forsikring dækker. Vi får her beskeden at den ikke dækker da vi 'kun' har tegnet kritisk sygdom og ikke valgt det der hedder 'sygdom' på forsikringen. Vi er naturligvis meget forundrede over at den rådgivning vi modtog tilbage i 2017/18 på baggrund af en helt konkret situation pludselig ikke er fyldestgørende. Ud over det undrer det os at vores ... andre børn som fik tegnet samme forsikring på samme tidspunkt, begge har både kritisksygdom og sygdom på deres policer.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Vi ønsker at TJM tager ansvar for den fejl de har begået og lige som os kan se at de åbenlyst har lavet en fejl når vi netop har tegnet forsikringen på baggrund af en konkret hændelse som også havde krævet dækningen 'sygdom' tilbage i 2017."

Selskabet har den 12/3 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klageren har i sine bemærkninger til nævnet henvist til, at deres [barn 1] tilbage i 2017 blev alvorligt syg. Klageren oplevede den gang, at de ikke havde de rette dækning i forhold til den konstaterede sygdom. Klageren tog derfor tilbage i 2017 fat i selskabet for at få de rette dækninger. I 2024 fik klagerens [barn 2] konstateret, at [barn 2] havde en vaskulæring, som krævede en operation på hovedpulsåren.

Klageren fik herved afslag, da der var tegnet dækning for kritisk sygdom, men ikke for sygdom. Klageren mener, at der i 2017 skulle være tegnet for både kritisk sygdom og sygdom.

Selskabet henviser til, at det tydeligt fremgår af [barn 2's] police dateret 17. juli 2018, at der ikke er dækning for sygdom, men alene kritisk sygdom.

Selskabet henviser hertil de gældende forsikringsbetingelser nr. 15T6, samt klagerens forsikringsaftale. Forsikringsaftalen kan ses som bilag A og de gældende betingelser er vedlagt af klageren, og kan findes i dennes bilag på portalen.

Sagsfremstilling

Klageren fik den 17. juli 2018 tilsendt en ny forsikringsaftale. Det fremgår af forsikringsaftalen, at der er tegnet kritisk sygdom. Selskabet henviser til **bilag A**.

Ændring blev som forelagt af klagerens skete, da deres [barn 1] i 2017 var udsat for en alvorlig sygdom. Klageren ønskede ikke at stå i sammen situation og tog på dette grundlag fat i selskabet for at få bedre dækning.

Efter gennemgang med selskabet blev der lavet en ændring, så kritisk sygdom for alle ... børn blev tilføjet.

I 2024 ønskede klageren at få forsikringsdækning til en operation på hovedpulsåren. Dette blev afvist af skadeafdelingen, da klageren i forhold til aftalegrundlaget ikke havde dækning for den konkrete behandling.

Den 26. august 2024 skrev klageren til Tryg forsikrings klageansvarlige afdeling. Det fremgik af klageren mail, at de ikke mener, at der er givet korrekt og fyldestgørende rådgivning, og at der også på deres forsikring burde have været dækning for sygdom og ikke kun kritisk sygdom.

Mailen fra klageren kan ses i **Bilag B**.

Den klageansvarlige afdeling besvarede den 12. november 2024 klagerens henvendelse. Klageren modtog et afslag, da det tydeligt fremgik af både forsikringsaftalen og de gældende forsikringsbetingelser, hvilke dækninger, som klageren havde dækning for, og hertil også hvilke former for behandling, som dette omhandlede.

Selskabet henviste også til, at ikke i sagen forelå dokumentation for, at der var begået nogen fejl eller forsømmelser ved salg eller rådgivning, og at klageren ej heller havde fremlagt klager herom før i 2024.

Klageren valgte herefter at sende sagen til vurdering hos Ankenævnet for Forsikring.

Selskabets vurdering

Klageren har i sin argumentation henvist til, at selskabet ikke har givet retvisende rådgivning, og selskabet også burde have inkluderet sygdom i dækning ved ændringen i 2018. Klageren henviser også til, at sygehuset betragtede deres [barns] sygdom som en kritisk sygdom.

