

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 17. december 2025 blev i sag nr. 103479:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

AP Pension
Sundkrogsgade 29
2150 Nordhavn

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 27/4 2025 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Se venligst vedhæftede dokumentation samt klage over AP pensions afslag på udbetaling ved kritisk sygdom.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Udbetaling ved kritisk sygdom."

Selskabet har den 2/6 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klager har søgt om udbetaling ved kritisk sygdom på baggrund af modermærkekræft.

AP Pension har meddelt afslag på dækning under henvisning til, at klager ikke opfylder kriterierne for udbetaling, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 2.5.

AP Pensions indstilling til ankenævns sagen

AP Pension fastholder afslaget på dækning ved kritisk sygdom, da klageren ikke har bevist, at han opfylder forsikringsbetingelsernes krav om udbetaling for diagnosegrupperne 1a (kræft) og 1b (kræft i blod og bloddannende organer), hvorefter gælder, at klager har ret til udbetaling ved en ny og ubeslægtet kræftdiagnose stillet i forsikringstiden, såfremt det er 7 år siden, behandlingen for den første diagnose blev afsluttet, og der ikke er konstateret tilbagefald inden for denne 7-årige periode.

Der er derfor ikke grundlag for at kritisere selskabets sagsbehandling.

Aftalegrundlaget

Klager har tegnet forsikring ved visse kritiske sygdomme den 1. september 2017 i [andet forsikringselskab] og migrerede til AP Pension pr. 1. maj 2021.

Klager er omfattet af forsikringsbetingelserne 'Almindelige forsikringsbetingelser ved visse kritiske sygdomme 1. maj 2021'.

Af forsikringsbetingelserne punkt 2.5. fremgår,

'Udbetaling'

Når der én gang er sket udbetaling af en forsikringssum ved en kritisk sygdom, bortfalder dækningen for den eller de diagnosegruppe/-r, som har medført udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme. Tilsvarende gælder for evt. andre diagnoser stillet i karenperioden.

(...)

For diagnosegrupperne 1a (kræft) og 1b (kræft i blod og bloddannende organer) gælder dog, at forsikrede har ret til udbetaling ved en ny og ubeslægtet kræftdiagnose stillet i forsikringstiden, såfremt det er 7 år siden, behandlingen for den første diagnose blev afsluttet, og der ikke er konstateret tilbagefald inden for denne 7-årige periode (kontrolbesøg gælder ikke som behandling).'

Af forsikringsbetingelserne punkt 5 fremgår,

'Forældelse'

Et krav om udbetaling ved visse kritiske sygdomme skal fremsættes inden tre år efter det tidspunkt, hvor en dækningsberettiget sygdom blev diagnosticeret. Hvis kravet rejses tre år eller mere efter diagnosetidspunktet, bortfalder retten til udbetaling i forbindelse med den konkrete dækningsberettigede sygdom.'

Forsikringsbetingelser er fremlagt af klager.

Sagsfremstilling

Klager ansøgte om udbetaling ved kritisk sygdom den 5. september 2023 på baggrund af modermærkekræft. Kopi af ansøgning er fremlagt af klager. I den forbindelse indhentede AP Pension lægelige journaler.

Af *journalnotat fra [hospital] 12. september 2017* fremgår, at klager blev diagnosticeret med malignt melanom (modermærkekræft). Han blev opereret herfor den 2. oktober 2017. Journalen er fremlagt af klager.

Af *visitationsnotat den 18. august 2023 ved Onkolog ... (bilag A)* fremgår, at klagers diagnose var 'dissemineret malignt melanom recidivans' (tilbagefald af modermærkekræft). Recidivans er den latinske betegnelse for tilbagefald af sygdom, som man tidligere har haft. Af *journalnotatet* fremgår også, at klager informeres om, at det aktuelt opfattes som tilbagefald af modermærkekræft.

Af *billeddiagnostik journal, MR Cerebrum af 25. august 2023 (bilag B)* fremgår, at der var tale om 'kendt malignt melanom diss. Recidivans.'

På baggrund af ovenstående oplysninger, afviste AP Pension udbetaling af kritisk sygdom, da klager ikke opfyldte betingelserne herfor. Klageansvarliges svar af 12. februar 2025 er fremlagt af klager.

Lægekonsulent

AP Pension har forelagt sagen for lægekonsulenten, der den 17. marts 2025 udtalte, at sygdommen i juli 2023 ikke alene er en beslægtet sygdom, men et tilbagefald af sygdommen fra 2017 og således samme sygdom. Dertil udtalte lægekonsulenten, at der fra 2017 til tilbagefaldet i 2023, ikke var gået de 7 år, der skal være mellem to cancersygdomme for at den nyeste kan opfylde betingelserne. Det var lægekonsulentens konklusion, at klager ikke opfylder betingelserne for kritisk sygdom.

Nævnspraksis

Af nævnspraksis kan det udledes, at kravet til 'ny ubeslægtet kræftdiagnose' skal være opfyldt, jf. bl.a. 94035, hvor nævnet lagde vægt på, at klageren i 1985 fik konstateret venstresidig testikelkræft af typen germinalcellekræft, at han i 2019 fik konstateret højresidig testikelkræft af typen germinalcellekræft, og at det nye tilfælde af testikelkræft i 2019 derfor ikke kunne betragtes som en 'ny ubeslægtet kræftdiagnose'. Det faktum, at en læge fra urologisk ambulatorium havde udtalt, at testikelkræft ikke spreder sig til den modsatte testikel og at klagerens kræftsygdom i 2019 var en ny primær kræftsygdom, kunne ikke føre til et andet resultat, jf. HEFO's vurderinger i sagen.

Bemærkninger

Det fremgår af journaloplysningerne, at klager i september 2017, fik konstateret modernmærkekræft i stadie 3B. Da klager ikke har foretaget anmeldelse af dette til AP Pension inden for 3 år, er dette krav forældet jf. forældelseslovens § 2, stk. 1, jf. § 3 stk. 1 og pkt. 5 i forsikringsbetingelserne. Klager har hertil i den interne klagebehandling oplyst, at han ikke fik meddelelse fra Sundhedsstyrelsen om, at han havde en kritisk sygdom, hvorfor han ikke anmeldte sygdommen.

For at være berettiget til udbetaling for en ny kræftdiagnose, skal der være gået 7 år siden behandlingen fra den første diagnose blev afsluttet og der skal være tale om en ny ubeslægtet kræftdiagnose. Derudover må der ikke være konstateret tilbagefald inden for denne 7-årige periode, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 2.5.

Det fremgår af visitationsnotat den 18. august 2023 ved Onkolog ... (bilag B), at klagers diagnose betragtes som tilbagefald af modernmærkekræft. På baggrund af journaloplysningerne, gør AP Pension gældende, at det er dokumenteret at der er tale om tilbagefald og at klagers kræftdiagnose i 2023 er beslægtet med diagnosen i 2017.

AP Pension gør derfor gældende, at klager ikke opfylder betingelsernes punkt 2.5 for udbetaling ved visse kritiske sygdomme.

Sammenfattende bemærkninger

Det er klageren, der skal bevise rigtigheden og størrelsen af sit krav.

Dækning under forsikringen forudsætter, at klager har ret til udbetaling ved en ny og ubeslægtet kræftdiagnose stillet i forsikringstiden, såfremt det er 7 år siden, behandlingen for den første diagnose blev afsluttet, og der ikke er konstateret tilbagefald inden for denne 7-årige periode. I kla-

gers tilfælde, fik klager stillet diagnosen modernmærkekræft i 2017 med tilbagefald af symptomer i 2023. Der er i de lægelige akter ikke tvivl om, at der er tale om et tilbagefald af en i forvejen kendt kræftsygdom 6 år efter behandlingens afslutning i oktober/november 2017.

Sagen er forelagt for AP Pensions lægekonsulent med speciale og erfaring i medicinske og specielt endokrinologiske sygdomme, der samlet har vurderet, at der ikke er tale om en ny ubeslægtet kræftsygdom, men alene tilbagefald af en i forvejen kendt kræftsygdom.

Dertil kommer, at der er indtrådt forældelse af kravet for så vidt angår diagnosen af modernmærkekræft i 2017. Det faktum, at klager ikke modtog et brev fra Sundhedsstyrelsen i 2017 om, at klager kunne være berettiget til kritisk sygdom, kan ikke føre til ændret resultat.

AP Pension fastholder på ovenstående baggrund, at klager ikke har bevist, at han opfylder forsikringsbetingelsernes krav om 'ny og ubeslægtet kræftsygdom'.

AP Pension gør derfor samlet gældende, at der ikke er grundlag for at kritisere, at AP Pension har meddelt afslag på dækning ved kritisk sygdom, idet klager ikke opfylder forsikringsbetingelserne."

Klageren har i brev af 13/6 2025 til nævnet bl.a. anført:

"1. Manglende dokumentation for tilbagefald

AP Pension fastholder, at min diagnose fra 2023 (DC439) skulle være et tilbagefald af sygdommen fra 2017 (DC435). Dette er ikke korrekt.

Det gøres gældende, at diagnosekoden DC439, som blev stillet i 2023, henviser til malignt melanom uden nærmere specifikation (UNS - 'Uden Nærmere Specifikation'). Dette indebærer, at det anatomiske udgangspunkt for sygdommen ikke er identificeret, og at der ikke i den lægelige dokumenterede diagnosekode DC439, er angivet en sammenhæng til tidligere sygdomsforløb.

En sådan uspecificeret diagnose indebærer efter sin natur, at der ikke er konstateret en direkte sammenhæng til en tidligere kræftsygdom. Der foreligger med andre ord hverken lægelig konstatering eller medicinsk dokumentation for, at der er tale om et tilbagefald.

Det påhviler i henhold til almindelige forsikringsretlige principper forsikringsselskabet at bevise, at der er tale om et tilbagefald, hvis de ønsker at undtage dækning efter forsikringsbetingelserne. Denne bevisbyrde kan ikke løftes alene ved henvisning til en antagelse eller en midlertidig vurdering i et visitationsnotat - særligt ikke når den endelige diagnosekode er uspecificeret (DC439 UNS).

På den baggrund kan AP Pensions vurdering om tilbagefald ikke anses for dokumenteret, og der foreligger ikke hjemmel til at afvise dækning under henvisning hertil.

2. Bevisbyrden påhviler forsikringsselskabet

Det følger af almindelige forsikringsretlige principper, at det er forsikringsselskabet, der har bevisbyrden for, at undtagelsesbestemmelser finder anvendelse - herunder om en sygdom udgør et tilbagefald.

Dette princip er fastslået af Højesteret i dommen U.2014.2889H, hvor det blev slået fast, at: 'Når et forsikringsselskab påberåber sig en undtagelse i policen, påhviler det selskabet at godtgøre, at undtagelsen finder anvendelse.'

AP Pension har ikke løftet denne bevisbyrde. Tværtimod viser journalmaterialet og endelig diagnosekode fra 2023, at anatomiske udgangspunkt for sygdommen ikke er identificeret.

3. Contra proferentem - fortolkning ved tvivl

Den tvivl, som AP Pension forsøger at rejse omkring diagnoseforståelsen og fortolkningen af policens ordlyd, er udelukkende et resultat af selskabets egne formuleringer og vurderinger.

I henhold til contra proferentem-princippet skal enhver uklarhed i policens ordlyd fortolkes til skade for den part, der har udarbejdet vilkårene - og således til fordel for forsikringstager.

5. Uklarhed og vildledning i AP Pensions ansøgningsskema

Jeg gør gældende, at AP Pensions ansøgningsskema er uklart og potentielt vildledende. Det fremgår ikke tydeligt, at ansøger skal angive en specifik, lægefagligt registreret diagnosekode (ICD-10), og at manglende eller upræcis angivelse kan føre til afslag.

Dette er i strid med forsikringsaftalelovens § 3 og forsikringsdistributionslovens §§ 7 og 9, som pålægger forsikringsselskabet at give klare og forståelige oplysninger. Uklarheder i selskabets egne skemaer skal efter det almindelige contra proferentem-princip fortolkes til skade for selskabet, jf. bl.a. U.2014.2889H, og til fordel for forsikringstageren. Enhver misforståelse, der skyldes uklare eller ufuldstændige instruktioner, må således komme AP Pension til skade - ikke mig som forsikringstager.

Se venligst bilag: Opdateret ansøgning 13. februar 2025

4. Påstand

På baggrund af ovenstående gøres det gældende:

- At der ikke foreligger bevis for tilbagefald, i journalen, med endelig diagnosekode DC439.
- At diagnosekoden DC439 bekræfter, at der ikke er identificeret oprindelsessted
- At AP Pension ikke har løftet bevisbyrden i henhold til gældende ret og U.2014.2889H,
- At eventuel tvivl skal fortolkes til min fordel, jf. contra proferentem.

Jeg anmoder derfor Ankenævnet om at give mig medhold og pålægge AP Pension at udbetale det fulde forsikringsbeløb, jeg er berettiget til efter forsikringsbetingelserne.

Se venligst Bilag: Opdateret ansøgning Kritisk sygdom ..."

Selskabet har i brev af 4/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Supplerende bemærkninger

Klager gør gældende, at AP Pension ikke har ført bevis for, at der ved klagers modernmærkekræft i 2023 var tale om et tilbagefald fra samme lidelse i 2017. Klager gør bl.a. hertil gældende, at der ikke er tale om samme lidelse, da diagnosekoderne (DC439 og DC435) ikke er ens. AP Pension henholder sig til det af lægeakter beskrevne, hvorefter modernmærkekræften i 2023 flere gange

blev beskrevet som tilbagefald i form af 'dissemineret malignt melanom recidivans' (tilbagefald af modermærkekræft), jf. bilag A og B.

