Ankenævnet for Forsikring

919/13

Den 24. juni 2013 blev i sag nr. 83.791:

xxxxx xxxxxx
xxx xxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring med dækning for visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Hun klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at dække advokatomkostninger.

Klageren anmeldte, at hun havde fået modermærkekræft. Selskabet afviste dækning, men valgte senere at udbetale dækningssummen efter henvendelse fra klagerens advokat. Tvisten for nævnet angår, om selskabet skal betale klagerens advokatomkostninger.

Klageren ansøgte den 4/7 2012 om udbetaling ved visse kritiske sygdomme. Af ansøgningen fremgår bl.a.:

"**1. Hvad er sygdommens navn?**
Modermærkekræft

2. Hvornår blev du syg?
(dato og år eller evt. diagnosedato)
Diagnosedato: 4-6-12
...
6. Har du tidligere haft en kritisk sygdom ☐ Nej ☒ Ja

Hvis ja: Hvilken ? Livmoderkræft
Hvornår? 1-11-04
...

Ansat fra den: 01.01.2008."

I selskabets svar af den 6/8 2012 til klageren fremgår bl.a.:

"Det fremgår af ansøgningsskemaet, at du fik konstateret kræft i kvindelige kønsorganer den 22.10.2004.

Ifølge de vedlagte forsikringsbetingelser § 2, stk. 1, er det en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden.

Dækning ved kritisk sygdom blev tilkoblet gruppelivsaftale ... i dit tilfælde den 01.01.2008, hvilket vil sige, at forsikringstiden for denne gruppelivsaftale startede den 01.01.2008.

Da din diagnose er stillet den 22.10.2004, har du fået konstateret en kritisk sygdom inden forsikringstidens begyndelse, og du er dermed ikke omfattet af dækning ved kritisk sygdom med diagnosen kræft, jf. vedlagte forsikringsbetingelser § 7 A og § 2, stk. 2.

Det gælder dog, jf. forsikringsbetingelserne § 2, stk. 3, at hvis kræftdiagnosen er stillet inden forsikringstidens begyndelse, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en dækningsberettiget kræftsygdom. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i nævnte periode.

Du opfylder derfor ikke betingelserne for udbetaling ved kritisk sygdom, og vi kan ikke udbetale forsikringssummen.

Så længe du er omfattet af gruppelivsaftalen, vil du stadig være dækket ved kritisk sygdom - bortset fra § 7 A.

Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os."

Klagerens advokat anførte i brev af den 15/10 2012 til selskabet herefter bl.a.:

"I ovennævnte sag har [klageren] bedt mig være behjælpelig.

De lægger i Deres brev af 6.8.2012 til grund, at 'dækning ved kritisk sygdom blev tilkoblet gruppelivsaftale ... i dit tilfælde den 01.01.2008'.

Jeg skal i første omgang venligst anmode Dem om at dokumentere nærmere, at denne oplysning er korrekt."

Selskabet anførte i brev af den 24/10 2012 til klagerens advokat heroverfor bl.a.:

"Vi har modtaget brev fra ... Advokater af 15. oktober 2012.

Vi har efterfølgende gennemgået sagen på ny, og har vurderet dig berettiget til udbetaling af forsikringssummen efter forsikringsbetingelserne § 8 A Kræft."

Klagerens advokat bemærkede i brev af den 25/10 2012 til selskabet heroverfor bl.a.:

"For god ordens skyld skal jeg venligst bede Dem dokumentere/redegøre for beregningen af forsikringssummen. Samtidig skal jeg anmode om Deres tilsagn til dækning af rimelige og

nødvendige udgifter til advokatbistand, jf. forsikringsaftalelovens § 32 stk. 3. Jeg kan i den forbindelse oplyse, at jeg har gennemgået sagen, haft møde og telefonsamtaler med min klient, samt korresponderet med Dem."

Selskabet anførte i brev af den 29/10 2012 til klagerens advokat heroverfor bl.a.:

"Det påhviler gruppeledelsen, her ... Kommune, at give de kommunalt ansatte lærere information om, hvorledes de er dækket i henhold til overenskomsten. Forsikringsoversigten for de kommunalt ansatte lærere findes også på FGs hjemmeside

Det har således ikke været nødvendigt for [klageren] at antage advokat for at få genoptaget sagen samt få dokumentation for forsikringssummens størrelse.

Der kan derfor ikke gives tilsagn om at dække udgifter til advokat."

Klagerens advokat anførte i brev af den 5/11 2012 til selskabet heroverfor bl.a.:

"Samtidig meddeler De afslag på dækning af nødvendige udgifter til advokatbistand med den begrundelse, at det påhviler gruppeledelsen, her ... Kommune, at give de kommunalt ansatte lærere information om, hvorledes de er dækket i henhold til overenskomsten.