Selskabet gør opmærksom på, at klageren i sin forsikringsaftale aldrig haft dækning for sygdom. Selskabet gør også opmærksom på, at der efter deres [barn 1's] undersøgelse i 2017 blev en nødvendighed for klageren, at de ikke skulle stå en lignende situation i forhold til sådanne sygdomme.

Der blev ændringen af forsikringsaftalen i 2018 tegnet dækning for kritisk sygdom.

I forsikringsbetingelserne fremgår følgende:

15.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, og udbetaler et engangsbeløb straks efter, at diagnosen for den kritiske sygdom er stillet. Forsikringen omfatter de kritiske sygdomme, der er nævnt i punkt 15.3, når diagnose er stillet efter barnets fødsel og inden barnet fylder 25 år

..

15.3 Visse kritiske sygdomme omfattet af forsikringen

Forsikringen omfatter de sygdomme, der nævnes herunder. ICD-koderne, der henvises til i listen, er de internationale koder til klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser udformet af WHO. Forkortelsen ICD står for International Classifications of Diseases. Du skal være opmærksom på, at det er diagnosetidspunktet, der er afgørende for, om forsikringen dækker, og ikke det tidspunkt hvor du får kendskab til diagnosen.

15.3.1 Følgende sygdomme er omfattet:

15.3.1.1 Epilepsi, diagnosekode G40 Diagnosen skal være stillet af speciallæge i neurologi.

15.3.1.2 Meningitis forårsaget af bakterier (hjernehindebetændelse), diagnosekode G01 Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.

15.3.1.3 Følger efter Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE) Blivende neurologiske følger efter borrelia infektion. De blivende neurologiske følger kan tidligst vurderes 6 måneder efter sygdommens debut. Følgerne skal være vurderet af en speciallæge i neurologi eller pædiatri.

15.3.1.4 Leddegigt (reumatoid arthritis), diagnosekode M08 Kronisk inflammatorisk ledsygdom, som medfører ødelæggelse af led. Diagnose skal være stillet af relevant speciallæge.

15.3.1.5 Kræft Forsikringen dækker følgende former for kræft:

- Leukæmi
- Brystkræft
- Testikelkræft
- Tarmkræft
- Modermærkekræft
- Kræft i æggestokke

- Livmoderhalskræft
- Kræft i hjernen

De nævnte kræftformer er dækket som én diagnose. Det betyder, at der ikke kan ske udbetaling mere end én gang, selv om du efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer. Forsikringen dækker ikke de nævnte kræftformer, som er diagnosticeret eller som du har modtaget behandling for inden forsikringen trådte i kraft.

Dog gælder, at forsikringen dækker, hvis der er gået mindst 10 år siden en tidligere kræftdiagnose.

15.3.1.6 Kronisk nyresvigt Nyresvigt i en sværhedsgrad så begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt holder op med at fungere, hvilket resulterer i enten varig dialyse eller at nyretransplantation foretages. Diagnose skal være stillet af relevant speciallæge.

15.3.1.7 Cystisk fibrose, diagnosekode E84 Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.

15.3.1.8 Calves-Legg-Perthes, diagnosekode M91 Diagnosen skal være stillet af speciallæge i ortopædkirurgi.

Det er på denne baggrund selskabets vurdering, at klageren ikke er berettiget til forsikringsdækning.

Det følger af de almindelige forsikringsretlige regler og af gældende praksis hos Ankenævnet for forsikring, at det er kravstiller, som har bevisbyrden for kravets rigtighed og størrelse. Dette betyder i den konkrete sag, at det er klageren, som har bevisbyrden for, at der er begået fejl eller forømmelse ved salg og rådgivning.

Klageren har i sine bemærkninger henvist til, at der ved ændringer i 2018 også burde være tegnet dækning for sygdom.

Selskabet gør opmærksom på, at eventuelt optaget telefonsamtalen alene bliver gemt i 12 måneder.

De er således i den konkrete sag, selv hvis optaget, ikke længere til stede. Der foreligger ej heller notater fra klageren eller fra selskabet som indikerer, at der har været talt om, at der også skulle være dækning for sygdom.

Hvis dette beror på en fejl fra selskabets side, så har klageren siden 2018 haft mulighed for at rette henvendelse til selskabet. Selskabet bemærker hertil, at klageren udover den ændret forsikringsaftale i 2018 herefter også har modtaget forsikringsoversigt, hvor det fremgik, at der alene var tegnet dækning for kritisk sygdom.

Selskabet har også lagt vægt på, at den oplyste behandling og kommende operation ikke er en del af de sygdomme, som er nævnt i punkt 15.3.1. Der er således ikke nogen fejl eller forømmelse, at klageren modtog afslag på dækning til denne behandling/operation.

Selskabet fastholder på dette grundlag, at klageren ikke er berettiget til forsikringsdækning."

Klageren har i meddelelse af 27/3 2025 til nævnet bl.a. anført:

"vi vil endnu engang påpege at alle vores ... børn fik tegnet forsikringerne samtidig og aftalen var at de alle naturligvis skulle være ens. Derfor undrer vi os forsat over at vores ... [børn] er forsikret både for kritisk sygdom og sygdom, men vores [barn 2] er kun forsikret for kritisk sygdom. Vi mener at det tydeligt viser at TJM har lavet en fejl da de lavede [barn 2's] forsikring. Som tidligere beskrevet, rettede vi henvendelse til forsikringen da vi på bagkant af en konkret hændelse gerne ville undgå at skulle stå uden sikkerhedsnet hvis en af vores børn igen skulle blive alvorligt syge og en af os forældre måtte gå fra på arbejdet."

Ankenævnet har fået forelagt selskabets meddelelser af 11/4 2025 og 23/5 2025 og klagerens meddelelse af 27/5 2025. Selskabet har den 20/6 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har modtaget klagerens yderligere bemærkninger og bilag på sagsportalen. Klageren har i sine bemærkninger henvist til, at der er begået fejl fra selskabets side, da der er væsentlige forskel i dækningerne på klagerens [antal] børn.

Klageren har i sine bilag fra 2019 og 2022 henvist til, at der er dokumentation for de [antal] øvrige børn har en anden dækning. Klageren har direkte henvist til følgende tekst i policerne:

Sygdom

Kritisk sygdom og sygdomsinvaliditet

Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser de første symptomer eller diagnosticeres før eller indenfor de første 2 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft (karenstid).

Selskabets vurdering

Selskabet er i sagen opmærksom på, at klageren har [antal] børn. Selskabet er også opmærksom på, at der i de forsikringspolicer, som er fremlagt, korrekt er forskel på de oplyste policer og den police, som er gældende for den konkrete sag.

Selskabet henviser dog til, at der er en god forklaring herpå, og at klageren undervejs er oplyst herom.

Klageren fik i 2018 ændret sine forsikringsaftaler for alle [antal] børn. Selskabet har allerede i portalen henvist til den konkrete police. De [antal] øvrige policer fra [antal] andre børn er vedlagt som bilag C og E.

Det fremgår af disse bilag, og som vedrører policenummer ... samt ..., at der er samme dækninger som på policenummer ... Selskabet bemærker også, at der heller på disse policer er dækning for sygdom.

Den 31. oktober 2019 og 31. august 2022 får klageren oplysninger om ændringer på policenumrene ... og ... Denne ændring skyldes, at klagerens [andre] børn er fyldt 18 år, og at derved sker ændringer på policerne ved overgang fra børneforsikring til personforsikring ung. Der er her oplyst følgende:

Dækningerne Kritisk Sygdom og Sygdom er nu slået sammen under dækningen Sygdom. Kritisk sygdom fortsætter til forsikrede fylder 25 år, og Sygdom udbetaler erstatning for visse sygdomme, der vurderes at give varige følger. Erstatningen udbetales som et en-

gangsbeløb beregnet som en procentsats af forsikringssummen. Denne dækning fortsætter efter forsikrede er fyldt 25 år.

Ændringerne i de 2 oplyste policer kan ses i **bilagene D og F**.

