746/06

Den 5. april 2006 blev i sag nr. 67.442:

xxxx xxxx xxxxxxx
xxxxxxx x
xxxx xxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Strandboulevarden 122
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikrede, der er omfattet af en gruppelivsaftale med dækning ved kritisk sygdom i Forenede Gruppeliv, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen med henvisning til, at der ikke er forløbet ti år, siden klageren sidste gang fik stillet en kræftdiagnose, hvilket ifølge forsikringsbetingelserne er et krav, når klageren har fået diagnosticeret kræft forud for forsikringstidens begyndelse.

Forsikringen blev udvidet med dækning ved kritisk sygdom den 1/10 1999.

Det fremgår af sagen, at klageren i november 2003 ansøgte om udbetaling ved kritisk sygdom, hvilket blev begrundet med, at han i august 2003 havde fået stillet diagnosen "Waldenströms sygdom" (macroglobulinaemia primaria/Waldenströms makroglobulinæmi).

Selskabet afviste at yde forsikringsdækning, hvilket blev meddelt klageren ved skrivelse af 17/11 2003, hvoraf det fremgår, at den stillede diagnose ikke er dækningsberettigende.

Klageren var utilfreds med selskabets afgørelse, hvorfor han efterfølgende - via sin faglige forening og S. kommune - anmodede selskabet om at revurdere afgørelsen. Af de til selskabet fremsendte skrivelser fremgår bl.a., at den stillede diagnose er nært beslægtet med både kronisk lymfatisk leukæmi og myelomatose (knoglemarvskræft), og at sygdommen derfor - som følge af forsikringsbetingelsernes formulering - berettiger til udbetaling fra forsikringen under diagnosen kræft.

Selskabet genoptog herefter sagsbehandlingen. Til brug for sagens behandling indhentede selskabet sygehusjournaler.

Af de indhentede journalakter fremgår bl.a., at klageren i december 1998 fik fjernet den ene nyre på grund af et hypernefrom. Mikroskopi forelå den 11/1 1999.

På grundlag af de lægelige oplysninger afviste selskabet igen at yde forsikringsdækning, hvilket selskabet meddelte klageren ved skrivelse af 20/5 2005. Afvisningen blev begrundet med, at der ikke er forløbet ti år mellem de to diagnoser.

Klageren var ikke tilfreds med selskabets afgørelse, hvilket han tilkendegav ved skrivelse af 4/6 2005 til selskabet. Af skrivelsen fremgår bl.a., at han er af den opfattelse, at den forud for forsikringstidens begyndelse konstaterede sygdom ikke opfylder forsikringsbetingelsernes kriterier for diagnosen kræft. Ifølge klageren har selskabet derfor ikke været berettiget til at afvise udbetaling med henvisning hertil.

Selskabet forelagde herefter sagen for Videncenter for Helbred og Forsikring, der ved skrivelse af 15/6 2005 fremkom med følgende vurdering:

> "Et hypernefroma betyder en stor tumor i nyren og er et synonym for nyrecancer. Det er carcinoma renis gående ud fra tubulusepitelet. I dette tilfælde er det et renalt cellecarcinom, men kunne også være et adenocarcinom.
>
> Dermed er det en dækningsberettiget diagnose, da det er en ondartet svulst der mikroskopisk er karakteriseret ved ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og tendens til spredning til andre regioner. Ubehandlet vil carcinomet sprede sig ind i

de nærliggende organer og sende metastaser til andre dele af kroppen, typisk hjernen."

Med henvisning til ovennævnte vurdering fastholdt selskabet det tidligere meddelte afslag på forsikringsdækning. Klageren indbragte herefter sagen for Ankenævnet for Forsikring.

Klageren har påstået selskabet tilpligtet at anerkende, at han er berettiget til udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom. Til støtte herfor har klageren i klageskrivelsen bl.a. henvist til, at det af sygehusjournalerne fremgår, at den forud for forsikringstidens begyndelse konstaterede tumor var ”særdeles velafgrænset, og der var ikke og har ikke været tegn på recidiv, spredning til lymfeknuder eller metastaser”.

Selskabet har ved skrivelse af 24/8 2005 til nævnet fastholdt sin afgørelse.

Efterfølgende har klageren i skrivelse af 3/9 2005 til nævnet bl.a. anført:

"I sin vurdering af den på OUH fjernede hypernefroma lægger Helbred & Forsikring til grund, at **ubehandlet** ville carcinomet sprede sig ind i de nærliggende organer og sende metastaser til andre dele af kroppen, typisk hjernen.

Hertil udtaler forsikringstager, at en tilsvarende udvikling vil ske med mange ubehandlede forstadier til cancer, uden at disse berettiger til udbetaling af erstatning. Forsikringstagers hypernefroma blev behandlet, hvorfor det er meningsløst at lægge til grund, hvad sygdommen eventuelt kunne have udviklet sig til i en tænkt situation. Forsikringstager er af den opfattelse, at vurderingen om udbetaling af erstatningen må baseres på sygdommens faktiske forløb og udvikling - og ikke på en hypotese om en teoretisk udvikling ved undladelse af behandling.

...

Jeg finder således ikke, at nyresygdommen kan begrunde afvisning af erstatning for min nuværende sygdom."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 2.** Det er en betingelse for dækning af kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karensperiode.

...

Ved en diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i overskrifterne til § 8 A-U. Eksempelvis er § 8 A én diagnose, således at der ikke kan ske udbetaling mere end én gang, selv om forsikrede efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer. Tilsvarende kan der kun udbetales højst én gang under § 8 B, C osv.

Forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme i § 8, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse (det er diagnose-tidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen). For § 8 A (kræft) gælder dog, at hvis forsikrede inden forsikringstidens 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. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i nævnte periode.

...

§ 8. Ved kritisk sygdom forstås:

A. Kræft.

Ondartet (malign) svulst (tumor) der mikroskopisk er 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, lymfoner (lymfeknudekræft) og Hodgkin's sygdom (stadium II-IV).

...

Krav: Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller biopsi heraf foretaget af speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi)."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen, herunder de vedlagte sygehusjournaler mv., finder nævnet at kunne lægge til grund, at klageren omkring årsskiftet 1998/1999, dvs. forud for forsikringstidens begyndelse, fik konstateret hypernephroma, og at han i august 2003, dvs. i forsikringstiden, fik stillet diagnosen morbus Waldenström.

Ifølge Videncenter for Helbred og Forsikring er hypernephroma en dækningsberettigende kræftdiagnose. Nævnet har intet grundlag for at tilsidesætte denne vurdering.

Således som forsikringsbetingelserne er formuleret, er det afgørende for, om klageren har krav på udbetaling af forsikringssummen ved en i forsikringstiden diagnosticeret kræftsygdom, at der er gået 10 år, siden den tidligere kræftdiagnose (hypernephroma) blev stillet. I forsikringsbetingelserne er kræft betegnet som én diagnose.

Allerede fordi der ikke er forløbet ti år mellem diagnosticeringen af de to sygdomme, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning som sket. Nævnet har ikke herved taget stilling til, hvorvidt diagnosticeringen af morbus Waldenström - isoleret set - berettiger til udbetaling fra forsikringen.

Herefter, og idet det af klageren i øvrigt anførte ikke findes at kunne føre til et andet resultat,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann

udskriften bekræftes

Henning Jønsson