Det kan i øvrigt oplyses, at DC439 og DC435 er ICD-10/SKS-kodenumre, der anvendes til at klassificere diagnoser. Den eneste forskel på de to diagnosekoder skal findes i placering på kroppen, som modermærkekræften er placeret. Således er anvendelse DC439 (Malignt melanom i huden UNS) mere uspecifik ift. placering, men den konstaterer, at der er tale om modermærkekræft i huden, men er uspecifik ift. hvor på huden. Hvorimod DC435 (Malignt melanom i hud på kroppen) specifikt oplyser, at diagnosen er hudkræft, og den specifikke placering på kroppen er angivet. Det er derfor ikke korrekt, når klager antyder, at der ikke er tale om samme sygdom på baggrund af forskellen i diagnosekoderne, idet det blot er placeringen af hudkræften, der er forskellen. Således er der ikke forskel i selve diagnosen, idet begge diagnosekoder omhandler modermærkekræft, hvorfor der ikke er tale om en ny og ubeslægtet sygdom, jf. forsikringsbetingelserne punkt 2.5.

Derudover gør klager gældende, at AP Pensions ansøgningsskema er uklar og vildledende. Dette begrundes klager med, at AP Pension ikke har oplyst, at klager skal angive en specifik diagnosekode, og at forkert diagnosekode kan føre til afslag. Klager gør gældende, at dette er i strid med forsikringsaftalelovens § 3 og forsikringsdistributionslovens §§ 7 og 9, som pålægger selskaberne at afgive klare og forståelige oplysninger.

AP Pension træffer ikke afgørelse i sagerne baseret på diagnosekoder, men hvad der er oplyst i de lægelige akter. AP Pension udbeder sig oplysninger om den kritiske sygdom i form af den kritiske sygdoms navn, og ikke hvilken diagnosekode, den er registreret under. Derfor må AP Pension tiltræde, at AP Pension ikke i ansøgningsskema til kritisk sygdom udbeder sig specifikke oplysninger om diagnosekoder, men henholder sig til de lægelige oplysninger om den specifikke sygdom. Derfor gør AP Pension gældende, at informationer om sygdommens navn ikke kan anses for vildledende eller udgøre risiko for fejlagtigt afslag af udbetaling.

AP Pension skal imidlertid bemærke, at Højesteretsdom U.2014.2889H omhandler immaterielle rettigheder og varemærkekrænkelser, hvorfor denne ikke kan finde anvendelse i en sag om udbetaling af kritisk sygdom.

Sammenfattende bemærkninger

AP Pension fastholder på ovenstående baggrund, at klager ikke opfylder forsikringsbetingelsernes krav om 'en ny og ubeslægtet kræftdiagnose stillet i forsikringstiden, såfremt det er 7 år siden, behandlingen for den første diagnose blev afsluttet, og der ikke er konstateret tilbagefald inden for denne 7-årige periode.'

AP Pension gør derfor fortsat samlet gældende, at der ikke er grundlag for at kritisere, at AP Pension har meddelt afslag på dækning ved kritisk sygdom, idet klager ikke opfylder forsikringsbetingelserne."

Klageren har i brev af 16/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

"1. Uklar og inkonsekvent vurderingspraksis hos AP Pension

AP Pension har i nærværende sag anvendt forskellige og gensidigt uforenelige begrundelser for afvisningen af dækning, hvilket skaber betydelig retlig usikkerhed for forsikringstageren. Selskabet har på skift henvist til:

Det udfyldte ansøgningsskema
Indholdet af de lægelige akter
Diagnosekode DC439 (UNS)

Denne skiftende begrundelsesstruktur gør det umuligt at identificere, hvilket vurderingsgrundlag der reelt har været afgørende. En sådan praksis er uforenelig med forsikringsaftalelovens § 3, som pålægger selskabet at give klare og forståelige oplysninger, og stiller forsikringstager i en situation, hvor det ikke er muligt at forholde sig til, hvilke oplysninger der kræves for at opnå dækning. Derudover fremgår det intetsteds af forsikringsbetingelserne, hvilken vægt der tillægges de tre nævnte elementer. Denne mangel på transparens giver selskabet et betydeligt fortolkningsrum, hvilket er i strid med god forsikringsetik og contra proferentem-princippet, jf. bl.a. U.2000.29H og U.2014.2889H, hvor det fastslås, at uklarheder i forsikringsvilkår skal fortolkes til skade for det selskab, der har udformet dem.

Selskabet har i deres afvisning henvist til det udfyldte ansøgningsskema som afgørende. Senest er forklaringen, at lægelige akter er vurderingsgrundlaget. Og endeligt anvendes diagnosekode DC439 (UNS) som argument for afvisning. Denne inkonsekvente tilgang er problematisk af flere årsager:

Forsikringsbetingelserne beskriver ikke tydeligt, hvilken vægt der tillægges henholdsvis ansøgningsskema, lægelige akter og diagnosekoder. Det gør det umuligt for forsikringstager at gennemskue vurderingsgrundlaget og giver selskabet vidtrækkende fortolkningsfrihed.

Den praksis er vildledende og i strid med forsikringsaftalelovens §§ 3 og 4, som kræver klar og forståelig information.

Efter contra proferentem-princippet må uklarheder i selskabets egne vilkår fortolkes til skade for selskabet - jf. U.2000.29H og Højesteretsdommen U.2014.2889H.

Dommen U.2014.2889H (UfR 2014.2889 H) er en Højesteretsdom, der ofte bruges som henvisning i juridiske argumenter også uden for sit oprindelige sagsområde fordi den klarlægger principper om bevisbyrde, dokumentation og fortolkning, særligt i tvister hvor én part påstår noget, som den anden bestrider.

Derudover skaber AP Pensions praksis en rets usikkert præcedens, hvor selskabet kan vælge frit mellem vurderingsformer og derved afvise berettigede krav uden klare retningslinjer.

Vedr. forsikringsbetingelserne

1. Der står intet entydigt sted, hvad der danner grundlag for en afvisning

I forsikringsbetingelserne nævnes hverken ansøgningsskema, lægelige akter eller diagnosekoder som det eneste eller overordnede grundlag for afgørelse ved kritisk sygdom. Tværtimod anvendes brede formuleringer, som overlader betydelig fortolkningsfrihed til AP Pension.

2. Hvad nævnes konkret i betingelserne?

Punkt 5 (Udbetaling ved kritisk sygdom):

5.4: 'Det er en betingelse, at AP Pension kan få adgang til de nødvendige lægelige oplysninger og dokumentation, som danner grundlag for vurdering af diagnosen.'

5.5: 'Diagnoserne fremgår af den til enhver tid gældende diagnoseliste for kritisk sygdom, og det er denne liste, der lægges til grund for vurderingen.'

Tolkning:

Der nævnes lægelige oplysninger og en diagnoseliste, men der står intet om ansøgningsskema.

Brug af diagnosekoder antydes indirekte via 'diagnoselisten', men det præciseres ikke, om der anvendes ICD-koder, eller hvordan de vægtes i forhold til fx lægelige vurderinger eller journalnotater.

Der gives AP Pension vidt skøn i vurderingen ('AP Pension vurderer...'), uden nærmere angivelse af metode eller vægtning.

3. Domstolspraksis om uklarhed i vurderingsgrundlag

U.2000.29H (Højesteret)

Gælder en uklar klausul i en forsikringsaftale.

Fastslår at uklarheder i policens formuleringer skal fortolkes til skade for selskabet (contra proferentem-princippet).

Princip: Hvis forsikringsaftalen ikke klart angiver, hvordan dækning vurderes, kan selskabet ikke frit fortolke sig til afslag.

U.2014.2889H (Højesteret)

Gælder bevisbyrde for et påstået retsforhold.

Fastslår at den part, der påstår et forhold (fx tilbagefald), skal dokumentere det med objektive bevis, ikke blot interne vurderinger.

Opsummering:

Forsikringsbetingelserne nævner ikke, at ansøgningsskemaet er afgørende.

Lægelige akter nævnes som 'dokumentation', men uden nærmere præcisering af metode.

Diagnosekoder omtales ikke direkte, men diagnoselisten lægges til grund - uden indblik i, hvordan den fortolkes.

Der foreligger ingen præcis beskrivelse af, hvad der vægter mest, hvilket giver selskabet betydelig skønsmargen, som kan være i strid med god forsikringsetik.

2. Opdateret ansøgning efter opdagelse af uklart ansøgningsskema

Jeg opdaterede min ansøgning den 13. februar 2025 med relevante diagnosekoder, herunder DC439 (UNS), som er den endelige og journalførte diagnose stillet af behandlende speciallæge. Opdateringen af ansøgningsskemaet blev foretaget, da det stod mig klart, at ansøgningsskemaets formulering var uklar og potentielt vildledende.

AP Pension har haft fuld adgang til journal, der indeholder diagnosekode DC439 (UNS), men har alligevel valgt at se bort fra denne lægefagligt fastsatte klassifikation. I stedet har selskabet baseret sin afgørelse på udvalgte dele af de lægelige akter og tidlige journalnotater.

Denne fremgangsmåde rejser væsentlige retlige betænkeligheder, idet selskabet dermed undlader at vurdere ansøgningen på baggrund af den foreliggende medicinske dokumentation, navnlig

den kodificerede og journalførte slutdiagnose, som objektivt dokumenterer sygdommens art og karakter.

Den manglende anerkendelse af den opdaterede og fuldt dokumenterede ansøgning udgør en tilsidesættelse af princippet om korrekt og fuldstændig sagsbehandling, jf. god forvaltningsetik.

3. Manglende bevis for tilbagefald, bevisbyrden påhviler selskabet

AP Pension har afvist udbetaling med henvisning til, at sygdommen diagnosticeret i 2023 skulle være et tilbagefald af sygdommen fra 2017. Dette er imidlertid ikke dokumenteret i de lægelige akter.

Tværtimod fremgår det af journalen, at diagnosen i 2023 er DC439, som er en UNS-kode (unspecified), dvs. en betegnelse der anvendes, når oprindelsen ikke er identificeret, og der ikke kan fastslås en entydig sammenhæng med tidligere sygdomsforløb.

Ifølge Sundhedsdatastyrelsen's nationale klassifikationssystem (ICD-10 DK) anvendes koden DC439 ved malignt melanom uden nærmere specificeret lokalisation. Koden dokumenterer således, at der ikke er fundet et konkret udgangspunkt for sygdommen, og at den ikke kan knyttes til en tidligere lokaliseret kræftsygdom.

(Kilde: Sundhedsdatastyrelsen - Klassifikationer, ICD-10 DK, DC439 - www.esundhed.dk)

Denne kodificering understøtter, at der ikke er tale om et tilbagefald, men om en ny og ubeslægtet kræftsygdom.

Jeg gør derfor gældende:

- At der ikke foreligger lægefaglig dokumentation for, at sygdommen i 2023 er et tilbagefald.
- At AP Pension som påstående part bærer bevisbyrden, jf. almindelige aftale- og bevisretlige principper samt U.2014.2889H, hvorefter den, der gør en retsskabende omstændighed gældende (her: tilbagefald), skal føre bevis.
- At AP Pensions egen lægekonsulent ikke udgør et objektivt eller tilstrækkeligt uafhængigt grundlag for en sådan konklusion, især når ingen speciallæger i onkologi eller dermatologi har udtalt, at der er tale om tilbagefald.

4. Lægelige akter og diagnosekoder

AP Pension påstår at vurdere sagen ud fra lægelige akter. Det skaber en bekymrende retstilstand, hvor selskabet gennemgår brudstykker af journaler og tidlige antagelser og herefter tilsidesætter den endelige diagnose, som er stillet af en speciallæge med det samlede kliniske overblik.

Dette underminerer det lægefaglige mandat og åbner for subjektiv tolkning.

En relevant analogi: En patient møder op med mavesmerter, lægen indleder en række undersøgelser. Først til sidst når alle prøver og scanninger er foretaget kan diagnosen stilles. Det er denne endelige diagnose, ikke tidligere arbejdshypoteser, der danner grundlag for behandling og i denne sammenhæng: for forsikringsret.

Diagnosekoderne har netop det formål at klassificere sygdomme. Hvis de ikke anerkendes som bindende, mister de deres medicinske og juridiske værdi. Det er uholdbart, at AP Pension anven-

der diagnosekoder som argument ved afvisning, men samtidig nægter at lade dem danne grundlag for godkendelse.

6. Ansøgningsskemaet er vildledende

Uklare og vildledende spørgsmål i ansøgningsskema

AP Pension tillægger oplysningerne i ansøgningsskemaet væsentlig betydning, herunder svaret på, om forsikringstager tidligere har haft 'kritisk sygdom'. Dette spørgsmål er formuleret på en måde, som almindelige forsikringstager med rimelighed vil forstå som henvisende til 'alvorlig sygdom' i bred forstand, og ikke i selskabets snævert definerede dækningsmæssige forstand.

Det er ikke realistisk at forvente, at forsikringstager har indsigt i selskabets interne definitioner eller diagnoselister. Dette er i strid med:

- Forsikringsdistributionslovens §§ 7-9, som pålægger selskabet at give tilstrækkelig og forståelig information.
- Bekendtgørelse om god skik for forsikringsformidling, § 4, hvorefter selskabet skal undgå vildledende information.

Når spørgsmål i ansøgningsskemaer er uklare, kan svarene ikke tillægges væsentlig bevisvægt.

7. Manglende hjemmel i forsikringsbetingelserne

Det fremgår intetsteds i AP Pensions forsikringsbetingelser, herunder punkt 2.5, at vurderinger ved kritisk sygdom skal eller kan baseres på ansøgningsskemaet, på lægelige akter alene, eller at diagnosekoder ikke skal tillægges vægt.

Tværtimod skaber ansøgningsskemaet en forventning om, at forsikringstageren selv skal tage stilling til, om sygdommen er 'kritisk', hvilket er en misvisende og juridisk uholdbar formulering. Det kan ikke forventes, at lægfolk skal foretage en juridisk kvalificering af en sygdom. Det er selskabets ansvar at indhente tilstrækkelig og korrekt information med henblik på at vurdere dækningen.

Den manglende præcisering i betingelserne af, hvordan og med hvilken vægt de enkelte elementer (skema, akter, diagnoser) indgår i vurderingen, medfører, at selskabets praksis savner aftaleretlig hjemmel og bør tilsidesættes som retsstridig.

8. Påstand

På baggrund af ovenstående gøres det gældende:

- At AP Pension ikke har løftet bevisbyrden for, at sygdommen diagnosticeret i 2023 udgør et tilbagefald af sygdommen fra 2017, jf. almindelige aftale og bevisretlige principper samt Højesterets praksis (U.2014.2889H).
- At journalmaterialet ikke indeholder dokumenteret bevis for et tilbagefald, og at den endelige diagnosekode DC439 (UNS) angiver, at oprindelsen ikke er identificeret.
- At diagnosekoden DC439 (UNS), som er stillet og journalført af behandlende speciallæge, objektivt dokumenterer sygdommens karakter og derfor skal lægges til grund ved vurderingen.
- At selskabets afgørelse hviler på et skiftende, uklart og ikke-transparent vurderingsgrundlag (ansøgningsskema, lægelige akter, diagnosekode), hvilket er i strid med forsikringsaftaleloven §§ 3 og 4 samt god forsikringsskik.
- At AP Pension ikke har hjemmel i forsikringsbetingelserne til at fravige den journalførte slutdiagnose eller tillægge det udfyldte ansøgningsskema afgørende betydning.

Ankenævnet for Forsikring

11.

103479

- At dækning bør anerkendes i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 2.5 om kritisk sygdom.
- At enhver fortolkningsmæssig tvivl skal komme forsikringstager til gode, jf. contra proferentem-princippet, herunder domspraksis (U.2000.29H).

Anmodning

På baggrund af ovenstående anmoder jeg Ankenævnet for Forsikring om at tage klagen til følge og pålægge AP Pension at anerkende forsikringsdækningen og udbetale det fulde forsikringsbeløb i overensstemmelse med gældende forsikringsbetingelser og almindelige forsikringsretlige principper."

Selskabet har i brev af 18/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Det er AP Pension, der som forsikringsselskab vurderer, hvorvidt betingelserne for udbetaling af kritisk sygdom er opfyldt. Hertil er det først og fremmest en betingelse, at sygdommen fremgår af diagnoselisten i forsikringsbetingelserne. Dernæst anvender AP Pension lægelige oplysninger eller andre for sagen relevante oplysninger om den kritiske sygdom og foretager en samlet vurdering på baggrund af sagens dokumentation.

Ansøgningsskemaet har til formål at belyse hvilken sygdom der er tale om indledningsvist, og fungerer derfor som et led i anmeldelse af den kritiske sygdom til AP Pension.

AP Pensions forsikringsbetingelser og vurderingsmetode er i overensstemmelse med Videncenter for Helbred & Forsikrings retningslinjer herom.

Det af klager anførte om diagnosekoderne er ikke korrekte og fremstår i det hele udokumenteret. Hertil skal AP Pension fremhæve det tidligere anførte, herunder, at DC439 og DC435 er ICD-10/SKS-kodenumre, der anvendes til at klassificere diagnoser. Den eneste forskel på de to diagnosekoder skal findes i placering på kroppen, som modermærkekræften er placeret. Således er anvendelse af DC439 (Malignt melanom i huden UNS) mere uspecifik ift. placering, men den konstaterer, at der er tale om modermærkekræft i huden, men er uspecifik ift. hvor på huden. Hvorimod DC435 (Malignt melanom i hud på kroppen) specifikt oplyser, at diagnosen er hudkræft, og den specifikke placering på kroppen er angivet. Dertil kommer, at det af lægejournaler fremgår, at der er tale om tilbagefald af tidligere modermærkekræft. Hvad angår klagers øvrige påstande fremstår disse uden sammenhæng til den pågældende sag og kan ikke føre til andet resultat.

Sammenfattende bemærkninger

AP Pension gør gældende, at AP Pension foretager en vurdering af sagens samlede akter om den kritiske sygdom i overensstemmelse med almindelige forsikringsretlige principper. AP Pensions forsikringsbetingelser indeholder ikke oplysninger, som er misvisende eller i strid med god skik i øvrigt.

AP Pension fastholder på ovenstående baggrund, at klager ikke opfylder forsikringsbetingelsernes krav om 'en ny og ubeslægtet kræftdiagnose stillet i forsikringstiden, såfremt det er 7 år siden, behandlingen for den første diagnose blev afsluttet, og der ikke er konstateret tilbagefald inden for denne 7-årige periode.'

AP Pension gør derfor fortsat samlet gældende, at der ikke er grundlag for at kritisere, at AP Pension har meddelt afslag på dækning ved kritisk sygdom, idet klager ikke opfylder forsikringsbetingelserne."

Parterne har videre kommenteret sagen i breve af 27/8 2025, 7/10 2025 og 12/10 2025. Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Det fremgår af hospitalsjournal:

"12-09-2017

Ankenævnet for Forsikring

13.

103479

...

Aktuelle:

Slut august har ... bemærket knop i ve. scapulærregion ...

...

Diagnoser:

Aktionsdiagnose

Malignt melanom i hud på kroppen (DC435)

...

Plan:

Pt. informeres om at der er tale om tynd modermærkekræft, som er fjernet. Der er behov for yderligere exc. af sikkerhedsafstand, evt. også operation med undersøgelse af lymfeknuder. Dette afhænger af revisionsmikropsopi, som endnu ikke foreligger.

...

02-10-2017

Operationsbeskrivelse

Proceduredato: 02-10-2017

Procedure(r) udført (koder): Radikalexc. pat.væv i hud og underligg. struktur på truncus (KQBE10R) venstresidig

Excision af sentinel node i aksil (KPJD42C)

Operatør(er): Operatør(er) og rolle:

* ..., Kirurg - Primær

Primær diagnose: Malignt melanom i hud på kroppen (DC435)"

Det fremgår af hospitalsjournal:

"18-08-2023

Visitationsnotat:

[I 50'erne] mand henvist fra Lungemedicinsk Afd. ... med dissemineret malignt melanom recidivans.

...

Der foreligger PET/CT skanning fra d. 25.07.23, der viser metastasesuspekter forandringer i cerebrum, lunger og højre scapula samt MR skanning fra d. 13.07.23, der viser 4 metastasesuspekter forandringer.

...

Med baggrund i recidiv i lunger og scapula, vurderes det sandsynligt at de cerebrale forandringer repræsenterer metastaser og det findes derfor relevant med ny MR-C og vurdering af denne på ...konf. Skal således henvises til ...konf., når der foreligger ny MR-C."

Det fremgår af skanningsbeskrivelser:

"13-07-2023

Indikation:

Kræftpakke, med kontrast tak.

Yderligere uddybning af indikation herunder:

[I 50'erne] mand med tidl MM.

Debut 7/7 med nedsat kraft i hø OE.

CTC: Hyperdense læsioner i venstre gyrus præcentralis og højre cerebellare pedunkel. Ligner mest hæmorrhagiske metastaser.

CTC dual energy: kan ikke afkræfte metastaser

...

Beskrivelse:

MR cerebrum med intravenøs kontrast viser:

Der genfindes en cirka 1,5cm stor afrundet læsion i venstre gyrus præcentralis, den let heterogen signal, men overvejende hypointens på T2, mens på T1 ses hypo intens kærne og kræftig hyperintens perifert. Desuden en mindre hyperintens rim/hallo omkring læsionen på FLAIR/T2 som ved perifokalt ødem, men i randen af det rostralt bemærkes haemosiderinaflejringer. Læsionen giver generelt stærke bloomingsartefakter på SWI, hvilket taler for haemorrhagisk natur. Der er ingen påviselig patologisk kontrastopladning i/i relation til læsionen. Endnu en lille læsion genfindes i hø. middle cerebellar peduncle, den er oval og måler op til 8 mm i længden, hypointens med en trådtynd hyperintens rim på T2 / FLAIR og nærmest isointens/antydende hyperintens på T1, med haemosiderinaflejringer / bloomer på SWI, der er indtryk af ganske lidt kontrastopladning centralt i den. Endnu en lille læsion mesialt i ve. gyrus frontalis superior (ikke mere en 3mm), hypointens på t2, stort set usynlig på T1 før iv k, bloomer på SWI og lader kontrasten op. Endlig er der en ganske lille læsion kortikalt i relation til ve. sulcus centralis helt mesialt, fremstår hyperintens på FLAIR/T2 og med haemosidering på SWI, men ikke påviselig på de øvrige sekvenser inkl. kontrast forstærket T1. I øvrigt ingen påviselige fokalier hjerneparenkymet og normale opladningsmønstre både i hjerneparenkymet og meninges. Ventrikelsystemet er midtstillet, symmetrisk og alderssvarende dimensioneret. Normale overfladesulci og bevarede basale cisterner. Normalt pneumatiseret medskannede paranasale sinus og mastoid.

Konklusion:

4 hæmorrhagiske læsioner i cerebrum (3 i ve. cerebral hemisfære, en i højre cerebellar pedunkel), suspekteret for hæmorrhagiske metastaser.

...

25-07-2023

Indikation:

Metastasesuspekteret forandringer i cerebrum.

Tidligere malignt melanom.

Beskrivelse:

PET-scanning:

De cerebrale metastasesuspekteret forandringer ses uden patologisk øget aktivitetsoptagelse, men der ses aktivitetstomhed sv.t. omkringliggende ødem.

Det er velkendt, at cerebrale melanom metastaser ikke behøver at være FDG optagende.

Kraftig patologisk øget aktivitetsoptagelse sv.t. et metastasesuspekt infiltrat i venstre lunge nyttilkommet sammenholdt med PET/Lavdosis-CT fra 08.10.20.

Ingen patologisk øget aktivitetsoptagelse sv.t. de små strukturelt stationære uspecifikke nodulære fortætninger i lungerne.

Nyttilkommen kraftig patologisk øget aktivitetsoptagelse sv.t. en intramuskulær metastasesuspekt forandring anterior for højre scapula.

Mindre områder med kraftig patologisk øget aktivitetsoptagelse sv.t. degenerative forandringer i lumbal columna.

CT-scanning:

CT-skanning af cerebrum, hals, thorax og abdomen med intravenøs og med peroral kontrast viser: Temporalt i venstre hjernehemisfære ses 1,5 cm stor ringformet struktur med perifokal ødem -

malignitetssuspekt. Ventrikelsystemet er normalt kalibreret og midtstillet. Overfladesulci har normal størrelse.

I venstre lunges overlap (IM 166) ses nytilkommet siden 2020 1,1 cm stor malignitetssuspekt infiltrat. Ingen andre målbare parametre i lungerne. Pleuranært på begge sider, inklusiv interlobærspalter, genfindes meget små noduli, som er uændrede siden 2020. Ingen pleuravæske. Parenkymorganer beliggende under diafragma har normal størrelse, ses med normalt afløb og uden malignitet. Ingen ascites, der ses stor mængde væske i scrotum.

Fordøjelseskanal ses uden stenoser eller præstenotiske dilatationer.

Ingen forstørrede lymfeknuder eller malignitetssuspekter knogledestruktioner.

Konklusion:

Metastasesuspekter forandringer i cerebrum.

Metastasesuspekt infiltrat i venstre lunges overlap og metastasesuspekt intramuskulær metastase anteriort for højre scapula.

...

31-07-2023

Undersøgelse(r): UL skulder højre

...

Indikation:

tidligere malign melanom med spredning, nu påvist metastaser i h. scapula, lunge, og cerebralt.

Der ønskes biopsi af metastase i skulder mhp. cancerdiagnostik

Yderligere uddybning af indikation herunder:

[I 50'erne] mand tidligere malign melanom med lymfespredning, nu påvist metastaser i h. scapula, lunge, og cerebralt. Der ønskes biopsi af metastase i skulder mhp. cancerdiagnostik og videre behandling i onkologisk.

Henv. UL-vejledt biopsi af tumor scapula. - Ligner umiddelbart m. subscapularis på helkrops-PET

Beskrivelse:

Ultralydskanning af højre skulder sammenholdt med PET-Skanning fra den 25.07.2023:

Viser at den PET-positive proces beliggende under scapula ikke visualiseret. Processen er ikke tilgængelig til ultralydsvejledt visualisering eller biopsi.

...

25-08-2023

Undersøgelse(r): MR cerebrum uden og med kontrast

Indikation:

Kendt malignt melanom diss. recidivans. MR-C fra 13/7 med mulige hæmorrhagiske metastaser, ønskes fornyet MR-C ...

...

Konklusion:

Uændret hæmorrhagisk læsion venstresidigt i gyrus præcentralis, venstresidigt frontalt mesialt og i højre cerebellare pedunkel - metastaser.

Tilkommet 4 hæmorrhagisk læsioner supratentorielt og en hæmorrhagisk læsion infratentorielt - metastaser."

Det fremgår af ansøgning af 5/9 2023:

"1. Hvad er sygdommens navn? Modermærkekræft (metastaser)

Ankenævnet for Forsikring

16.

103479

2. Hvornår blev du syg/indlagt? 07-07-2023

...

6. Har du tidligere fået diagnosticeret en kritisk sygdom? Ja

Hvis ja, hvilken diagnose og hvornår? Modernærkekræft i 2017"

Det fremgår af klagerens rettelse til ansøgning den 5/9 2023:

"1. Hvad er sygdommens navn? DC439

2. Hvornår blev du syg/indlagt? 07-07-2023

...

6 Har du tidligere fået
diagnosticeret en kritisk
sygdom? ☒ Nej ☐ Ja

Hvis ja, hvilken diagnose og hvornår?

DC435

"

Det fremgår af klagerens opdaterede ansøgning den 13/2 2025:

"1. Hvad er sygdommens navn? Diagnosekode DC439

2. Hvornår blev du syg/indlagt? 07-07-2023"

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"2.5. Udbetaling

Udbetaling ved visse kritiske sygdomme sker i forhold til den forsikringssum, som var gældende den dag, sygdommen blev diagnosticeret.

Udbetalingen sker til den forsikrede.

Når der én gang er sket udbetaling af en forsikringssum ved en kritisk sygdom, bortfalder dækningen for den eller de diagnosegruppe/r, som har medført udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme. Tilsvarende gælder for evt. andre diagnoser stillet i karenperioden.

Se under 4.2 'Indskrænkninger i forsikringsdækningen', hvilke sygdomme der anses for at være en og samme kritiske sygdom.

For diagnosegrupperne 1 a (kræft) og 1 b (kræft i blod og bloddannende organer) gælder dog, at forsikrede har ret til udbetaling ved en ny og ubeslægtet kræftdiagnose stillet i forsikringstiden, såfremt det er 7 år siden, behandlingen for den første diagnose blev afsluttet, og der ikke er konstateret tilbagefald inden for denne 7-årige periode (kontrolbesøg gælder ikke som behandling).

3. Forsikringen dækker

Forsikringen omfatter følgende Diagnosegrupper

Dækningsberettigede sygdomme:

1 a. Kræft

En ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokal recidiv og spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering).

Følgende er ikke dækket:

Alle former for hudkræft (inklusiv lymfomer i hud), bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom).

...

4. Forsikringen dækker ikke

4.1. Generelle undtagelser

Har den forsikrede før forsikringen trådte i kraft, eller i løbet af en evt. karensperiode (se punkt 2.2 'Betingelser for dækning'),

- fået stillet en diagnose,
- modtaget behandling, eller
- været under udredning for en diagnose,

der ville være omfattet af eller beslægtet med sygdomme/lidelser omfattet af disse forsikringsbetingelser, bortfalder dækningen for den/de pågældende diagnosegruppe(r).

Hvis den forsikrede får stillet mere end en dækningsberettiget diagnose i forsikringstiden, er det en betingelse for udbetaling af den/de efterfølgende kritiske sygdom(me), at diagnosen for den/de efterfølgende kritiske sygdom(me) stilles mindst seks måneder efter seneste udbetalingsberettigede diagnose. Er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes seks måneders fristen først fra foretaget operation. Diagnoser/diagnosegrupper, jf. punkt 4.2 Indskrænkninger i forsikringsdækningen, der ikke er udbetalingsberettigede, fordi de stilles mindre end seks måneder efter den seneste udbetalingsberettigede diagnose, vil ikke senere i forsikringstiden være dækningsberettigede.

Forsikringen omfatter ikke kritiske sygdomme, som har direkte eller indirekte sammenhæng med en tidligere sygdom, som er diagnosticeret eller behandlet før forsikringstiden eller indenfor de beskrevne karensperioder.

I denne sammenhæng anses en række sygdomme som værende en og samme kritiske sygdom - se hvilke sygdomme i punkt 4.2 'Indskrænkninger i forsikringsdækningen'.

For diagnosegrupperne 1 a (kræft) og 1 b (kræft i blod og bloddannende organer) gælder dog, at hvis den forsikrede inden forsikringen trådte i kraft har fået stillet en diagnose, der ville være omfattet af en af de to nævnte diagnosegrupper, giver forsikringen ret til udbetaling ved en ny ubeslægtet kræftdiagnose,

hvis

- der er gået mindst 7 år, siden behandlingen for den først sygdom blev afsluttet - kontrolbesøg gælder ikke som behandling, og
- der ikke er konstateret tilbagefald i de 7 år, der er gået, siden behandlingen sluttede.

...

4.2. Indskrænkninger i forsikringsdækningen

Følgende sygdomme anses i disse forsikringsbetingelser som værende en og samme kritiske sygdom, og medfører indbyrdes bortfald af den/de tilknyttede diagnosegruppe(r):

- Diagnosegruppe 1a (Kræft) og 1b (Kræft i blod og bloddannende organer), uanset om der måtte være tale om en anden dækningsberettiget kræftdiagnose."

Nævnet udtaler:

Klageren fik i 2017 diagnosticeret modernmærkekræft (herefter 2017-diagnosen). Klageren anmeldte den 5/9 2023, at han havde fået diagnosticeret modernmærkekræft med metastaser (herefter 2023-diagnosen). Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klageren ikke opfylder forsikringsbetingelserne for udbetaling ved kritisk sygdom. Klageren ønsker udbetaling.

Klageren har anført, at selskabet ikke kan afvise erstatning ved at henvise til en antagelse eller en midlertidig vurdering i et visitationsnotat. Klageren har anført, at diagnosekoden for 2023-diagnosen henviser til malignt melanom uden nærmere specifikation (DC439). Det indebærer, at det anatomiske udgangspunkt for sygdommen ikke er identificeret, og at der ikke er angivet en sammenhæng til tidligere sygdomsforløb. Der foreligger hverken lægelig konstatering eller medicinsk dokumentation for, at der er tale om et tilbagefald. Klageren har anført, at uklarheder i policens ordlyd skal fortolkes til fordel for ham. Klageren har anført, at selskabets ansøgningsskema er uklart og vildledende, og at selskabet i sit afslag har henvist til det udfyldte ansøgningsskema som afgørende for afslaget. Det fremgår ikke tydeligt, at ansøgeren skal angive en specifik, lægefaglig registreret diagnosekode, og at manglende eller upræcis angivelse kan føre til afslag. Klageren har derfor opdateret sin ansøgning med relevante diagnosekoder. Klageren har anført, at forsikringsbetingelserne ikke tydeligt beskriver, hvilken vægt henholdsvis ansøgningsskema, lægelige bilag og diagnosekoder tillægges, hvilket giver selskabet en urimelig fortolkningsfrihed.

Selskabet har anført, at 2023-diagnosen er beslægtet med 2017-diagnosen. Der er tale om et tilbagefald af modernmærkekræft, og der er ikke gået 7 år mellem de to sygdomme. Selskabet har anført, at der er tale om samme diagnose, selvom der er forskel i diagnosekoderne. Diagnosekoderne henviser til modernmærkekræftens placering på kroppen. Selskabet træffer afgørelse på baggrund af sagens samlede bilag og ikke blot diagnosekoderne i ansøgningen. Selskabet har

forelagt sagen for sin lægekonsulent, der vurderer, at der ikke er tale om en ny ubeslægtet kræftsygdom, men alene tilbagefald af en i forvejen kendt kræftsygdom. Selskabet har anført, at klageren ikke har anmeldt 2017-diagnosen til selskabet inden for 3 år, og at et krav i anledning af 2017-diagnosen derfor er forældet.

Det fremgår af hospitalsjournal den 12/9 2017, at klageren har "slut august ... bemærket knop i ve. scapulærregion ... Malignt melanom i hud på kroppen (DC435)".

Det fremgår af hospitalsjournal den 18/8 2023, at klageren blev "henvist ... med dissemineret malignt melanom recidivans ... Der foreligger PET/CT skanning fra d. 25.07.23, der viser metastasesuspekter forandringer i cerebrum, lunger og højre scapula samt MR skanning fra d. 13.07.23, der viser 4 metastasesuspekter forandringer ... Med baggrund i recidiv i lunger og scapula, vurderes det sandsynligt at de cerebrale forandringer repræsenterer metastaser ...".

Det fremgår af ansøgning af 5/9 2023, at klageren har fået stillet diagnosen "Modermærkekræft (metastaser)" den 7/7 2023, og at han i 2017 har haft modermærkekræft.

Det fremgår af klagerens opdaterede ansøgning af 5/9 2023, at klageren har fået stillet diagnosen "DC439" den 7/7 2023, og at klageren i 2017 fik stillet diagnosen "DC435".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 2.5: "**2.5. Udbetaling** Udbetaling ved visse kritiske sygdomme sker i forhold til den forsikringssum, som var gældende den dag, sygdommen blev diagnosticeret. Udbetalingen sker til den forsikrede. Når der én gang er sket udbetaling af en forsikringssum ved en kritisk sygdom, bortfalder dækningen for den eller de diagnosegruppe/r, som har medført udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme. Tilsvarende gælder for evt. andre diagnoser stillet i karenperioden. Se under 4.2 'Indskrænkninger i forsikringsdækningen', hvilke sygdomme der anses for at være en og samme kritiske sygdom. For diagnosegrupperne 1 a (kræft) og 1 b (kræft i blod og bloddannende organer) gælder dog, at forsikrede har ret til udbetaling ved en ny og ubeslægtet kræftdiagnose stillet i forsikringstiden, såfremt det er 7 år siden, behandlingen for den første diagnose blev afsluttet, og der ikke er

konstateret tilbagefald inden for denne 7-årige periode (kontrolbesøg gælder ikke som behandling)".

Nævnets flertal udtaler:

Efter en gennemgang af sagen finder nævnets flertal, at klageren har ret til udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom i anledning af hans kræftdiagnose i 2023.

Flertallet har blandt andet lagt vægt på, at det på baggrund af de lægelige oplysninger må lægges til grund, at klageren i 2023 har fået stillet en ny modernmærkekræftdiagnose, der er omfattet af forsikringsbetingelsernes punkt 1 a "Kræft".

Flertallet har videre lagt vægt på, at klageren ikke har fået udbetaling i anledning af kræftdiagnosen, der blev stillet i forsikringstiden den 12/9 2017, idet klageren ikke anmeldte diagnosen til selskabet. Det fremgår ikke med den fornødne klarhed af forsikringsbetingelsernes punkt 2.5, at klageren i en sådan situation er afskåret fra at kunne få dækning i anledning af den nye kræftdiagnose i 2023. Selskabet er derfor ikke berettiget til at afvise udbetaling med henvisning til undtagelsesbestemmelsen i punkt 2.5.

Flertallet har i den forbindelse lagt vægt på, at sidste afsnit i punkt 2.5 – hvorefter man under de angivne betingelser alligevel kan få udbetaling ved en ny kræftdiagnose – fremstår som en undtagelse til 3. afsnit i punkt 2.5, hvor det fremgår, at "Når der én gang er sket udbetaling af en forsikringssum ved en kritisk sygdom, bortfalder dækningen for den eller de diagnosegruppe/r, som har medført udbetaling af forsikringssum". Da klageren ikke har fået udbetaling af forsikringssum, er der ikke grundlag for at anse dækningen for den pågældende diagnosegruppe for bortfaldet efter 3. afsnit i punkt 2.5. Det er herefter uden betydning, hvorvidt betingelserne i sidste afsnit i punkt 2.5 er opfyldt for klagerens nye kræftdiagnose. Flertallet bemærker, at formålet med punkt 2.5 må antages at være at begrænse, at selskabet skal udbetale forsikringssummen flere gange, hvis den forsikrede får diagnosticeret "samme kritiske sygdom" flere gange i forsikringstiden.

Ankenævnet for Forsikring

21.

103479

Flertallet bemærker videre, at forsikringsbetingelsernes punkt 4.1 regulerer den situation, hvor en forsikringstager har fået stillet en kritisk sygdom-diagnose, inden forsikringstiden begyndte. Det er ikke tilfældet for klageren.

Det, som selskabet i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Nævnets mindretal udtaler:

Nævnets mindretal er – af de af flertallet anførte grunde – enig i, at selskabet ikke er berettiget til at afvise at udbetale forsikringssummen med henvisning til forsikringsbetingelsernes punkt 2.5.

Mindretallet finder imidlertid, at der på det foreliggende grundlag er usikkerhed om, hvorvidt klageren i 2023 har fået en ny kræftsygdom, eller om der er tale om samme sygdom som i 2017. Mindretallet finder, at sagen bør hjemvises til selskabet med henblik på at få afklaret dette spørgsmål.

Mindretallet bemærker, at hvis der er tale om samme sygdom som i 2017, er der ikke sket en ny forsikringsbegivenhed, og at klagerens krav på udbetaling i anledning af modernærkekræft i så fald er forældet, jf. den 3-årige forældelsesfrist i forældelseslovens § 3.

Der træffes afgørelse efter stemmeflertallet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, AP Pension, skal anerkende, at klageren har ret til udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom på baggrund af hans kræftdiagnose i 2023. Erstatningen skal forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Ankenævnet *for* Forsikring

22.

103479

Klagegebyret tilbagebetales.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Svend Bjerg Hansen', is written over a light blue rectangular background.

Svend Bjerg Hansen