Selskabet henviser på dette grundlag til, at der i 2018 var tegnet samme dækninger for klagerens [antal] børn, og at den senere ændring og forskel i dækninger, som oplyst af klageren i 2019 og 2022, ikke skyldes nogen fejl og forsømmelse fra selskabets side.

Ændringerne er ikke foretaget på baggrund af henvendelse fra klagerens selv, og skyldes heller ikke, at selskabet har konstateret at der var sket en fejl. Ændringerne skyldes ene og alene, at de [antal] oplyste børn er fyldt 18 år og derfor overgår fra en børneforsikring til en personforsikring ung.

Selskabet fastholder på dette grundlag til, at klageren ikke er berettiget til forsikringsdækning."

Sekretariatet bad den 4/8 2025 klageren om at præcisere oplysningen i klageskemaet om, at "de åbenlyst har lavet en fejl når vi netop har tegnet forsikringen på baggrund af en konkret hændelse som også havde krævet dækningen 'sygdom' tilbage i 2017", herunder hvorvidt sygdommen hos klagerens andet barn havde været dækket under tilvalgsdækningen "Kritisk sygdom" eller "Sygdom", såfremt disse tilvalgsdækninger havde været tegnet i 2017. Klageren har samme dato bl.a. anført:

"Da vi i 2017 kontaktede forsikringen for at høre om mulig erstatning eller hjælp, fik vi besked om at vi ingen dækning havde hvad angår nogen former for sygdom på vores børn. Vi blev ret overraskede da vi aldrig havde hørt om at børnene ikke var dækket ligesom os forældre. Beskeden var klar, vi skulle have haft tegnet separat dækning på børnene for at Tryk kunne hjælpe os. Da den konkrete sygdom ikke fremgik på nogle af Tryks lister over sygdomme, fik vi besked om at, hvis vi havde haft en dækning ville det komme an på en konkret vurdering fra selskabets egne folk om de ville yde en form for dækning. Vi blev derfor rådet af Tryk til at sikre os mod lignende situationer i fremtiden. På den baggrund ændrede vi dækningen på policerne på alle ... børn."

Nævnet har fået forelagt bilag, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af barn 2's police af 17/7 2018 fremgår bl.a.:

"Forsikringen omfatter

Heltid

Forsikringen dækker hele døgnet.

Grunddækning

Forsikringen dækker ved ulykkestilfælde:

Varigt men på mindst 5 % og en forsikringssum på 1.310.164 kr. (2018)

Varigt men fra mindst 5 %

og en forsikringssum på 1.310.164 kr. (2018)

Farlig sport

Behandlingsudgifter

Transportudgifter

Tandskade

Begravelseshjælp, 50.000 kr. (indeksreguleres ikke).

Tilvalgsdækninger Udvidet varigt men som dækker:

Dobbelterstatning fra 30 % mén

Ekstra rådighedsbeløb til forældre på 104.763 kr. (2018)

Tab af syn eller hørelse

Amputation.

Kritisk sygdom for børn og unge med forsikringssum på 104.763 kr. (2018)

Forsikringen omfatter ikke

Strakserstatning ved knoglebrud el.lign.

Udvidet hjælp

Tyggeskade

Sygdom

Sundhed, giver adgang til undersøgelse og behandling på privathospital, samt fx mulighed for en second opinion og allergiudredning."

Af selskabets brev af 31/10 2019 til klagerens ægtefælle fremgår bl.a.:

"Du har en Børneforsikring hos os, hvor [andet barn] er forsikret. Forsikringen giver hjælp og økonomisk erstatning, når det uventede sker.

Forsikringen fortsætter - du behøver ikke gøre noget

Forsikringen fortsætter med nogle få ændringer som Personforsikring Ung, nu hvor [andet barn] er fyldt 18 år. Du behøver kun kontakte os, hvis du ønsker ændringer.

Ulykkesforsikringen er fortsat grunddækningen, og dækker både, hvis forsikrede kommer til skade i forbindelse med farlig sport eller ved mc-kørsel. Og den dækker nu også, hvis forsikrede udsættes for en infektion/smitte i forbindelse med sit arbejde.

