Ankenævnet for Forsikring

Den 15. februar 2017 blev i sag nr. 89984:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Industriens Pensionsforsikring A/S
Nørre Farimagsgade 3
1364 København K

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Afdøde forsikringstager havde forsikring ved visse kritiske sygdomme i Industriens Pensionsforsikring A/S. Boet efter afdøde forsikringstager klager ved sin advokat over selskabets afslag på at udbetaling af engangsbeløbet ved en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har anført, at retten til engangsudbetalingen ophørte ved forsikringstagerens død, og at selskabet ikke havde modtaget en ansøgning om udbetaling på dette tidspunkt.

Klagerens advokat har i klageskema 12/10 2016 til nævnet anført, at selskabet skal foretage udbetaling af engangsbeløbet, og det er hertil blandt andet anført:

> "Sagen angår udbetaling af en engangsudbetaling fra [afdøde forsikringstagers] forsikring ved visse kritiske sygdomme. [Afdøde forsikringstagers] sygdom, en hjernehindeblødning, opstod den 05.07.2016. Han afgik ved døden den 12.07.2016. Boet er efterfølgende udlagt … som uskiftet bo.
>
> Industriens Pension har afvist udbetaling ved breve af 12.08.2016 og 19.08.2016, der er vedlagt.
>
> Hændelsesforløbet er beskrevet i mit brev af 16.08.2016 til Industriens Pension, jf. vedlagte. Der henvises særligt til, at [klageren] den 05.07.2016 telefonisk anmeldte den kritiske sygdom, og at hun den 18.07.2016 fik telefonisk bekræftelse på, at den telefoniske henvendelse var registreret som en anmeldelse. Det kan tilføjes, at hun den 10.07.2016 eller 11.07.2016 ved benyttelse af [afdøde forsikringstagers] NemId kunne se, at sagen var registreret som anmeldt. Det bemærkes endvidere, at hun ikke på noget tidspunkt har fået oplysning om, at den telefoniske henvendelse ikke var tilstrækkelig.

Som begrundelse for afslaget anfører Industriens Pension i brevet af 12.08.2016 følgende: 'Retten til engangsudbetaling ved visse kritiske sygdomme stopper ved forsikringstagerens død, jf. § 3 stk. 6 i forsikringsbetingelserne. Da [afdøde forsikringstager] var afgået ved døden, inden vi fik ansøgningen, er der ikke ret til en udbetaling.'

I brevet af 19.08.2016 oplyses, at man ikke 'Anser telefonsamtale af den 05.07.2016 som en anmeldelse af en skade eller som en indgivet ansøgning om forsikringsudbetaling.' I brevet anføres tillige som ny begrundelse, at diagnosen ikke opfylder forsikringsbetingelserne for ret til udbetaling, da forsikringen tidligst kan udbetales 3 måneder efter den akutte blødning, og hvor der fortsat skal kunne konstateres varige følger.

Der foreligger lægeerklæring af 06.07.2016 fra [hospital], hvoraf det fremgår, at [afdøde forsikringstager] var blevet indlagt med en hjernehindeblødning, og svært kritisk syg og måtte forvente et sygdomsforløb over måneder. Erklæringen er vedlagt.

Det gøres gældende, at betingelserne for udbetaling er opfyldt, og at afslaget således er uberettiget, da sygdommen er anmeldt og diagnosticeret i [afdøde forsikringstagers] levende live. Han havde derfor ved sin død opnået ret til engangsudbetalingen, og hans bo indtræder i retten.

Begrundelsen om, at der tidligst kan ske udbetaling 3 måneder efter den aktuelle blødning, er irrelevant, når forsikringstageren i mellemtiden er afgået ved døden. Hensigten med bestemmelsen må jo være at sikre, at sygdommen faktisk har fået varige følger. Et dødsfald må opfylde dette kriterium."

Selskabet har i brev af 4/11 2016 til nævnet blandt andet oplyst:

"**Faktisk sagsfremstilling:**
[Afdøde forsikringstager] [herefter klager] har været dækket af forsikring ved visse kritiske sygdomme, siden dækningen blev indført i ordningen i 2001.

Den 5. juli 2016 ringer klagers ægtefælle og oplyser, at klager er indlagt pga. hjernehindeblødning (Bilag A). Vi oplyser om reglerne for ansøgning og betingelserne for udbetaling af forsikring ved visse kritiske sygdomme, navnlig at der skal foreligge direkte følger af læsionen efter 3 måneder. Det aftales, at ægtefællen vil kontakte os igen, hvis det bliver relevant. Vi sender også et særligt rådgivningsskema (Bilag B).

Den 18. juli 2016 får vi besked om, at klager er død.

Den 28. juli 2016 ringer klagers ægtefælle og spørger om mulighed for udbetaling af forsikring ved visse kritiske sygdomme. Vi oplyser, at der ikke er ret til udbetaling, da vi ikke har modtaget en ansøgning, inden klager er død. Ægtefælle oplyser, at hun har anmeldt sygdommen telefonisk den 5. juli 2016, og at hun ikke fik oplyst, at det var nødvendigt at sende en ansøgning. Ægtefællen vil sende en skriftlig ansøgning (Bilag C).

Den 9. aug. 2016 modtager vi ansøgning fra klagers ægtefælle (Bilag D).

Den 12. aug. 2016 sender vi et afslag på udbetaling af forsikring ved visse kritiske sygdomme, da vi ikke har modtaget ansøgningen, inden klager afgik ved døden (Klagers bilag 1).
…

Til støtte for vores afgørelse gøres gældende:

- At dækningen ophørte den 18.7.2016, jf. forsikringsbetingelsernes § 3, stk. 6, hvoraf det fremgår, at retten til udbetaling af forsikring ved visse kritiske sygdomme bortfalder, når den forsikrede dør. Se også pensionsvejledningen (Bilag E), der beskriver, at udbetaling fra forsikringen er en personlig rettighed, der bortfalder, hvis forsikrede dør.

- At ifølge forsikringsbetingelsernes § 2, litra F, kan en akut læsion i hjernen give ret til udbetaling, hvis betingelsen om, at der 3 måneder efter behandlingen er påbegyndt, er et eller flere neurologiske udfaldssymptomer til stede, er opfyldt.

- At de neurologiske følger skal have været til stede i 3 måneder eller mere, førend diagnosekriterierne er opfyldt. Da indlæggelsestidspunktet er den 4.7.2016, er det tidligst den 4.10.2016, at der kan vurderes, om der er blivende udfaldssymptomer. Lægeerklæringen af den 6.7.2016 (Bilag D) dokumenterer således ikke, at der foreligger blivende udfaldssymptomer 3 måneder efter den 4.7.2016.

- At det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 2, stk. 2, at det er en betingelse for udbetaling af forsikring ved visse kritiske sygdomme, at sygdommen er diagnosticeret i forsikringstiden. Da klager på tidspunktet, hvor forsikringsdækningen ophørte, ikke havde haft følger efter slagtilfælde i 3 måneder eller mere, er der ikke ret til dækning.

- At uanset om telefonsamtalen af den 5.7.2016 med klagers ægtefælle anses som en anmeldelse, hvilket bestrides, er betingelsen for udbetaling af forsikringen ikke opfyldt.

- At Ankenævnet tidligere har taget stilling til, at hvis det er en betingelse, at følger af en sygdom stadig består, fx 6 måneder efter behandlingen er startet, og forsikrede i forsikringstiden ikke har haft følgerne i 6 måneder, så er diagnosekriteriet ikke opfyldt, jf. kendelse nr. 84.665 (Bilag F).

- Vi er ikke enige i advokatens udtalelse om, at det er irrelevant, at klager er død, inden der er gået 3 måneder, da døden er en varig følge. Det er ifølge forsikringsbetingelserne et krav, at en eller flere af følgende specifikke udfaldssymptomer er til stede efter 3 måneder: lammelse, taleforstyrrelse eller intellektuel reduktion. Det er ikke vores opfattelse, at en død person kan siges at have udfaldssymptomer.

- At formålet med forsikringen ikke er, at den skal udbetales til de efterladte i tilfælde af forsikredes død, jf. pensionsvejledningens side 14 og 22, der er en del af aftalegrundlaget, jf. kendelse nr. 86.939 (Bilag G). Udbetalingen af forsikringen, efter den forsikrede er død, ville i praksis betyde en ekstra dækning til de efterladte, hvis den forsikrede dør af en kritisk sygdom. Det er ikke intentionen med dækningen ved visse kritiske sygdomme. Vi bemærker, at klager har fået ret til en dødfaldsdækning, som er den dækning, pensionsordningen indeholder til de efterladte, hvis forsikrede dør i forsikringstiden."

Klagerens advokat har i brev af 22/11 2016 til nævnet blandt andet bemærket:

> "Konsekvenserne af forsikringsselskabets stillingtagen, må være at der ikke er dækning under forsikringen, hvis den forsikrede afgår ved døden indenfor de 3 første måneder af efter behandlingens påbegyndelse.
> En sådan konsekvens fremgår i midlertidigt ikke af forsikringsbetingelserne, idet den naturlige forståelse af disse er, at sygdommen skal være en af de af forsikringsbetingelserne omfattede diagnose, der har alvorlige konsekvenser for den forsikrede, hvilket alvorlig sygdom med døden til følge må antages at være.
> Det følger af koncipistreglen, in dubio contra stipulaturem, at denne uklarhed skal komme koncipisten, dvs. Industriens Pension, til skade.
>
> Herudover skal følgende anføres: Forsikringstagers hustru erindrer ikke at 3 måneders-kravet blev nævnt under telefonsamtalen den 5. juli 2016, og det kan undre, at hvis 3 måneders-kravet var så væsentligt for Industriens Pension, at dette ikke er nævnt med et ord i skrivelsen til forsikringstager af samme dato, sagens bilag B.
>
> I relation til den af Industriens Pension fremhævede kendelse nr. 84.665 fra Ankenævnet, bilag F, er sagerne langt fra identiske. Der er væsentlig forskel på om forsikringstager afgår ved døden eller forsikringstager går på pension. Hertil skal det i øvrigt bemærkes, at der netop var dissens i Ankenævnet vedr. denne kendelse.
>
> Den af Industriens Pension fremhævede kendelse nr. 86939 fra Ankenævnet, bilag G, syntes uden relevans for sagen."

Af selskabets brev af 7/12 2016 til nævnet fremgår blandt andet:

> "Vi er ikke enige i advokatens udtalelse om, at forsikringsbetingelserne skal - på baggrund af koncipistreglen - forstås som opfyldt, hvis forsikringstager bliver diagnosticeret med en sygdom, som er på listen over dækningsberettigede diagnoser og sygdommen har alvorlige konsekvenser - herunder døden - som følge.
>
> Det fremgår klart og tydeligt, hvilke betingelser, der skal være opfyldt, for at forsikringstager kan få udbetaling som følge af et slagtilfælde, jf. forsikringsbetingelsernes kap. 2, § 2, litra F, hvorefter forsikringsbegivenheden ikke blot er indtruffet, når forsikringstager får et slagtilfælde. Forsikringsbegivenheden indtræder først, når følgende krav er opfyldt:
> **1)** Der skal være tale om en akut læsion i hjernen eller rygmarven.
> **2)** Årsagen til læsionen skal være pludselig opstået infarkt som følge af nedsat eller ophævet blodforsyning til områder i centralnervesystemet, opstået på trombotisk eller embolisk basis, eller en blødning i områder i centralnervesystemet eller dettes hinder, herunder blødning opstået på grund af traume. Undtaget fra dækningen er TCI og læsioner i hjernen eller rygmarven med symptomer af mindre end 24 timers varighed, uanset om der senere ved en skanning kan påvises ar i hjernen.
> **3)** Behandling skal være sket på et sygehus/hospital indenfor 24 timer efter de første symptomer har vist sig. Diagnosen skal også være stillet på en relevant afdeling på sygehuset/hospitalet.
> **4)** 3 måneder efter læsionen er sket, skal der være blivende neurologiske udfaldssymptomer i form af lammelse, taleforstyrrelser eller intellektuel reduktion. Herudover skal de blivende neurologiske udfaldssymptomer være dokumenteret ved objektive fund.
>
> Det er ikke situationens/sygdommens alvor som afgør, om der er ret til udbetaling eller ej, men hvorvidt kravene, som fremgår af forsikringsbetingelserne, er opfyldt eller ej.

Herudover mener vi ikke, at koncipistreglen er gældende i arbejdsmarkedspensioner, da forsikringsbetingelserne er vedtaget af forsikredes egne repræsentanter i bestyrelsen.

I forhold til advokatens udtalelse om, at der er væsentlige forskelle i nærværende situation og situationen i kendelse nr. 84.665 (Bilag F), så bemærkes, at begge situationer angår, hvornår betingelserne for udbetaling er opfyldt. Hvis forsikringen bortfalder - enten som følge af død eller fordi forsikringstager er gået på pension, - så er der ikke ret til udbetaling, da forsikringsbegivenheden ikke er indtrådt i forsikringstiden.

I forhold til udtalelsen om, at klagers hustru ikke husker, at 3 måneders kravet blev nævnt i telefonsamtale af den 5. juli 2016 (Bilag A) og at dette ikke fremgår af rådgivningsbrevet, som blev sendt i forlængelse af telefonsamtalen (Bilag B), bemærkes, at det fremgår af telefonresuméet, at vi orienterede om betingelserne for udbetaling - herunder betingelsen om udbetaling efter 3 måneder. Rådgivningsbrevet er et standardbrev, som sendes til de medlemmer, som vi får oplyst er syge. Der er tale om rådgivning om vigtigheden i at bevare forsikringsdækningerne i tilfælde af sygdom. Det er således ikke et brev, der skal orientere om de forskellige betingelser for udbetalingen af forsikringer. Det er desuden uden betydning for sagen, da forsikringsdækningen under alle omstændigheder er faldet bort som følge af død, inden der er gået 3 måneder."

Af selskabets telefonresume af 5/7 2016 fremgår blandt andet:

"Tlf. fa ÆF som oplyser at medlem i går blev indlagt pga. hjernehindeblødning, Er pt. ikke ved bevidsthed. Oplyser om vores betingelser for udbetaling (efter 3 md). Orienteret om, at ret til udbetaling afhænger af, om lidelsen er med på vores liste over visse kritiske sygdomme og betingelserne i øvrigt er opfyldt -
Særligt rådgivningsbrev sendes –"

I en sygehusudtalelse af 6/7 2016 er det blandt andet noteret:

"Det bevidnes hermed, at [afdøde forsikringstager] er indlagt på Neurointensivt Afsnit på [hospital] med en hjernehindeblødning. Er således svært kritisk syg og må forventes at være indlagt som minimum i uger på Neurointensivt Afsnit på [hospital] og i øvrigt have et langt sygdomsforløb strækkende sig over måneder."

I forsikringsbetingelserne hedder det blandt andet:

"**§ 13 Engangsudbetaling til efterladte (dødsfaldssum)**
De efterladte får en engangsudbetaling, hvis forsikrede afgår ved døden uden at have anmodet om udbetaling af pension i henhold til §§ 10-12.
…
KAPITEL 2 FORSIKRINGSBETINGELSER FOR VISSE KRITISKE SYGDOMME
…
§ 2 Sygdomsdefinitioner
Med kritisk sygdom forstås med de præciseringer og begrænsninger, der fremgår af A-U, følgende:
…

F: Slagtilfælde
(hjerneblødning/blodprop i hjernen)

En akut læsion i hjernen eller rygmarven, der opfylder følgende kriterier:

- Læsionen skal have medført behandling på et hospital eller sygehus inden 24 timer efter, de første symptomer har vist sig, og 3 måneder efter behandlingen er begyndt, skal der som en direkte følge af læsionen være et eller flere af følgende blivende neurologiske udfaldssymptomer:

- Lammelser i form af væsentlig nedsat kraft i muskulatur, der skyldes en organisk skade (paralyse eller parese der ikke er funktionel),

- Tydelige taleforstyrrelser i form af nedsat evne til at anvende eller forstå tale (dysfasi), påvirkning af de muskler som bruges til at frembringe tale (dysartri), eller

- Intellektuel reduktion i form af markant nedsat hukommelse og indlæringsevne. Træthed, hovedpine eller manglende overblik kan ikke alene udgøre en intellektuel reduktion.

Andre årsager til udfaldssymptomerne end den akutte læsion af hjernen skal kunne udelukkes.

Årsagen til læsionen skal være et akut og inden for 24 timer pludseligt opstået infarkt som følge af nedsat eller ophævet blodforsyning til områder i centralnervesystemet, opstået på trombotisk eller embolisk basis, eller en blødning i områder i centralnervesystemet eller dettes hinder, herunder blødning opstået på grund af traume.

Undtaget fra dækningen er TCI og læsioner i hjernen eller rygmarven med symptomer af mindre end 24 timers varighed, uanset om der senere ved en skanning kan påvises ar i hjernen.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en relevant afdeling på et hospital eller sygehus, og de blivende neurologiske udfaldssymptomer skal være dokumenteret ved objektive fund. Industriens Pension kan kræve, at diagnosen bliver bekræftet af en speciallæge i neuromedicin.

…

§ 3. Generelle betingelser

Forsikringstiden er fastsat i de almindelige forsikringsbetingelser, kapitel 1.

Forsikringstiden ophører senest, når den forsikrede fylder 67 år, eller hvis den forsikrede forinden beder om pension i henhold til kapitel 1, §§ 10-12.

Stk. 2

Det er en betingelse for udbetaling af forsikring ved visse kritiske sygdomme, at sygdommen er diagnosticeret i forsikringstiden. Forsikringen dækker ikke samme diagnose mere end én gang. Hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet flere forskellige dækningsberettigede diagnoser, er det en betingelse for udbetaling, at der er gået mere end 6 måneder, siden forsikrede sidst fik stillet en diagnose, der gav ret til udbetaling fra forsikringen. Er udbetaling sket på grund af planlagt operation, regnes fristen fra operationen er gennem-

ført eller opgivet. Forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme nævnt i § 2, som forsikrede har haft før forsikringstidens begyndelse, se dog stk. 3.

Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende for retten til forsikringen ved visse kritiske sygdomme og ikke det tidspunkt, hvor forsikringstageren får kendskab til diagnosen.
…
Stk. 6

Ret til udbetaling af engangsudbetaling ved visse kritiske sygdomme bortfalder, når den forsikrede dør.

§ 4. Udbetaling
Det er det forsikringsbeløb, der var gældende den dag, hvor sygdommen blev diagnosticeret, som forsikrede kan få ret til."

Af pensionsvejledningen fremgår blandt andet:

"**FORSIKRING VED VISSE KRITISKE SYGDOMME**
…
Formålet med forsikring ved visse kritiske sygdomme er at give alvorligt syge personer en sum penge, de kan bruge, når de befinder sig en usikker situation. Derfor er udbetaling fra forsikringen en personlig rettighed, der falder bort, hvis den forsikrede dør. Den forsikredes efterladte kan ikke søge om udbetaling i anledning af den kritiske sygdom. De kan i stedet få ret til udbetalingerne ved død, se afsnittet 'Udbetalinger ved dødsfald'."

Nævnet udtaler:

Forsikringstageren blev den 5/7 2016 ramt af hjernehindeblødning, og han afgik ved døden den 12/7 2016. Forsikringstagerens hustru (klageren) kontaktede selskabet telefonisk den 6/7 2016, hvor hun oplyste om hans sygdom. Hun har anført, at dette må anses for at være en skadeanmeldelse.

Klageren har fremlagt lægeudtalelse af 6/7 2016, hvoraf det fremgår, at forsikringstageren var svært kritisk syg og et langt sygeforløb over måneder måtte forventes.

Klageren fremsendte skriftlig ansøgning om udbetaling af engangsbeløb ved kritisk sygdom til selskabet den 28/7 2016.

Selskabet har anført, at ansøgningen om udbetaling først er indgivet efter forsikringstagerens død og afviser, at telefonsamtalen den 5/7 2016 anses for at være en anmeldel-

se. Hertil har selskabet anført, at diagnosekriterierne, jf. forsikringsbetingelsernes § 2, litra F), ikke var opfyldt inden forsikringen ophørte ved forsikringstagerens død.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 2, litra F), at der ydes dækning for slagtilfælde, hvor læsionen har medført behandling på hospital inden 24 timer efter de første symptomer, og hvor der 3 måneder efter behandlingen er blivende neurologiske udfaldssymptomer, der er en direkte følge af læsionen.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen ikke grundlag for at kritisere selskabets afslag på dækning, allerede med henvisning til, at forsikringen ophørte ved forsikringstagerens død, og således inden, at forsikringsbetingelsernes diagnosekriterier om blivende neurologiske udfaldssymptomer 3 måneder efter behandlingen, der er en direkte følge af læsionen, var opfyldt.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand