692/04

Den 1. marts 2004 blev i sag nr. 61.730:

xxxxx xxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxx xxxxxx

mod

Forsikrings-Aktieselskabet
Alka
Engelholm Alle 1
2630 Taastrup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der via sin fagforening er omfattet af en kollektiv forsikring ved kritisk sygdom i Forsikrings-Aktieselskabet Alka, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til, at klageren tidligere havde fået stillet diagnosen cancer.

Det er oplyst, at klageren i 1991 fik foretaget en højresidig brystbevarende operation med efterfølgende strålebehandling grundet diagnosen cancer mammae (brystkræft). I 1996 fik klageren foretaget en venstresidig brystbevarende operation grundet diagnosen invasivt lobulært carcinom (infiltrerende ondartet svulst i kirtellap) med efterfølgende strålebehandling og med en spredning til armhulen i 4 af 10 fjernede lymfeknuder.

Klageren indtrådte i forsikringsordningen 1/4 2001.

I slutningen af december 2002 konstaterede klageren en ærtstor knude i højre bryst. Ved nålebiopsi i februar 2003 blev stillet diagnosen carcinom, og klageren fik ved en operation den 6/3 2003 fjernet højre bryst.

Klageren har fremsat krav om udbetaling af erstatning på baggrund af diagnosen, som blev stillet i februar 2003. Klageren har påpeget, at diagnosen er stillet i forsikringstiden. Klageren har gjort gældende, at der er tale om en ny diagnose, idet der er tale om en ny kræftsygdom af en anden type end tidligere, hvorfor der ikke er tale om genopblussen eller metastaser.

Klageren har anført, at der intet sted i forsikringsbetingelserne er nævnt eller beskrevet, at tidligere kræftdiagnoser betyder, at der i forsikringstiden ikke kan udbetales erstatning for en ny diagnose.

Klageren har videre anført, at selskabet henviser til forsikringsbetingelser, som hun ikke havde kendskab til forud for denne forsikringsbegivenhed. Hun har henvist til, at hun alene har kendskab til de forsikringsbetingelser, som hun modtog i forbindelse med tegningen af forsikringen og har anført, at hun aldrig har anerkendt en ændring af forsikringsvilkårene.

Klageren har videre anført, at den af selskabet påberåbte undtagelsesbestemmelse omkring tidligere diagnoser er uklart formuleret, hvilket må komme selskabet til skade. Klageren har påpeget, at formuleringen "… dækker forsikringen ikke de pågældende diagnoser" må betyde, at der skal være tale om præcis de samme diagnoser, idet "pågældende" ikke betyder "tilsvarende". Klageren sammenligner forholdet med, at en diagnose for en brækket lillefinger er den samme som en diagnose for et brækket lårben under henvisning til, at der er tale om fraktur i begge tilfælde.

Klageren har endvidere påpeget, at vedrørende diagnoser stillet i forsikringstiden beskrives disse klart og utvetydigt i forsikringsbetingelserne, hvor en række diagnoser er eksplicit opregnet, og hvor kræft ikke er opregnet. Klageren har gjort gældende, at det deraf implicit fremgår, at kræft ikke er omfattet af undtagelserne.

Selskabet har gjort gældende, at der ikke kan udbetales erstatning under henvisning til, at der blev stillet diagnose for cancer både i 1991 og i 1996 forud for forsikringens tegning i 2001.

Selskabet har endvidere henvist til en afgørelse af 21/5 2003 truffet af det fælles nævn, som er oprettet af selskabet og fagforbundet i fællesskab til behandling af klager over forsikringen. Det fremgår af denne afgørelse, at klageren ikke anses for berettiget i henhold til den udvidelsen af dækningen for såkaldt "2. gangs cancer", idet den nye diagnose er stillet inden udløbet af den fastsatte 7-årige karensperiode, ligesom det fremgår, at der ikke ydes dækning, hvis der tidligere er stillet cancerdiagnose mere end én gang. Vedrørende klagerens henvisning til de frem til 31/3 2002 gældende forsikringsbetingelser anføres i afgørelsen, at disse betingelser afskar klageren for muligheden for dækning for en cancerlidelse, såfremt der tidligere var stillet en cancerdiagnose, uanset hvilken form for cancer, der var tale om, og uanset hvornår diagnosen var stillet.

Forsikringsbetingelsernes § 3 opregner hvilke diagnoser, der er dækningsberettigende. Formuleringen er ens i betingelserne før og efter 31/3 2002. Af punkt F fremgår:

> "**F. Kræft**
>
> En ondartet (malign) svulst (tumor er mikroskopisk karakteriseret ved ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser). Tillige omfattes alvorlige leukæmiformer, lymfomer (lymfeknudekræft) og Hodgkins sygdom (stadium II-IV)."

Af de indtil 31/3 2002 gældende forsikringsbetingelser § 10 fremgår bl.a.:

> "Hvis diagnosetidspunkt for en af de sygdomme, som dækkes af forsikring jf. §§ 3 og 5, ligger før forsikringstidens begyndelse, dækker forsikringen ikke de pågældende diagnoser. Sygdomme, som omfattes af børnedækningen jf. § 5, og som der stilles diagnose for i forsikringstiden, men inden barnet er fyldt 6 måneder, dækkes ikke af forsikringen."

Af de fra 1/4 2002 gældende forsikringsbetingelser fremgår bl.a. af punkt 10:

> "Hvis diagnosetidspunktet for en af de sygdomme, som dækkes af forsikringen jf. §§ 3 og 5, ligger før forsikringstidens begyndelse, dækker forsikringen ikke de pågældende diagnoser.
>
> …

Ved en diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i § 3 A-R og § 5 A-G. Eksempelvis er § 3 F én diagnose. Det betyder, hvis der én gang har været stillet diagnose for kræft, kan der ikke senere ske udbetaling, selv om forsikrede efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer.

For kræftdiagnoser stillet den 1. april 2002 eller senere gælder dog følgende:
Hvis forsikrede én gang tidligere har fået stillet diagnose for kræft og er erklæret rask, opnås ret til udbetaling ved en ny kræftdiagnose jf. § 3 F, hvis følgende betingelser er opfyldt:

- Der er forløbet mindst 7 år siden tidligere kræftdiagnose uden nogen form for kræftbehandling og uden tilbagefald. Kontrolbesøg betragtes ikke som behandling. 7-års perioden regnes fra det tidspunkt, hvor behandlingen af den tidligere kræftdiagnose blev afsluttet og forsikrede raskmeldt og frem til datoen for en ny kræftdiagnose.

Hvis forsikrede tidligere har fået stillet kræftdiagnose mere end én gang, kan der ikke opnås ret til udbetaling for en senere kræftdiagnose, uanset type."

Nævnet udtaler:
Afgørende for, om klageren har krav på udbetaling af forsikringssummen, er, hvorvidt hun nu har fået stillet en diagnose, som har direkte eller indirekte sammenhæng med en tidligere dækningsberettigende diagnose.

I forsikringsbetingelserne er kræft - såvel før som efter ændringen af forsikringsbetingelserne - betegnet som én diagnose.

Uanset om det lægges til grund, at der er tale om 3 medicinsk uafhængige kræftdiagnoser, finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsbetingelsernes § 10 har anset de tre kræftsygdomme som én diagnose.

I relation til udvidelsen af forsikringsdækningen til også at omfatte "2. gangs kræft" finder nævnet, at der ikke kan ydes dækning, idet der tidligere er stillet cancerdiagnose mere end én gang, jf. forsikringsbetingelserne § 10, afsnit 8.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

p.f.v.

Henning Jønsson