Her kan du læse om ændringerne til dine tilvalgsdækninger:

Dækningerne Kritisk Sygdom og Sygdom er nu slået sammen under dækningen Sygdom. Kritisk sygdom fortsætter til forsikrede fylder 25 år, og Sygdom udbetaler erstatning for visse sygdomme, der vurderes at give varige følger. Erstatningen udbetales som et engangsbeløb beregnet som en procentsats af forsikringssummen. Denne dækning fortsætter efter forsikrede er fyldt 25 år."

Ankenævnet for Forsikring

8.

102832

Af det andet barns police af 14/11 2019 fremgår bl.a.:

"Forsikringen omfatter

...

Sygdom

Kritisk sygdom og sygdomsinvaliditet

Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser de første symptomer eller diagnosticeres før eller indenfor de første 2 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft (karenstid)."

Af selskabets brev af 12/11 2024 fremgår bl.a.:

"I henviser i jeres klage til, at I tilbage i 2017 fik ændret ulykkesforsikringerne for jeres børn. Baggrunden for dette ønske om ændring/forbedring af jeres dækning skyldtes, at en af jeres børn blev alvorlig syg.

Det har nu vist sig, at den nuværende dækning heller ikke dækker den sygdom, som jeres [barn 2] har pådraget sig. I har i jeres klage henvist til, at der dog ville have været dækning, hvis der i stedet for kritisk sygdom var tegnet dækningen sygdom.

Vi har gennemgået sagens samlede oplysning, og er kommet frem til følgende vurdering.

Vores vurdering

Jeres mulighed for forsikringsdækning beror på sagens samlede oplysninger, og aftalegrundlaget dig og TJM forsikring.

Aftalegrundlaget består af 2 dokumenter. Det første er forsikringsaftalen (forsikringspolice). Din police viser, at forsikringen trådte i kraft den 16. juli 2018. Der er henvist til de gældende forsikringsbetingelser, og at der på din forsikring er disse dækninger.

De andet dokument er de gældende forsikringsbetingelser (se vedhæftet). Betingelserne viser i hvilke situation, hvor der og ikke er mulighed for forsikringsdækning. Kritisk sygdom er beskrevet punkt 15, hvor det fremgår, hvilke sygdomme som er dækket.

Til vurdering af din klage, så må vi se, hvilke oplysninger, som er tilgængelig via jeres klage og vores system. Vi gør hertil opmærksom på, at det ifølge de almindelige forsikringsretlige regler og gældende praksis hos Ankenævnet for Forsikring, er jer som kravstiller, som har bevisbyrden for, at der er begået fejl eller forsømmelse fra rådgiverens side i forbindelse med indtegnning.

Der er ikke i vores system lavet nogen beskrivelse eller dokumentation over, hvad der mere præcist blev talt om eller aftalt mellem jer og rådgiveren/salget. Vi har derfor ikke noget på skrift udover forsikringsforsikringspolice, hvor det fremgår, hvilke dækninger, som I har ønsket og fået.

Der er under punkt 15 nævnt, at visse ting, som er omfattet af dækning. Vi ved af naturlige årsager ikke, hvad der er blevet sagt og lovet. Vi forholder os dertil til det faktum, at der på din forsikring er dækning for kritisk sygdom, men ikke dækning for sygdom. Henset til det forløb, som I var

igennem med jeres [barn 1] i 2017, så giver det ifølge os god mening, at der blev talt om og tegnet dækning for kritisk sygdom.

Vi er fuldt ud opmærksom på sagens omstændigheder.

Det afgørende er dog i sagen er dokumentation for, at der er begået fejl eller forsømmelse ved i forhold til den rådgivning og forsikring, som I valgte at tegne.

Vi må hertil oplyse, at vi ikke i sagens samlede oplysninger har fundet denne dokumentation.

Vi kan på dette grundlag ikke give jer medhold i jeres klage."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne: "**14. Sygdom**
(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

14.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, hvis du får diagnosticeret en af de sygdomme, som er nævnt i tabellen i punkt 14.4.

