850/10

Den 25. august 2010 blev i sag nr. 77.690:

xxxxx xxxxxxxx xxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx xxx xxxxx
xxxx xxxxxxxxx

mod

Mølholm Forsikring A/S
Finlandsgade 1, 2.th.
5100 Odense C

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der har sum ved kritisk sygdom i Mølholm Forsikring A/S, klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen.

Selskabet henviser til, at klageren ved forsikringens oprettelse allerede havde fået stillet diagnosen på kræft, og at samme diagnose i henhold til forsikringsbetingelserne ikke er dækket.

Den omhandlede forsikring trådte i kraft den 1/8 2006 som led i et ansættelsesforhold.

Det fremgår af sagen, at klageren i 1993 fik konstateret brystkræft. Efter veloverstået behandling var hun rask frem til efteråret 2009, hvor hun fik konstateret kræft i æggestokkene. I en udtalelse fra den behandlende overlæge hedder det bl.a.:

> "Ovenstående patient har været indlagt i november/december 2009 og opereret for kræft i æggestokken. Endeligt mikroskopisvar viser, at det drejer sig om et serøst adenokarcinom grad III uden spredning. Immumhistokemisk er der tale om et karcinom forskelligt fra patientens tidligere mammacancer."

Klagerens advokat har i skrivelse af 26/1 2010 til nævnet bl.a. anført:

> "Som det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 5.1. ydes der ikke erstatning for '*samme sygdom, lidelse eller diagnose, hvis forsikringstageren tidligere har fået stillet en diagnose for samme sygdom'.* (min understregning)

Jeg vedlægger erklæring fra overlæge B.M., … Hospital, hvoraf det fremgår, at den nu diagnosticerede sygdom ikke på nogen måde svarer til den tidligere diagnose, idet der er tale om en helt anden kræfttype.

Den nu konstaterede sygdom har hverken direkte eller indirekte nogen form for sammenhæng med den tidligere cancer, som min klient, som anført foran, blev behandlet for for ca. 17 år siden. Den nuværende sygdom er hverken direkte eller indirekte forårsaget af den tidligere kræftsygdom.

Formålet med bestemmelsen fra § 5.1. er naturligvis, at fastslå at forsikringstager ikke skal have dækket kritisk sygdom, der udspringer af eller er forårsaget af en tidligere og før forsikringsregningen diagnosticeret sygdom.

Dette fremgår af ordlyden af § 5.1., hvorefter der skal være tale om *'samme sygdom',* ligesom det samme fremgår af eftersætningen i § 5.1. '*eller for sygdomme, lidelser eller diagnoser, som direkte eller indirekte kan have sammenhæng med denne'.*

Med udtrykket '*kan have sammenhæng med denne' præciseres* det at hele § 5.1. er møntet på tidligere sygdomme, som 'har sammenhæng med' den nu diagnosticeret sygdom, det vil sige at der er eller kan være en årsags forbindelse mellem de 2 sygdomme (den tidligere og den aktuelle sygdom).

Den anførte helt naturlige forståelse af § 5.1. underbygges af det forhold, at § 5.1. skal læses i sammenhæng med § 5.1.1., hvorefter der ikke kan opnås dækning for sygdom, hvis der er tale om at man tidligere har haft en sygdom, som '*senere fører til en ellers dækningsberettiget diagnose'.*

Forsikringsbetingelserne må fortolkes som anført foran.

Forsikringsdækning kan ikke afvises blot fordi min klient har haft en helt anden sygdom, som hun er helbredt for for 17 år siden, og min klient har krav på at blive stillet som enhver anden forsikringstager, der får en kritisk sygdom, som ikke udspringer af eller har sammenhæng med en tidligere diagnose.

Afslutningsvis bemærker jeg, at forsikringsbetingelserne er formuleret af forsikringsselskabet. Hvis forsikringsbetingelserne skulle forstås som anført af forsikringsselskabet i den vedlagte afvisning af at dække min klients diagnose, kunne forsikringsselskabet have præciseret dette i forsikringsbetingelserne, eksempelvis ved at præcisere at der ikke var dækning, uanset om den nuværende diagnose har eller ikke har sammenhæng med den tidligere diagnose.

Som bekendt må forsikringsbetingelserne fortolkes mod den der har affattet disse og risikoen for eventuelle uklarheder i forsikringsbetingelserne påhviler forsikringsselskabet."

Selskabet har i skrivelse af 29/3 2010 fastholdt sin afvisning af kravet med henvisning til, at klageren fik stillet diagnosen på brystkræft i 1993. Parterne har herefter ført yderligere korrespondance for nævnet, hvor deres synspunkter i det væsentlige er gentaget.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"4.0 Hvilke diagnoser er dækningsberettiget

…

4.4.1

Cancer i almindelig forstand, dvs. en ondartet tumor karakteriseret ved ukontrollabel vækst med lokal invasion og/eller fjernspredning.

…

5.0 Hvad dækker forsikringen ikke?

5.1

Hvis forsikrede tidligere har fået stillet en af de i punkterne 4.0 til 4.14 nævnte dækningsberettigede sygdomme, lidelser eller diagnoser, ydes der ikke erstatning for samme sygdom, lidelse eller diagnose eller for sygdomme, lidelser eller diagnoser, som direkte eller indirekte kan have sammenhæng med denne.

5.1.1

Hvis den forsikrede har haft en lidelse, sygdom (uden at der er stillet en dækningsberettiget diagnose) før indtrædelse i forsikringen, og denne lidelse, sygdom senere fører til en ellers dækningsberettiget diagnose, vil denne sygdom ikke være dækket af forsikringen."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen må nævnet lægge til grund, at klageren i 1993 fik stillet en kræftdiagnose. Hun kan derfor ikke efter forsikringsbetingelserne opnå erstatning for en ny kræftdiagnose stillet efter forsikringens ikrafttræden. Dette gælder også, selvom hun mellem de to kræftdiagnoser har været rask, og det gælder også, selvom der ikke er en sammenhæng mellem de to kræftdiagnoser. Nævnet bemærker i den forbindelse, at det er diagnosen ”cancer”, der efter forsikringsbetingelsernes punkt 4.4.1 er dækningsberettigende.

Herefter

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen
formand

udskriften bekræftes

Henning Jønsson