908/13

Den 4. februar 2013 blev i sag nr. 82.811:

xxxx xxxx xxxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx xxxxx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikrede har i tilknytning til en firmapensionsordning forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme i Danica Pension. Han klager over størrelsen af den forsikringssum, som selskabet har udbetalt i anledning af en anmeldt kritisk sygdom (prostatakræft).

Klageren kræver i alt 450.700 kr. Selskabet henviser til, at klagerens diagnose er stillet før forsikringens ikrafttræden, og at den allerede foretagne udbetaling på 138.200 kr. således er sket per kulance. Det er selskabets opfattelse, at aftaleforholdet mellem klageren og selskabet ikke berettiger til yderligere udbetaling, ligesom selskabet ikke har pådraget sig et rådgiveransvar.

Af klagen, som nævnet har modtaget den 29/6 2012, fremgår bl.a.:

> "Jeg indtræder i firmapensionsaftalen med Danica Pension den 1. november 2011 jv. Vedlagte dækningsoversigt. Jeg ønsker at tegne en obligatorisk dækning på kritisk sygdom på kr. 450.700,-. Jeg har muligheden for at tegne en dækning på kr. 138.200,, kr. 249.800,- eller kr. 450.700,-. I forbindelse med oprettelsen meddeler jeg Danica Pension (…), at jeg ønsker en dækning på kr. 450.700,-. Jeg får straks telefonisk besked på, at dette ikke kan lade sig gøre uden nogen form for yderligere forklaring, hvilket jeg er meget forundret over.
> I forsikringsbetingelserne står ellers, at såfremt forsikringen er en del af obligatorisk arbejdsgiverordning, træder den i kraft den dag gruppemedlemmet indtræder i ordningen ifølge gruppeaftalen, datoen står i dækningsoversigten - (I mit tilfælde 1. november 2011). De oplysninger, forsikrede giver i helbredserklæringen, skal være tilfredsstillende efter Danica Pensions skøn. Der står desuden, såfremt forsikringen ikke kan accepteres på normale be-

tingelser sender Danica Pension et tilbud med oplysninger om, på hvilke betingelser den kan tegnes.
Jeg har aldrig udfyldt helbredsoplysninger og er heller aldrig bedt om det og er derfor helt uforstående overfor, hvorfor Danica Pension telefonisk kan nægte mig at tegne en obligatorisk dækning på kr. 450.700,-.
Jeg får diagnosticeret prostatakræft og anmelder dette til Danica Pension. Danica Pension skriver til mig, at de ønsker yderligere oplysninger fra … Universitetshospital for at se, om jeg opfylder betingelserne for udbetaling.
De skriver senere til mig, efter at have modtaget journaloplysninger, at jeg opfylder betingelserne for udbetaling.
Jeg klager herefter til Danica Pension over, at jeg har fået forkert rådgivning i forbindelse med oprettelsen af ordningen, hvilket har resulteret i, at jeg har lidt et tab på kr. 312.500,-, hvilket er differencen mellem den lave og den høje dækning. Juristen hos Danica Pension skriver til mig, at jeg først er indmeldt i ordningen i januar 2012, og den forkerte rådgivning fra … ikke har resulteret i for lille udbetaling. På dækningsoversigten står, at jeg er indmeldt der 1. november 2011. Min diagnose er i henhold til brev fra Danica Pension stillet den 13. november 2011, Min diagnose er derfor stillet i forsikringstiden og jeg vil derfor være berettiget til udbetaling af den store dækning."

Heroverfor har selskabet i brev af 13/8 2012 til nævnet anført:

"**Sagsforløb**
[Klageren] blev ansat i … A/S den 1. august 2011 og skulle i henhold til firmapensionsaftalen mellem Danica Pension og … A/S indtræde i den obligatoriske ordning pr. den 1. november 2011.

På baggrund af oplysningerne fra arbejdsgiver kontaktede Danica Pensions rådgiver, …, primo januar 2012 [klageren] med henblik på oprettelse af en firma- pensionsordning for ham.