Forsikringen dækker desuden:

14.1.1 Hospitalskompensation ved sygdom

Forsikringen dækker op til 300 kr. pr. dag (indeksreguleres ikke) op til 12 måneder, hvis du bliver indlagt på hospital i mindst 5 sammenhængende dage, på grund af sygdom nævnt i tabellen i punkt 14.4.

Hvis barnet bliver indlagt igen på grund af samme sygdom, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første indlæggelse.

Læs om erstatning i punkt 17.9.1.

14.1.2 Rengøringshjælp

Forsikringen dækker til 20 timers rengøringshjælp efter et sygdomstilfælde dækket af forsikringen, se punkt 14.4.

Forsikringen omfatter rengøring i eget hjem i Danmark.

Forsikringen dækker,

- rengøringshjælp, når du efter indlæggelse eller operation, er ude af stand til selv at foretage rengøring i eget hjem. Det er en betingelse, at du enten er ordineret ro og hvile af relevant speciallæge, eller kun kan bevæge dig omkring ved hjælp af hjælpemidler, som fx krykker.
- rengøringshjælp til dig som forældre/værge til barn under 18 år, der er omfattet af en børneulykkesforsikring hos os. Du kan få rengøringshjælp, fordi barnets indlæggelse kræver din daglige tilstedeværelse på hospitalet, eller efter indlæggelse kræver så meget pleje, at du ikke samtidig har mulighed for selv at foretage rengøring i eget hjem. Du skal kunne dokumentere, at du eller dit barn er ordineret ro og hvile.

Rengøringen skal foretages af vores leverandør, der er med i vores kvalitetssikrede netværk.

Du bliver kontaktet af leverandøren, så snart vi har godkendt rengøringshjælpen. Der foretages almindelig indendørs rengøring. Vores leverandør vurderer løbende i samarbejde med os, hvilket behov for rengøring, du konkret har brug for.

Almindelig indendørs rengøring forstås som rengøring af badeværelser, køkken, stue, soveværelser og værelser i private hjem.

Læs om erstatning i punkt 17.9.1.

14.1.3 Ekstra transportudgifter

Forsikringen dækker udgifter til transport for dig og en ledsager til og fra planlagte behandlinger i Danmark efter et ulykkestilfælde, som er dækket af forsikringen.

Forsikringen giver ret til op til 6 siddende transportere til og fra behandlingssted indtil 50 km fra din bopæl eller til nærmeste sygehus. Siddende transport er også, når du er kørestolsbruger. Transporten skal aftales med os, og foretages af vores leverandør, som er en del af vores kvalitetssikrede netværk.

Læs om erstatning i punkt 17.9.1.

...

14.4 Sygdomme omfattet af forsikringen

Forsikringen omfatter de sygdomme, der er nævnt i tabellen herunder.

ICD-koderne, der henvises til i listen, er de internationale koder til klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser udformet af WHO. Forkortelsen ICD står for International Classifications of Diseases.

Sygdom	Erstatning i procent af forsikringssummen
...	
14.4.6 Aorta aneurisme (udposning af hovedpulsåren), diagnosekode I71.8 Gennemført operation for udposning på hovedpulsåren.	25 %

...

15. Kritisk sygdom for børn og unge

(Tilvalgsdækning for børneulykke og ungdomsulykke.

Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen).

15.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, og udbetaler et engangsbeløb straks efter, at diagnosen for den kritiske sygdom er stillet.

Forsikringen omfatter de kritiske sygdomme, der er nævnt i punkt 15.3, når diagnose er stillet efter barnets fødsel og inden barnet fylder 25 år.

Der udbetales et engangsbeløb på 119.813 kr. (2024), se punkt 17.9.2.

...

15.3 Visse kritiske sygdomme omfattet af forsikringen

Forsikringen omfatter de sygdomme, der nævnes herunder.

ICD-koderne, der henvises til i listen, er de internationale koder til klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser udformet af WHO. Forkortelsen ICD står for International Classifications of Diseases.

Du skal være opmærksom på, at det er diagnosetidspunktet, der er afgørende for, om forsikringen dækker, og ikke det tidspunkt hvor du får kendskab til diagnosen.

15.3.1 Følgende sygdomme er omfattet:

15.3.1.1 Epilepsi, diagnosekode G40

...

15.3.1.2 Meningitis forårsaget af bakterier (hjernehindebetændelse), diagnosekode G01

...

15.3.1.3 Følger efter Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE)

...

15.3.1.4 Leddegigt (reumatoid artrit), diagnosekode M08

...

15.3.1.5 Kræft

...

15.3.1.6 Kronisk nyresvigt

...

15.3.1.7 Cystisk fibrose, diagnosekode E84

...

15.3.1.8 Calves-Legg-Perthes, diagnosekode M91

...

17.9 Erstatning for Sygdom og Kritisk sygdom

Erstatning udbetales, når skaden er dækket af forsikringen, som beskrevet i afsnit i 14 og 15.

...

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
17.9.1 Sygdom Tilvalgsdækning. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	Forsikringssum udgør 718.880 kr. (2024). Erstatning for sygdom En procentdel af forsikringssummen svarende til den erstatningsprocent, der gælder for den konkrete sygdom. Udbetalingen sker som et engangsbeløb, og udbetales så snart sygdommen er diagnosticeret. Hospitalskompensation Erstatning kan udbetales ved indlæggelse på grund af sygdom fra liste i punkt 14.4.	Erstatningen fastsættes ud fra procentsatserne for de enkelte sygdomme i tabellen over sygdomme omfattet af forsikringssummen, se punkt 14.4. Hvis du bliver indlagt igen på grund af samme sygdomstilfælde, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første ophold.

Ankenævnet for Forsikring

12.

102832

	300 kr. pr. dag (indeksreguleres ikke), i alt op til 12 måneder. Udbetales kun én gang, selv om der diagnosticeres en ny sygdom. Rengøringshjælp Minimum 2 timer én gang om ugen, i alt op til 20 timer. Ekstra transportudgifter Op til 6 gange til siddende transport til og fra nærmeste sygehus eller et behandlingssted op til 50 km fra din bopæl i Danmark. Transport til og fra behandlingssted gælder som én transport.	Rengøring foretages af leverandør i vores landsdækkende og kvalitetssikrede netværk af leverandører. Transport foretages af leverandør i vores landsdækkende og kvalitetssikrede netværk af leverandører.
--	--	---

Nævnet udtaler:

Klageren kontaktede selskabet telefonisk omkring juli 2018 og tegnede tilvalgsdækning for kritisk sygdom for sine børn. Klageren søgte i 2024 om forsikringsdækning til en operation på et barns hovedpulsåre. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at barnets sygdom ikke er omfattet af dækningen for kritisk sygdom, og at klageren ikke har tegnet tillægsdækningen "sygdom". Klageren ønsker, at selskabet anerkender at have ydet ansvarspådragende fejlrådgivning ved ikke at have tilbudt tillægsdækningen "sygdom", da klageren i 2018 ringede for at forsikre sine børn. Klageren har anført, at "Tilbage i 2017 blev vores [barn 1] alvorligt syg og vi opdagede dengang at vores forsikringer på børnene ikke dækkede nogen former for sygdom. Derfor rettede vi henvendelse til TJM for at undgå at skulle stå i samme situation hvis der skulle ske noget lignende. Vi fik derfor på baggrund af den konkrete hændelse rådgivning af TJM omkring hvilke dækninger vi skulle tilkøbe. Dette gjorde vi naturligvis og har i de efterfølgende mange år betalt for denne tryghed. I år sker der så desværre det at [barn 2] får konstateret ... en vaskulæring som kræver en operation på hovedpulsåren ... Vi henvender os derfor til TJM for at høre hvordan vores forsikring dækker. Vi får her beskeden at den ikke dækker da vi 'kun' har tegnet kritisk sygdom og ikke valgt det der hedder 'sygdom' på forsikringen. Vi er naturligvis meget forundrede over at den rådgivning vi modtog tilbage i 2017/18 på baggrund af en helt konkret situation pludselig ikke er fyldestgørende".

Selskabet har oplyst, at telefonsamtalen med klageren ikke længere er gemt. Der foreligger ikke notater fra klageren eller fra selskabet, som indikerer, at der har været talt om, at der også skulle være dækning for sygdom. Selskabet har anført, at "Hvis dette beror på en fejl fra selskabets side, så har klageren siden 2018 haft mulighed for at rette henvendelse til selskabet. Selskabet bemærker hertil, at klageren udover den ændret forsikringsaftale i 2018 herefter også har modtaget forsikringsoversigt, hvor det fremgik, at der alene var tegnet dækning for kritisk sygdom". Selskabet har anført, at "Der er ikke i vores system lavet nogen beskrivelse eller dokumentation over, hvad der mere præcist blev talt om eller aftalt mellem jer og rådgiveren/salget. Vi har derfor ikke noget på skrift udover forsikringsforsikringspolice, hvor det fremgår, hvilke dækninger, som I har ønsket og fået".

Det fremgår af barn 2's police af 17/7 2018, at "Tilvalgsdækninger: ... Kritisk sygdom for børn og unge med forsikringssum på 104.763 kr. (2018). Forsikringen omfatter ikke: *... *Sygdom. *Sundhed, giver adgang til undersøgelse og behandling på privathospital, samt fx mulighed for en second opinion og allergiudredning".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 15.3.1, at "Kritisk sygdom" omfatter 8 dækningsberettigende diagnoser, og at vaskulær ring ikke er blandt de dækningsberettigende diagnoser.

Det fremgår af punkt 14.4.6 og 17.9.1, at Aorta aneurisme (udposning af hovedpulsåren) er omfattet af tillægsdækningen "Sygdom" og giver erstatning svarende til 25 % af forsikringssummen på 718.880 kr. Det fremgår af punkt 14.1.1, 14.1.2 og 14.1.3, at tillægsdækningen "Sygdom" dækker "Hospitalskompensation ved sygdom", "Rengøringshjælp" og "Ekstra transportudgifter". Det fremgår, at der under tillægsdækningen "Sygdom" er i alt 16 dækningsberettigende diagnoser.

Nævnet bemærker, at salget af tillægsdækning skete forud for den 1/10 2018, hvor reglerne om krav- og behovsprøvelse trådte i kraft. Disse regler indebærer efter nævnets praksis, at der i

visse tilfælde kan stilles strengere krav til, at selskabet godtgør, hvilken rådgivning selskabet har givet klageren i forbindelse med den omtalte krav- og behovsprøvelse.

På den baggrund er det klageren, der skal bevise, at selskabets rådgivning i juli 2018 har været fejlbehæftet i en sådan grad, at der er grundlag for at pålægge selskabet et erstatningsansvar herfor.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at selskabets rådgivning i juli 2018 har været behæftet med sådanne fejl og mangler, at nævnet på erstatningsretligt grundlag kan pålægge selskabet at yde forsikringsdækning. Idet vaskulær ring ikke fremgår af de dækningsberettigende diagnoser under dækningen for "Kritisk sygdom" kan nævnet ikke pålægge selskabet at yde dækning – hverken efter aftalegrundlaget eller på erstatningsretligt grundlag.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at der ikke er nærmere oplysning om, hvad parterne talte om i juli 2018. Selskabet har ikke kunnet fremlægge sagslog eller optagelse af telefonsamtalen, og klageren har ikke nærmere redegjort for, hvad han oplyste til selskabet, da man talte om tilvalgsdækningen.

Nævnet har også lagt vægt på, at det fremgår af barnets police, at forsikringen ikke dækker tillægsdækningen "Sygdom", og at klageren ikke ses at have reageret herpå. Selskabet har oplyst, at klageren har modtaget forsikringsoversigter, hvor det fremgår, "at der alene var tegnet dækning for 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 :

Ankenævnet *for* Forsikring

15.

102832

Ankenævnet for Forsikring

16.

102832

Klageren får ikke medhold.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Hans-Jørgen Nymark Beck', with a stylized, cursive script.

Hans-Jørgen Nymark Beck