872/11

Den 11. juli 2011 blev i sag nr. 79.107:

xxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har dækning for kritisk sygdom i Danica Pension. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale sum ved kritisk sygdom i forbindelse med, at han fik konstateret kræft i spiserøret.

Selskabet har afvist at yde dækning for klagerens kræftsygdom med henvisning til, at klageren i 2006 fik udbetalt sum ved kritisk sygdom på grund af en kræftdiagnose, og at der ikke er gået 7 år siden sidste behandling.

Af klageskemaet underskrevet den 26/9 2010 fremgår bl.a.:

"Sagsfremstilling

1) Skadelidte har i 2006 fået konstateret kræft i tyktarmen. Kræftpolyp er fjernet ambulant på … Hospital d. 07/06 2006. Anmeldelse om forløbet til Danica har udløst udbetaling af Kritisk Sygdom.

2) I september 2009 konstaterer skadelidte synkebesvær og kontakter læge for udredning. Undersøgelser på … Hospital viser at der er tale om en kræftsvulst i spiserøret - dette meddeles skadelidte d. 13/11 2009 - …Hospital henviser til Rigshospitalet.

3) Skadelidte har i januar og februar gennemgået ekstensiv kemo- og strålebehandling, samt en større operation i april, hvor dele af spiserør og mavesæk er bortopereret. For nuværende er en supplerende kemobehandling iværksat med henblik på at dæmme op for kræftpletter konstateret på lungerne. Denne behandling løber til og med 30/12 2010.

Begrundelse for anke

1) I Danicas vurdering dateret d. 22/12 2009 - afsnit 3 (vedlagt), angives en årsag til afslag 'at du først kan være berettiget til udbetaling efter punkt 1 kræft igen, når der er gået 7 år efter behandlingen af din tidligere kræftlidelse'.

   i. Når man læser i Danicas forsikringsbetingelser side 14 (vedlagt) er 7 års karens perioden nævnt som underordnet til afsnittet 'Undtagelser efter sygdom før forsikringens start' - dette er ikke tilfældet, da jeg har været forsikret i Danica før min sygdom.

   ii. Jeg finder opstilling og formulering usmidig, uklar og utydelig - en kilde til misforståelse - jeg er af den opfattelse at denne utydelighed bør komme skadelidte til gode.

2) Den samme vurdering angiver anden årsag til afslag 'og der ikke er konstateret tilbagefald'.

   i. Det er Rigshospitalets lægefaglige vurdering at de to kræfttilfælde ikke har noget med hinanden at gøre, hvorfor begrundelsen for afslag heller ikke her finder berettigelse."

Det fremgår af sagen, at klageren ved anmeldelse af 17/12 2009 oplyste til selskabet, at han havde fået konstateret kræft, for hvilket han modtog den første behandling den 13/11 2009. Med henvisning til, at klageren i november 2006 fik udbetalt sum ved kritisk sygdom for en kræftdiagnose, afviste selskabet at yde dækning.

Selskabet har i brev af 18/10 2010 til nævnet bl.a. anført:

"Vi fastholder, at vi ikke kan udbetale dækningen ved Kritisk Sygdom, fordi der ikke er gået syv år mellem de to kræftlidelser.

Af forsikringsbetingelserne (bilag …), der i starten af marts 2007 trådte i stedet for de tidligere forsikringsbetingelser 110-77 af 01.01.2004 (bilag …) fremgår det, at dækningen ophører, når den forsikrede har faet en udbetaling. Imidlertid har den forsikrede mulighed for at oprette en ny forsikring, hvis han/hun bliver rask og genoptager sit arbejde og arbejder i samme omfang som tidligere.

Ifølge forsikringsbetingelserne (bilag …) er der ret til udbetaling ved visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede har fået diagnosticeret kræft. Der kan igen ske udbetaling ved visse kritiske sygdomme på grund af kræft, hvis der er gået mindst syv år siden behandlingen sluttede, og der ikke er konstateret tilbagefald i perioden.
Således vil der ikke kunne ske udbetaling igen, hvis der ikke er gået syv år imellem to kræftlidelser.

De samme regler gjaldt også i de tidligere forsikringsbetingelser 110-77 (bilag …) …

Der er således tale om en udvidelse i forhold til de øvrige diagnoser, der er dækket på forsikringen, da der er mulighed for udbetaling på grund af en kræftlidelse to gange, hvis der er gået mindst syv år, siden behandlingen sluttede.

Vi har udbetalt dækningen ved visse kritiske sygdomme efter punkt 1. Kræft til [klager] i 2006 på grund af kræft, og da der ikke er gået syv år uden behandling, kan vi ikke udbetale dækningen igen på grund af kræft efter punkt 1. Kræft i 2009. Det er uden betydning, om der er

tale om samme kræftlidelse eller en ny type kræft. Vi henviser i øvrigt til tidligere Ankenævnskendelse i sag nr. 69.037, hvor selskabet fik medhold i, at alle kræftdiagnoser i forsikringens forstand opfattes som en diagnose.

Danica Pension fastholder derfor, at [klager] ikke har ret til yderligere udbetaling for visse kritiske sygdomme."

Klageren bemærker i brev af 3/11 2010 til nævnet, at han i forbindelse med kræften i 2006 ikke var sygemeldt fra sit arbejde, hvorfor han stiller sig uforstående over for, at forsikringen med forsikringsbetingelser nr. 110-77 er stoppet. Derudover fremgår bl.a. af brevet:

"Anvendelsen af begrebet tilbagefald er uklart som det er anvendt, idet udtrykket tydeligvis kan forstås på flere måder. Jeg forstår det som genopståen af samme sygdom - et tilbagefald til samme tilstand - altså genopståen af eksakt samme sygdomstilfælde - i dette tilfælde samme type kræft. Det er ikke hvad Danica forsøger at udtrykke - Danicas udlægning af tilbagefald dækker over tilbagefald til sygdommen kræft uden skelen til hvilken form for kræft der er tale om. Denne udlægning af tilbagefald er unuanceret, bredt formuleret og ikke korrekt. Denne anvendelse af tilbagefald er årsag til misforståelse og fejlopfattelse."

Af selskabets brev af 12/11 2010 til nævnet fremgår bl.a.:

"Det kan i nærværende sag lægges til grund, at

- [Klager] den 1. december 2006 fik udbetalt 125.500 kr. i sum ved kritisk sygdom pga. kræft i tarmen,
- [Klager] valgte at fortsætte sin forsikring med dækning for visse kritiske sygdomme,
- [Klager] i december 2009 anmeldte (bilag …) ny kritisk sygdom, idet han i november 2009 havde faet konstateret kræft i spiserøret (bilag …).

[Klager] var den 1. december 2006, da han fik udbetalt sum ved kritisk sygdom, omfattet af forsikringsbetingelser nr. 110-77 (bilag …) …

Definitionen af kræft i forsikringsbetingelser nr. 110-77 og 110-78 er defineret som en ondartet svulst med ukontrolleret vækst der kan sprede sig og med føre dattersvulster i andre væv og organer.

Ændringen i ordlyden af forsikringsbetingelserne ændrer ikke ved, at dækning af kritisk sygdom som er diagnosticeret forud for indtræden i forsikringen, ikke kan medføre fornyet udbetaling, idet der alene er tale om en sproglig ændring fra at 'fortsætte forsikringen' til at 'træde ind i forsikringen' (muligheden for at oprette en ny forsikring).

Det afgørende er, at forsikringen ophører ved udbetaling, men kan fortsættes/nytegnes under visse vilkår ved at genindtræde. Betingelserne om at være rask og genoptage sit arbejde, har alene til formål at præcisere, hvem der kan genindtræde efter en udbetaling.

Det er i forløbet ikke bestridt, at [klager] er genindtrådt i forsikringen.

Ved fortsættelsen af forsikringen, er [klager] således ikke berettiget til at modtage udbetaling efter punkt 1, kræft, på ny, idet der alene er gået 4 år siden [klager] modtog sum for kritisk sygdom pga. diagnosticeret kræft i tarmen.

Det er naturligvis beklageligt at [klager] oplever, at Danica ikke har fået meddelt dette på tilstrækkelig vis, og at Danica har slået tvivl om forsikringens gyldighed. Det er vor opfattelse, at forsikringen fortsat kan være relevant efter en udbetaling, idet den fortsat dækker flere andre kritiske sygdomme end kræft."

Af forsikringsbetingelserne med nummer 110-77, som trådte i kraft den 1/1 2004, fremgår:

"Uanset om der diagnosticeres flere kritisk sygdomme på samme tid, udbetales forsikringsydelsen kun en gang. Når forsikringsydelsen er udbetalt, ophører dækningen.

Forsikringen kan dog fortsætte, hvis forsikrede ikke (længere) er sygemeldt og har genoptaget sit arbejde (arbejder som tidligere).

Forsikringen giver imidlertid ikke ret til udbetaling for kritisk sygdom, som er diagnosticeret inden tidspunktet for forsikringens fortsættelse, ligesom forsikringen ikke længere giver ret til udbetaling efter det punkt, i afsnit om hvad er kritisk sygdom, som der allerede er sket udbetaling efter. Er der sket udbetaling efter punkt 1. Kræft, i afsnit om hvad er kritisk sygdom, og er der gået mindst 7 år siden behandlingen er afsluttet (kontrolbesøg er ikke behandling), og der ikke er konstateret tilbagefald i denne periode, vil der dog være ret til udbetaling ved en ny kræftlidelse efter punkt 1. Der kan dog aldrig ske udbetaling for mere end 2 kræftlidelser."

Af forsikringsbetingelserne med nummer 110-78, som trådte i kraft den 1/6 2008, fremgår:

"Vi udbetaler dækningen ved Kritisk Sygdom, når karensperioden slutter. Vi udbetaler kun dækningen en gang, også selvom den forsikrede får flere kritiske sygdomme på samme tid.

Dækningen ophører, når den forsikrede har fået en udbetaling. Imidlertid har den forsikrede mulighed for at oprette en ny forsikring, hvis han/hun bliver rask og genoptager sit arbejde og arbejder i samme omfang som tidligere.
…
Undtagelser efter en kritisk sygdom før forsikringens start
Har eller har den forsikrede haft en kritisk sygdom, før han/hun træder ind i forsikringen, udbetaler vi ikke dækning som beskrevet under det tilsvarende punkt i afsnittet 'Kritiske sygdomme, der giver ret til en udbetaling' . Dog er der følgende særlige regler for punkt 1. Kræft og skærpede vilkår for de sygdomme, der er beskrevet under punkterne 3, 4, 5 og 6.

Kræft
Har den forsikrede haft kræft, kan han/hun få udbetalt en dækning efter punkt 1. Kræft, hvis
- der er gået mindst syv år, siden behandlingen for den første sygdom blev afsluttet - kontrolbesøg tæller ikke som behandling
- der ikke er konstateret tilbagefald i de syv år, der er gået, siden behandlingen sluttede."

Nævnet udtaler:
Nævnet lægger som ubestridt til grund, at klageren i 2006 fik udbetalt sum ved kritisk sygdom i forbindelse med, at han fik diagnosticeret kræft i tyktarmen, og at han herefter valgte at fortsætte forsikringen.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet, efter at klageren i 2009 fik konstateret kræft i spiserøret, har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at der ikke er gået 7 år siden, at behandlingen af tyktarmskræft afsluttedes.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
udskriften bekræftes

Henning Jønsson