[Klageren] ønskede ikke et personligt rådgivningsmøde, idet han tilkendegav at være vidende på området. På baggrund af telefonsamtalen udarbejdede og fremsendte Danica Pensions rådgiver derfor en begæring til [klagerens] underskrift. Begæringen var udfyldt i overensstemmelse med de ønsker, [klageren] havde givet udtryk for under telefonsamtalen. Samtidig fremsendtes en helbredserklæring til brug for Danica Pensions antagelse af forsikringen.

[Klageren] oplyste under telefonsamtalen, at han var blevet diagnosticeret med kræft. Efter aftale fremsendtes derfor også en skadeanmeldelse sammen med begæringen og helbredserklæringen.

Af begæringen fremgik blandt andet, at [klageren] ønskede at oprette en dækning ved visse kritiske sygdomme på 138.200 kroner. Kopi af begæringen og helbredserklæringen fremlægges som bilag ...

Efter fremsendelsen af begæringen, helbredserklæringen og skadeanmeldelsen til [klageren], talte Danica Pensions rådgiver, …, med ham om i hvilken rækkefølge dokumenterne skulle udfyldes og returneres. [Klageren] gav i denne forbindelse ikke udtryk for, at han ønskede en større dækning ved visse kritiske sygdomme.

[Klageren] underskrev den 17. januar 2012 begæringen og helbredserklæringen og returnerede dem til Danica Pension, der den 24. januar 2012 oprettede pensionsordningen i over-

ensstemmelse hermed, herunder med en dækning ved visse kritiske sygdomme på 138.200 kroner. Kopi af dækningsoversigten samt forsikringsbetingelserne fremlægges som bilag ...

[Klageren] kontaktede efterfølgende Danica Pension med henblik på oprettelse af den under firmapensionsaftalen størst mulige dækning ved visse kritiske sygdomme på 450.700 kroner. Danica Pension afviste indledningsvis dette med begrundelsen, at [klageren] ikke kunne afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger.

Efterfølgende er [klageren] imidlertid blevet tilbudt oprettelse af denne forhøjede dækning dog med klausul for kræft og under forudsætning af, at [klageren] i øvrigt kan afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger. Danica Pension afventer i den henseende pt. yderligere oplysninger fra [klageren].

Vores vurdering
[Klageren] oplyste på skadeanmeldelsen, at kræftdiagnosen blev stillet den 3. november 2011. I forbindelse med Danica Pensions behandling af skadesagen blev der indhentet yderligere lægelige akter, og på baggrund af disse har Danica Pensions lægekonsulenter vurderet, at [klageren] fik stillet diagnosen allerede den 13. oktober 2011.

[Klageren] har i sin klage til Ankenævnet anført, at 'Min diagnose er i henhold til brev fra Danica Pension stillet den 13. november 2011'. Dette henviser til Danica Pensions brev af den 13. april 2012, hvor der ved en fejl var skrevet, at diagnosetidspunktet efter vores vurdering måtte være den 13. november 2012 og ikke rettelig 13. oktober 2012.

Læst i en sammenhæng forekommer det dog tydeligt, at der var tale om et fejlskrift, og Danica Pension fremsendte da også den 10. maj 2012 et korrigerende brev, som [klageren] dog har undladt at fremlægge for Ankenævnet eller i øvrigt henlede opmærksomheden på. Danica Pensions brev af den 10. maj 2012 fremlægges som vores bilag ...

Af brevet fremgik, at rette diagnosetidspunktet efter Danica Pensions vurdering allerede var den 13. oktober 2011 og altså ikke 13. november 2011 som anført i den foregående brev til [klageren].

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, det er en forudsætning for udbetaling ved visse kritiske sygdomme, at lægen stiller diagnosen, efter forsikringen er trådt i kraft.

[Klageren] omfattedes ikke af firmapensionsaftalen før den 1. november 2011, og da han allerede i oktober 2011 fik stillet sin kræftdiagnose, ligger forsikringsbegivenheden forud for forsikringens ikrafttræden.

Allerede af den grund er [klageren] efter vores opfattelse ikke berettiget til udbetaling fra dækning ved visse kritiske sygdomme. Dette gælder uanset, om forsikringen i januar 2012 var blevet oprettet med en engangsudbetaling på 138.200 kroner eller 450.700 kroner.

Danica Pension har dog, som beskrevet i vores brev fra den 30. marts 2012, valgt pr. kulance at yde dækning på 138.200 kroner i tilfælde som den foreliggende, uanset at forsikringsbegivenheden ikke ligger i forsikringstiden. I disse tilfælde sker en udbetaling svarende til den laveste dækningsmulighed for dækning ved visse kritiske sygdomme på 138.200 kroner.

Hvis [klageren] ved indtegningen havde anmodet om den højest mulige dækning ved visse kritiske sygdomme i stedet for en dækning på 138.200 kroner og fået oprettet sin forsikring i

overensstemmelse hermed, ville han fortsat alene have fået udbetalt 138.200 kroner fra Danica Pension.

Dette skyldes som beskrevet, at [klageren] ikke opfylder forsikringsbetingelserne for udbetaling, og den udbetaling, der er foretaget, er sket pr. kulance og således efter Danica Pensions egen fastsættelse.

Danica Pension skal på baggrund af ovenstående fastholde, at [klageren] ikke er berettiget til udbetaling ved visse kritiske sygdomme på i alt 450.700 kroner fra Danica Pension. Den ydede rådgivning i forbindelse med oprettelsen eller efterfølgende berettiger heller ikke [klageren] til yderligere udbetaling.

Afslutningsvis skal det på ny nævnes, at Danica Pension efter oprettelsen har tilbudt [klageren] oprettelse af yderligere dækning, og at denne sag afventer yderligere oplysninger fra [klageren]."

Hertil har klageren i brev af 22/8 2012 til nævnet bemærket:

"Jeg fastholder stadig mit krav på yderligere kr. 312.500,- på grund af forkert rådgivning.

Mine kommentarer til Danica Pensions brev til Ankenævnet for Forsikring.

Danica Pension skriver, at beløbet kr. 138.200,- er udbetalt pr. Kulance og at jeg efter deres opfattelse ikke er berettiget til udbetaling fra dækning ved kritiske sygdomme.

I brev af 20. februar 2012 (kopi vedlægges), hvor beløbet bliver udbetalt, skriver Danica Pension, at jeg opfylder betingelserne for udbetaling fra dækning ved visse kritiske sygdomme. Det er efter min mening modstridende.

Danica Pension skriver på side 2 afsnit 5, at jeg efterfølgende kontaktede Danica Pension med ønske om oprettelse af den høje dækning. Det skal her nævnes, at henvendelse sker inden oprettelsen, den 24. januar 2012. Det er selvfølgelig også derfor Danica Pension deler min henvendelse op i afsnit 5 (inden oprettelsen) og afsnit 6 (efter oprettelsen).

Danica Pension har ikke fulgt forsikringsbetingelserne for oprettelse af pensionsordningen ved mundtlig at afslå oprettelse af højeste dækning. Danica Pension skulle have fremsendt helbredserklæring og herefter fremsendt tilbud med oplysninger om, på hvilke betingelser forsikringen kunne oprettes, hvis den ikke kunne oprettes på normale vilkår. Det gjorde Danica Pension ikke. Danica Pension har - efter min mening - hele tiden vidst, at jeg var berettiget til den høje dækning. Det er meget iøjnefaldende, at Danica Pension nu - efter ordningen er oprettet - fremsender helbredsoplysninger og tilbyder den forhøjede dækning, hvis helbredsoplysningerne er tilfredsstillende.

Jeg mener, at så længe ordningen ikke er etableret må der være mulighed for at ændre i den. Så sent som 13. februar 2012 sender assurandør … mig en mail vedhæftet møderapporten, hvori han skriver, at hvis der i rapporten er noget, som ikke stemmer overens, skal jeg kontakte dem. Det er det jeg har gjort men uden resultat. (kopi af mail vedlægges)."

Efterfølgende har selskabet i brev af 19/9 2012 til nævnet anført:

"Det understreges på ny, at såfremt [klageren] ved forsikringens oprettelse eller i øvrigt inden oprettelsen havde anmodet om oprettelse af den højest mulige dækning ved visse kritiske sygdomme, havde han fortsat ikke været berettiget til udbetaling af en højere ydelse end 138.200 kroner.

Dette følger af, at [klageren] ikke opfylder forsikringsbetingelserne for udbetaling af visse kritiske sygdomme, idet sygdommen er diagnosticeret inden forsikringens ikrafttræden.

Danica Pension har i denne sag accepteret at foretage en udbetaling ved visse kritiske sygdomme på den laveste udbetalingsmulighed i dækningsspændet, svarende til 138.200 kroner, uanset, at [klageren] ikke opfylder betingelserne herfor.

Det er vores opfattelse, at Danica Pension ikke ved brevet af den 20. februar 2012 eller sagens forløb i øvrigt har forpligtet sig til at yde en højere dækning end kulanceudbetalingen på 138.200 kroner.

På baggrund af ovenstående og under henvisning til vores brev fra den 13. august 2012 og sagens materiale i øvrigt fastholdes, at [klageren] ikke er berettiget til yderligere udbetaling ved visse kritiske sygdomme fra Danica Pension."

Nævnet har fået forelagt de bilag, parterne har fremlagt, herunder journaludskrift fra det behandlende sygehus. Af journaludskriften fremgår bl.a.:

"**13-10-2011**
…
Pt. henvises fra … Sygehus mhp. stillingtagen til intenderet kurativ behandling pga. nyopdaget prostatacancer. Pt. havde primær PSA på 3,9, han har kun fået taget 2 biopsier fra prostata, da han ikke kunne være med til yderligere. I dem har man i den ene fundet nede fra venstre spids adenokarcinom med Gleason score 6 og samlet længde på 6 mm. Der er ikke foretaget knoglescintigrafi."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Dækning ved visse kritiske sygdomme**

Du kan her læse, hvilke regler der gælder for Dækning ved visse kritiske sygdomme.

Før vi udbetaler dækning ved kritisk sygdom
For at vi kan udbetale dækningen, skal

- den forsikrede have en diagnose på en af de kritiske sygdomme, der giver ret til udbetaling ifølge afsnittet 'Kritiske sygdomme, der giver ret til en udbetaling' - en fejldiagnose giver ikke ret til en udbetaling
- diagnosen stilles af en læge i Danmark
- lægen stille diagnosen, efter forsikringen er trådt i kraft
- dækningen ved kritisk sygdom være i kraft, når lægen stiller diagnosen - stilles diagnosen, efter dækningen af den ene eller den anden grund er faldet væk, har den forsikrede
- ikke ret til udbetaling
- den forsikrede være i live ved karensperiodens udløb - se dækningsoversigten.

...

6. 82.811

Kritiske sygdomme, der giver ret til en udbetaling
Du kan her se, hvilke kritiske sygdomme der kan give ret til en udbetaling.
…
Kræft
Forsikringen dækker ondartede kræftsvulster, der vokser ukontrolleret ind i normalt væv. Eventuelt kan det være ondartede celler, der spreder sig, så der kommer dattersvulster i andet væv eller andre organer. Derudover er modermærkekræft samt alvorlige former af leukæmi og lymfeknudekræft også dækket.

Diagnosen skal være bekræftet på en patologisk-anatomisk hospitalsafdeling eller af en speciallæge i vævs- og celleundersøgelse med en mikroskopi af enten væv eller en celleprøve."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet at måtte lægge til grund, at klagerens diagnose er stillet før forsikringstidens begyndelse.

Når dette er tilfældet, har klageren ikke retskrav på erstatning. Nævnet kan allerede af denne grund ikke pålægge selskabet nogen dækningsforpligtelse.

Det, som klageren i øvrigt har anført, findes ikke at kunne føre til et andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Henning Jønsson