Jeg skal i den forbindelse venligst gøre opmærksom på, at Forenede Gruppeliv i første omgang gav afslag på et forkert grundlag, og uden at oplyse min klient om, hvor hun skulle søge råd og vejledning om afgørelsen, eller at der var mulighed for at bede om at få sagen genoptaget. Jeg henviser til Forenede Gruppelivs brev af 6.8.2012.

Min klient så således ingen anden mulighed end at kontakte advokat. Jeg beder Dem derfor genoverveje at give tilsagn om dækning af rimelige nødvendige udgifter til advokatbistand."

Selskabet bemærkede i brev af den 6/11 2012 til klagerens advokat heroverfor bl.a.:

"Det skal også tilføjes, at vi ikke i første omgang - som du anfører i dit brev, gav afslag på forkert grundlag. Vores afgørelse om, at forsikringssummen alligevel kunne udbetales, beroede på en samlet vurdering af omstændighederne i sagen."

Klagerens advokat indbragte efterfølgende sagen for nævnet. I brev til nævnet af den 21/12 2012 har klagerens advokat bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**
Min klient ansøgte om dækning for kritisk sygdom idet hun tilbage i 2004 havde fået konstateret kræft.

Ved brev af 6.8.2012 (bilag ...) afviste Forenede Gruppeliv at udbetale forsikringssummen. Forenede Gruppeliv henviste til, at i henhold til gruppelivsaftale ... var dækningen for kritisk sygdom som følge af diagnosen kræft ikke omfattet af forsikringen, idet forsikringsdækning for kritisk sygdom først var trådt i kraft i 2008 og diagnosen stillet i 2004, dvs. før forsikringstidens begyndelse.

Min klient kontakter herefter mig, og jeg anmoder ved brev af 15.10.2012 (bilag ...) Forenede Gruppeliv om at dokumentere den i Forenede Gruppelivs brev af 6.8.2012 indlagte forud-

sætning, at 'dækning ved kritisk sygdom blev tilkoblet gruppelivsaftale ... i dit tilfælde den 01.01.2008'.

Herefter vælger Forenede Gruppeliv ved brev af 24.10.2012 (bilag ...) uden videre at udbetale kr. 100.000. Ved brev af 25.10.2012 (bilag ...) anmoder jeg på min klients vegne om dokumentation/redegørelse for forsikringssummens størrelse, idet denne ikke fremgår af det tidligere modtagne materiale. Samtidig anmoder jeg om dækning af rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand.

Ved brev af 29.10.2012 (bilag ...) besvarer Forenede Gruppeliv min henvendelse og medsender forsikringsoversigt, hvoraf forsikringssummens størrelse fremgår.

Samtidig afviser Forenede Gruppeliv at det har været nødvendigt at antage advokat, og afviser derfor dækning af nødvendige og rimelige udgifter til advokatbistand.

Ved brev af 5.11.2012 (bilag ...) anmoder jeg Forenede Gruppeliv om at genoverveje dækning af nødvendige og rimelige udgifter til advokatbistand. I den forbindelse henviser jeg til, at Forenede Gruppeliv i første omgang gav afslag på forkert grundlag, og uden at oplyse min klient om, hvor hun skulle søge råd og vejledning om afgørelsen, eller at der var mulighed for at bede om at få sagen genoptaget. Min klient havde ingen anden mulighed end at henvende sig til en advokat.

Forenede Gruppeliv afviser ved brev af 6.11.2012 (bilag ...) fortsat at dække udgifter til advokatbistand.

Påstand
På ovennævnte baggrund er det klagers påstand, at Forenede Gruppeliv skal dække rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand jf. forsikringsaftalelovens § 32 stk. 3."

Selskabet har i brev af den 29/1 2013 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"Klageren har siden 1. januar 2008 været omfattet af en gruppelivsforsikring med dækning ved kritisk sygdom (bilag ...) i forbindelse med ansættelse som skolelærer i ... Kommune. Klager var tidligere omfattet af gruppelivsforsikringen via ansættelse som skolelærer i ... Kommune.

Forsikringsbetingelserne for dækningen fremgår af bilag ...

Det fremgår af bilag ..., at klager den 4. juli 2012 søgte om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt, idet klageren havde fået diagnosticeret kræft i juni 2012. Ansøgningsskemaet blev modtaget i FG 30. juli 2012. Det fremgår også af bilag ..., at klager havde haft livmoderkræft i november 2004.

Inden FG modtog ansøgningsskemaet, havde klager haft telefonisk kontakt med FG henholdsvis 4. juli 2012 og 10. juli 2012 for råd og vejledning i forbindelse med ansøgningen.

Det står i § 2, stk. 1 i bilag ..., at det er en betingelse for udbetaling, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden. Af § 2, stk. 2 i samme bilag fremgår, at forsikringsdækningen ikke omfatter de kritiske sygdomme, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse.

For kræft er anført en undtagelse til ovenfor anførte bestemmelse i § 2, stk. 3, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom.
...
Det fremgår af journaloplysningerne i bilag ..., at klager i efteråret 2004 var under udredning pga. vaginale blødningsforstyrrelser. En celleprøve viste i oktober 2004, at der var celleforandringer i uteri (livmoderen). Klager fik fjernet uteri 1. november 2004 og den patologiske undersøgelse viste 9. november 2004, at diagnosen var kræft.

Det fremgår også af bilag ..., at klager fik diagnosticeret malignt melanom (modermærkekræft) ved patologisk undersøgelse af fjernet væv 22. maj 2012.

Da klagers første kræftdiagnose blev stillet 1. november 2004 og sammenholdt med, at klager ikke kom under undtagelsesbestemmelsen i § 2, stk. 3 i bilag ..., kunne vi ikke imødekomme klagers ønske om udbetaling af forsikringssummen, hvilket vi meddelte klager ved brev af 6. august 2012 (bilag ...)

Vi modtog først henvendelse fra klager 17. oktober 2012 i brev fra ... Advokater med forespørgsel om dækningsperioden for klagers gruppelivsforsikring (bilag ...). Svar blev givet i brev af 24. oktober 2012 (bilag ...). Før svar blev givet, havde vi gennemgået sagen igen, og med bl.a. begrundelse i, at klager på tidspunktet for den første kræftdiagnose i november 2004, var omfattet af gruppelivsforsikringen, at klager var fratrådt pga. sygdom i 2005 og på den baggrund havde været berettiget til præmiefritagelse i op til tre år, samt at klager var indtrådt i gruppelivsforsikringen igen i januar 2008, valgte vi at udbetale forsikringssummen - se bilag ...

Vi modtog efterfølgende brev og mail fra ... Advokater (bilag ...) med anmodning om dokumentation/redegørelse for forsikringssummens størrelse, samt anmodning om dækning for klagers udgifter til advokat. Svar til ... Advokater vedlægges som bilag ..., hvor det fastholdes, at vi ikke ville dække klagers udgift til advokat, da det efter vores vurdering, ikke havde været nødvendigt og rimeligt - set i forhold til kravets omfang og sagens beskaffenhed, at klager valgte at benytte advokatbistand. Derudover var sagens udfald ikke betinget af bistand fra advokat.

Det måtte også være klart for klager, at det mest nærliggende var at rette henvendelse til FG for at søge råd og vejledning vedrørende afgørelsen, samt anmode om genbehandling af sagen. Som tidligere beskrevet, havde klager ved tidligere lejligheder rettet henvendelse til FG med henblik på råd og vejledning.

Ifølge forsikringsaftaleloven § 32, stk. 3, kan den sikrede i forbindelse med udenretlig fremsættelse af krav mod et selskab, kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet. Det fremgår imidlertid af lovens forarbejder, at det ikke med indsættelse af § 32, stk. 3, havde været hensigten at ændre det hidtidige udgangspunkt, hvorefter hver part bærer egne omkostninger.

Det er fortsat vores opfattelse, at FGs sagsbehandling ikke nødvendiggjorde advokatbistand, og vi mener ikke, at FG skal pålægges at dække de af ... Advokater krævede udgifter hertil."

Af klagerens patientjournal fremgår bl.a.:

"**Da: 22 10 2004**

...
Aktionsdiagnose:
A DN921 Metrorrhagia

EPIKRISE:
Visitationsnotat:
histologi viser endometrium med adenokarcinomceller.
...
DA: 06 06 2012
...
Aktionsdiagnose:
A DC437 Malignt melanom i hud på underekstremitet."

Af forsikringsoversigten fremgår bl.a.:

"**Forsikringssummer**
...
Kritisk sygdom: Hvis du inden udgangen af den måned, hvor du fylder 67 år, får en kritisk sygdom, udbetaler vi en forsikringssum på 100.000 kr."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 1.** Forsikringen dækker de sygdomme/diagnoser, der er nævnt i § 7 A-V.

Der udbetales den forsikringssum, som var gældende den dag, hvor sygdommen blev diagnosticeret.

§ 2. Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karensperiode. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringstid og eventuel karensperiode fremgår af gruppelivsaftalen.

Forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse.

For § 7 A (kræft) gælder, at hvis forsikrede Inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom.
...
§ 7. 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 akut leukæmi, kronisk myeloid leukæmi, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi i stadium III og IV (high risk/stadie B og C), myelomatose, lymfomer (lymfeknudekræft), Hodgkin's sygdom i stadie II-IV, essentiel trombocytose, polycytæmia vera og myelofibrose. Desuden dækkes malignt melanom (modermærkekræft)."

7. 83.791

Nævnet udtaler:
Selskabet valgte efter advokatens mellemkomst at yde forsikringsdækning på baggrund af en samlet vurdering af sagens omstændigheder.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabets sagsbehandling ikke har nødvendiggjort advokatbistand. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at dække klagerens advokatomkostninger.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand