933/14

Den 17. februar 2014 blev i sag nr. 84.718:

xxxx xxxxxx
xxxxxxxxx xx
xxxx xxxxx xxxx

mod

Codan Forsikring A/S
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft behandlingsforsikring med dækning for visse kritiske sygdomme i Codan Forsikring A/S. Hun klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning ved anmeldt kritisk sygdom.

Det fremgår af sagen, at klageren den 16/9 2012 anmeldte, at hun havde fået konstateret brystkræft. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at hun først anmeldte sit krav mere end 6 måneder efter ophørstidspunktet.

I klageskemaet dateret den 6/7 2013 har klageren bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**
…
Jeg blev efter frivillig mammografi-screening, den 04.06.10 ved brev få dage efter indkaldt af … Sygehus til opfølgende undersøgelse - denne undersøgelse blev få dage efter af … Sygehus udsat til 30. juni 2010, hvorfor jeg valgte at benytte mig af vores firmabetalte sundhedsforsikring. Var bekymret efter at have modtaget den hurtige indkaldelse.
Jeg blev af Codan henvist til [privathospital], der foretog undersøgelsen samme dag, som jeg oprindeligt skulle have været til …
Jeg ringede til … Sygehus og aflyste tiden den 30/6 2010 efter besøget i [privathospital] og fortalte i denne forbindelse, at man fra [privathospitalets] side godt kunne forstå, jeg var indkaldt til yderligere undersøgelse, men at man havde fundet alt i orden.

Ved mammografi-screening 11/7 2012, efterfølgende indkaldelse til yderligere undersøgelse samt biopsi konstateres kræft i brystet.

2. 84.718

Ifølge … Sygehus havde [privathospitalet] … ikke rekvireret billeder fra [sygehuset] og ej heller taget tilstrækkelig dybe billeder, hvor tumor-området kunne have været klarlagt.
Det er først og fremmest denne undersøgelse jeg vil påklage, da jeg ikke mener der er udvist tilstrækkelig omhu - dels på grund af manglende rekvirering af billeder fra [sygehuset] og dels på grund af dårlig røntgenoptagelse.

Min klage går på den manglende kompetence hos Codan Cares underleverandør [privathospitalet]. Ifølge modtagne ekspertudtalelser var der synlige tegn på en tumor på billeder taget af [privathospitalet].

Det vil sige, at sygdommen var konstateret i 2010, hvis [privathospitalet] havde været tilstrækkelige kompetente. Begivenheden havde således været konstateret mens forsikringen var i kraft (opsagt af Codan pr. 1/1 2012 (ophør med forsikringstype)

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg ønsker erstatning for kritisk sygdom i henhold til policen, ca. kr. 120.000.

Kunne diskutere et yderligere krav på grund af de gener, der har været ved en forværring af tilstanden fra 2010 til 2012, gener ved behandlingsforløb og de gener jeg nu har og nok kommer til at leve med resten af livet, men fastholder overfor Codan umiddelbart kun udbetaling af beløb for kritisk sygdom."

Selskabet har i brev af den 15/7 2013 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"Klageren oplyste d. 11.06.2010 telefonisk, at hun havde fået foretaget en mammografi, hvilken gav anledning til yderligere undersøgelser. Vi har i brev af 11.06. anerkendt at afholde udgiften til denne undersøgelse.

Undersøgelsen fandt sted på [privathospitalet] d. 16.06.2010, og der blev ikke fundet noget suspekt.

I brev af 16.09.2012 foretager klageren anmeldelse af kritisk sygdom, idet der ved en undersøgelse på … Sygehus er konstateret en tumor i hendes venstre bryst.

Klageren anfører i sit brev, at hun er bekendt med, at dækningen for sumudbetaling er ophørt pr. 01.01.2012, og at anmeldelse skal ske senest 6 måneder efter policens ophør. Hun henviser imidlertid til, at det privathospital, Codan har henvist til, har begået fejl, idet man har overset den pågældende tumor.

Vi har i brev af 26.09. meddelt klageren, at forudsætningen for sumudbetaling ikke er til stede, idet det af punkt 1, 4. afsnit i betingelserne for sumudbetaling ved visse kritiske sygdomme fremgår, at anmeldelse skal ske senest 6 måneder efter forsikringstidens ophør. Da anmeldelse først er sket med klagerens brev af 16.09., er denne forudsætning ikke til stede.

Vi har endvidere tilføjet, at vi ikke har taget stilling til, om man kunne have stillet en dækningsberettigende diagnose i 2010. Efter det oplyste blev der ikke fjernet svulst eller foretaget biopsi, hvilket er en forudsætning for en dækningsberettigende diagnose, jf. punkt 5.1, sidste afsnit.

Klageren fremsender med brev af 04.06.2013 diverse udtalelser vedrørende den undersøgelse, der blev foretaget på [privathospitalet] i 2010. Det fremgår heraf, at undersøgelsen ikke

var foretaget i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, hvorfor klageren fastholder sit krav om forsikringsdækning.

Vi har imidlertid i brev af 11.06. fastholdt vores afgørelse og henvist til begrundelsen i brevet af 26.09.2012.
******
I forbindelse med nærværende klage har vi gennemgået sagen på ny, men finder ikke grundlag for at ændre vores afgørelse.

Som redegjort for ovenfor er anmeldelsen ikke sket rettidigt, dvs. senest 6 måneder efter forsikringens ophør, hvilket var d. 31.12.2011. Diagnosen er først stillet i juli eller august 2012, og dermed ikke i forsikringstiden, jf. herved punkt 1, 1. afsnit i betingelserne for Sumudbetaling ved visse kritiske sygdomme, hvoraf fremgår, at diagnoser som først stilles efter forsikringstidens ophør, ikke er dækket. Som anført skal diagnosen være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller biopsi heraf, jf. punkt 5.1, sidste afsnit.

At der er foretaget anmeldelse under behandlingsforsikringen, kan ikke anses for en anmeldelse af kritisk sygdom. Det fremgår således af anmeldelsesformularen, at der er tale om en anmeldelse i relation til hospitalsbehandling.

Klageren gør til støtte for sit krav om sumudbetaling gældende, at der er begået fejl fra privathospitalets side. Hertil skal vi bekræfte, at det pågældende hospital indgår i Codans netværk. Det fremgår af punkt 6, 1. afsnit i betingelserne for Codan Behandlingsforsikring, at undersøgelse og behandling skal godkendes af Codan og finde sted på behandlingssted i Codans netværk. Det er et krav fra vores side, at de pågældende behandlingssteder har høj lægefaglig ekspertise og erfaring inden for de områder, der er omfattet af behandlingsforsikringen, men hvilke behandlinger/undersøgelser, der skal foretages i det enkelte tilfælde, har Codan i sagens natur ingen indflydelse på.

Uagtet det naturligvis er en meget ulykkelig situation, klageren er kommet i, finder vi ikke, at Codan på dette grundlag har pådraget sig en videregående hæftelse end den, forsikringsbetingelserne berettiger til.

En eventuel ansvarspådragende handling eller undladelse fra behandlingsstedet må derfor være et anliggende mellem patienten og det pågældende behandlingssted."

Klageren har over for Patientforsikringen fremsat erstatningskrav mod privathospitalet, der gennemførte undersøgelsen den 16/6 2010. I sin behandling af sagen har Patientforsikringen indhentet vurderinger fra to overlæger.

Af vurdering foretaget af overlæge og screeningschef den 7/1 2013 fremgår bl.a.:

"**Vurdering**
…
Ved revurdering af mammografioptagelserne fra den 16. juni 2010 på [privathospitalet] ses disse ikke af acceptabel standard, idet der ikke er fotograferet indtil brystmuskulaturen, hverken på højre eller venstre side på nogen af de foretagne projektioner, med undtagelse af optagelsen taget oppefra og nedefter på højre side (RCC). Der er således store blinde områder, hvor brystvævet ikke er fremstillet på begge sider, og der burde have været taget suppleren-

de optagelser. Herudover er der fejlmarkering af den venstre undersøgelse taget oppefra og nedefter (LCC, som er markeret som RCC). Opløseligheden i billederne er heller ikke tilstrækkelig til at vurdere brystvævet. På trods af dette mener jeg faktisk, at man kan *ses* suspekte forandringer på den skrå projektion på venstre side og på optagelsen taget indefra og udefter (LOBL og LML). De suspekte forandringer er ikke medfotograferet på undersøgelsen foretaget på venstre side oppefra og nedefter (den fejlmarkerede optagelse). Jeg mener således, hverken at undersøgelsen er af teknisk acceptabel standard, eller at bedømmelsen er korrekt.

Konklusion
Det er min vurdering, at undersøgelsen den 16. juni 2010 ikke er foretaget i overensstemmelse med den erfarne specialiststandard, og at billederne foretaget den 16. juni 2010 ikke er teknisk acceptable."

Af vurdering foretaget af overlæge på brystkirurgisk afdeling den 3/3 2013 fremgår bl.a.:

"Vurdering: Undersøgelsen d. 16.6.2010 var ikke foretaget i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Dette har medført forsinket diagnose.

Tumor var meget langsomt voksende, både ud fra den billedmæssige vurdering og idet Ki67 var 1 %, men det er alligevel overvejende sandsynligt, at tumor ved diagnose 2 år tidligere havde været under 11 mm og uden metastasering til lymfeknuden.

Hun havde i så fald undgået fjernelse af alle lymfeknuder i armhulen med deraf følgende risiko for armgener og havde ligeledes undgået kemoterapi.

Prognosen er i henhold til 'Predict' en 5-årsoverlevelse på 96,6 % ved diagnosticering i 2010 uden kemoterapi, i 2012 er den 96,3 % med den givne behandling."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**6 Anmeldelse af skader**
Undersøgelse og behandling skal godkendes af Codan og finde sted på behandlingssted i Codans netværk.
…
1 Forsikringen dækker
Forsikringen dækker kun tilskadekomst, jf. pkt. 5, der sker i forsikringstiden. Skader konstateret efter forsikringens ophør dækkes ikke.

Det er en betingelse for dækning, at forsikrede er i live på anmeldelsestidspunktet og at anmeldelse sker til Codan senest 6 måneder efter forsikringstidens ophør. Lov om Forsikringsaftaler er således fraveget.

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringens begyndelsesdato og udløbsdato eller forsikringens tidligere ophørsdato.
…

5. 84.718

5.1 Kræft, leukæmi og lymfomer
…

Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller en biopsi heraf. Undersøgelsen skal være foretaget af speciellæge i vævs- og celleundersøgelser (patologisk anatomi)."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen må nævnet lægge til grund, at klageren i forsikringstiden ikke har fået stillet diagnosen kræft baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller biopsi foretaget af speciallæge i patologisk anatomi. Endvidere må nævnet lægge til grund, at klageren ikke inden udløbet af 6 måneders fristen efter forsikringstidens ophør havde anmodet om udbetaling af summen ved kritisk sygdom. På denne baggrund finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet med henvisning til de gældende forsikringsbetingelser har afvist at yde forsikringsdækning.

At undersøgelsen den 16/6 2010 på et privathospital, som klageren opsøgte på selskabets foranledning efter lægefaglige vurderinger, ikke blev foretaget i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, og at klagerens kræftdiagnose, såfremt dette havde været tilfældet, sandsynligvis ville have været stillet i forsikringstiden, kan ikke føre til et andet resultat, idet et forsikringsselskab ikke hæfter for eventuelle ansvarspådragende forhold begået af personalet på et hospital, som er godkendt af forsikringsselskabet som behandlingssted.

Nævnet har selvsagt ikke herved taget stilling til, om klageren kan rette sit krav mod privathospitalet.

6. 84.718

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen