Ankenævnet *for* Forsikring

Den 15. august 2018 blev i sag nr. 91819:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Industriens Pensionsforsikring A/S
Nørre Farimagsgade 3
1364 København K

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme. I brev af 12/1 2018 til nævnet har klageren gjort gældende:

> "Jeg tillader mig at klage over jeres afslag på ansøgning om udbetaling af kritisk sygdom ved lungekræft. Industriens Pension (IP) har for nylig, også, afslået en ansøgning om kritisk sygdom i vaginaltoppen. IP henholder sig til 7 års-regel i § 3, stk. 3, og ikke andet.
>
> I afslag nedlægges der påstand om at alle 3 krav skal være opfyldt inden der kan foretages udbetaling. Det vil jeg påvise ikke er gældende senere, jf. Dansk Retskrivningsordbog § 46.
>
> Jeg har tidligere i seneste klage netop anfægtet dette, idet der ingen steder i bestemmelserne står, at alle 3 punkter skal være opfyldt.
>
> Jeg har her nedenfor indsat udklip af bestemmelserne for udbetaling:
>
> **<u>Kapitel 2, § 3, Stk. 2</u>**
> *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 gennemført 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.

§ 3, Stk. 3

Hvis forsikrede tidligere har fået diagnosticeret kræft, der opfylder betingelserne i § 2, litra A, er der – uanset om der tidligere er sket udbetaling fra Industriens Pension – begrænset dækning efter § 2, litra A. Der er kun dækning efter § 2, litra A, hvis:

- *Forsikrede de sidste 7 år forud for nyt diagnosetidspunkt ikke har fået diagnosticeret eller været i behandling for sygdomme, der er omfattet af § 2, litra A,*
- *forsikrede har fået diagnosticeret en anden type kræft, og*
- *der ikke er tale om recidiv eller metastaser med tidligere kræftdiagnose.*

Forsikrede har den begrænsede dækning, uanset om den tidligere diagnose er stillet i forsikringstiden.

Det fremgår ikke af bestemmelserne at alle 3 dele skal være opfyldt, men i § 3, stk. 2 fremgår det at der skal være 6 mdr. siden forsikrede sidst fik stillet en diagnose, der gav ret til udbetaling fra forsikringen.

Det fremgår jo også tydeligt i §3, stk. 3, at der ved ny kræft vil være dækning, dog kun begrænset dækning.

Den førte pind er altså udgangspunktet for hvis man for et tilbagefald af samme type kræft. Man har her sat et tidsrum ind, for at sikre at der ikke kan ske dette, at der vil kunne ske en udbetaling flere år i træk på samme type kræft.

Derefter indsætter man 2 undtagelsesbestemmelser, som stiller 2 krav der skal være opfyldt for at der kan foretages udbetaling, det ene er at det skal være en ny type kræft, og det anden er at denne kræft ikke må være recidiv eller metastaser med tidligere kræftdiagnose.

IP skriver i seneste afslag vedr. anden kræftsygdom at der er indsat et **og** i anden pind, og dermed skal alle 3 krav være opfyldt.

Jeg er enig i at de sidste 2 pinde i bestemmelserne hænger nøje sammen, da der her står **og**.

I §3, stk. 2 fastsættes jo netop at der kun kan udbetales for samme diagnose/kræftsyge én gang, men at der godt kan udbetales for anden dækningsberettiget diagnose, når blot der er gået 6 mdr. siden sidste udbetaling.

Som det fremgår i den medsendte journal vedr. lungekræft, så fremgår det tydeligt, at der er tale om 2 forskellige typer kræft. Dvs. 2 forskellige dækningsberettigede diagnoser. Den type kræft, der er i lungerne er ikke den samme den type kræft der var i livmoderen, jf. § 3, stk. 3 pkt. 2

Ved undersøgelse om anvendelse af komma i opremsning henvises til nedenstående, som fortæller om hvad et komma ved opremsning kan betyde, jævnfør retskrivningsordbogen

§ 46.Opremsningskomma mv.

(1) Generelt

Der sættes komma (opremsningskomma) mellem sideordnede led som ikke er forbundet med konjunktion. I praksis vil det sige at der sættes komma hvor der kunne have stået et og, et men eller et eller:

Det er derfor min påstand at bestemmelserne i §3, stk. 3 læses og forstås på følgende måde, for at det hele hænger sammen, og ***fordi der ikke står at alle 3 pinde skal være opfyldt***

Der kan udbetales for kritisk sygdom.
Hvis komma i første pind læses som ***eller***
• Forsikrede de sidste 7 år forud for nyt diagnosetidspunkt ikke har fået diagnosticeret eller været i behandling for sygdomme, der er omfattet af § 2, litra A, ***eller*** (denne bestemmelse gælder samme diagnose)

(Men der kan udbetales for kritisk sygdom hvis)
• forsikrede har fået diagnosticeret en anden type kræft, og
• der ikke er tale om recidiv eller metastaser med tidligere kræftdiagnose. Der kan udbetales for kritisk sygdom

Hvis komma læses som ***men***
• Forsikrede de sidste 7 år forud for nyt diagnosetidspunkt ikke har fået diagnosticeret eller været i behandling for sygdomme, der er omfattet af § 2, litra A, ***men*** (denne bestemmelse gælder samme diagnose)
(Der kan udbetales for kritisk sygdom hvis)
• forsikrede har fået diagnosticeret en anden type kræft, og
• der ikke er tale om recidiv eller metastaser med tidligere kræftdiagnose.

Jeg skal derfor anmode om at der igen ses på sagen, og jeg forbeholder mig retten til at videreføre sagen

Dette er aftalt telefonisk i dag den 09.01.2018 med Industriens pension, at sagen sendes videre til Ankenævnet for forsikring.

Sluttelig skal jeg resumere op:

Den lungekræft der er konstateret er ikke samme type som den livmoderkræft der tidligere er udbetalt for, og den lungekræft er ikke recidiv eller metastaser af livmoderkræften. Min påstand er derfor, at det underbygges og bekræftes lige netop ved den måde de sidste 2 pinde i § 3, stk 3. er skrevet på, og derved træder § 3, stk 2 i kraft.

Jeg fastholder derfor mit krav om udbetaling af kritisk sygdom, og forbeholder mig retten til enhver tid at fore sagen videre ved andre instanser."

Hertil har selskabet i brev af 23/2 2018 til nævnet bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**
Denne sag handler om, hvorvidt der skal være passeret 7 år mellem, at klager har fået stillet 2 kræftdiagnoser, før hun kan få udbetaling fra sin forsikring ved visse kritiske sygdomme igen.

Forsikringsforhold
Klager kommer den 18. september 2006 ind i pensionsordningen i Industriens Pension via sin arbejdsgiver.

Hun er omfattet af selskabets *'Almindelige forsikringsbetingelser for forsikringer i Arbejdsmarkedspensionen'* gældende fra 1. januar 2017 og *'Pensionsvejledningen'* gældende fra 1. januar 2017, der begge udgør en del af aftalegrundlaget, jf. betingelsernes indledende afsnit på side 4. Fremlægges som henholdsvis **bilag A** og **bilag B**.

Betingelserne fastslår i kapitel 2, § 3, stk. 2, at der kun kan ske udbetaling én gang for samme diagnose. Der står:
'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. [...]'

Det vil sige, at som udgangspunkt dækker forsikringen kun én udbetaling pr. diagnosegruppe (listet i betingelsernes § 2, A-U).

Det udgangspunkt er dog fraveget for enkelte diagnosegrupper. Betingelserne går således videre til i stk. 3 at fastslå, at der ved kræft kan ske udbetaling mere end én gang, forudsat at en række krav er opfyldt. Der står:
'Hvis forsikrede tidligere har fået diagnosticeret kræft, der opfylder betingelserne i § 2, litra A, er der – uanset om der tidligere er sket udbetaling fra Industriens Pension – begrænset dækning efter § 2, litra A. Der er kun dækning efter § 2, litra A, hvis:

- *Forsikrede de sidste 7 år forud for nyt diagnosetidspunkt ikke har fået diagnosticeret eller været i behandling for sygdomme, der er omfattet af § 2, litra A,*
- *forsikrede har fået diagnosticeret en anden type kræft, og*
- *der ikke er tale om recidiv eller metastaser med tidligere kræftdiagnose.*

Forsikrede har den begrænsede dækning uanset om den tidligere diagnose er stillet i forsikringstiden.'

Videre fremgår det af Pensionsvejledningen, som er en del af aftalegrundlaget, jf. forsikringsbetingelserne og blandt andet kendelse 86.939, hvor der på side 22 under afsnittet 'Forsikringen ved visse kritiske sygdomme' står, at:
'(...) Det betyder, at hvis du tidligere har haft én form for kræft, så dækker forsikringen, hvis du får en anden type kræft. Det er dog en betingelse, at du har været erklæret rask i mindst 7 år, uanset om der tale om helt forskellige former for kræft.'

Aftalegrundlaget for klagers forsikring ved kritisk sygdom fastslår således, at der ved kræftdiagnoser kun kan ske udbetaling mere end én gang, hvis der er passeret mindst 7 år mellem, at klager sidst har haft kræft og til den nye type af kræft bliver diagnosticeret.

Faktiske omstændigheder

Industriens Pension modtager den 23. oktober 2012 første gang en ansøgning fra klager om udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme. Det fremgår af ansøgningen, at klager søger om udbetaling grundet kræft i livmoderen. Ansøgningen fremlægges som **bilag C**.

Den 25. oktober 2012 vurderer selskabet, at klager har fået stillet en dækningsberettigende kræftdiagnose og udbetaler forsikringssummen til klager efter betingelsernes kapital 2, § 2, pkt. A: Visse former for ondartet kræft, jf. udbetalingsbrev, der fremlægges som **bilag D**.

Den 8. december 2017 ringer klagers ægtefælle til Industriens Pension og oplyser, at klager har fået stillet en ny kræftdiagnose og ønsker at søge om udbetaling fra forsikringen på ny. Telefonresumé fremlægges som **bilag E**.

Selskabet modtager den 12. december 2017 klagers nye ansøgning om udbetaling. Af ansøgningsskemaet fremgår, at klager søger om udbetaling efter betingelsernes kapitel 2, § 2, pkt. A: Visse former for ondartet kræft. Ansøgningsskemaet fremlægges som **bilag F**. Selskabet får efterfølgende oplyst, at ansøgningen angår kræft i vaginaltoppen.

Den 13. december 2017 får klager afslag på sin ansøgning, jf. afslagsbrev, der fremlægges som **bilag G**.

Hun klager over afslaget den 18. december 2017, der fremlægges som **bilag H**, og den 29. december 2017 fremsender klager igen en ansøgning om udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme. Denne gang for lungekræft. Klagers tredje ansøgning fremlægges som bilag I.

Den 5. januar 2018 giver Industriens Pension klager afslag på udbetaling. Ved afslagsbrevet har selskabet behandlet klagers klage af 19. december 2017 såvel som klagers tredje ansøgning. Afslagsbrevet er fremlagt af klager (ulitreret).

Klagers ægtefælle ringer den 9. januar 2018 til selskabet for at tale om afslaget, jf. telefonresume, der er fremlagt af klager (ulitreret).

Selskabet modtager derefter klageskema via ankenævnet den 19. januar 2018.

Lægelige oplysninger
Af journalnotat for [hospital] (fremlagt ulitreret af klager) fremgår det under den 28. december 2017, at klager er opereret for endometriecancer (livmoderkræft) i 2012, og at der aktuelt er konstateret vaginaltopsrecidiv. Videre fremgår det, at billeddiagnostik har vist lungecancer.

Selskabets begrundelse
Det er selskabets holdning, at klager kun kan få udbetaling fra forsikringen igen, hvis udbetalingen er i overensstemmelse med aftalegrundlaget for forsikringen. Det betyder, at udbetalingen skal ske efter kravene i aftalegrundlaget, som blandt andet er forsikringsbetingelserne og Pensionsvejledningen (bilag A og B), jf. betingelsernes indledning.

Det fremgår betingelsernes § 3, stk. 2, at forsikringen kun dækker én udbetaling pr. diagnosegruppe (underpunkterne A til V i betingelserne). Videre skal diagnosen være stillet i forsikringstiden og der skal være passeret mindst 6 måneder mellem de 2 diagnoser, som skal henhøre under hver sin diagnosegruppe.

Dette udgangspunkt er fraveget ved kræftdiagnoser i bestemmelsens stk. 3., hvor der står, at der ved kræft kan ske udbetaling mere end én gang forudsat, at en række udbetalingskrav er opfyldt, herunder en karensperiode på 7 år, og uanset om den første kræftdiagnose er stillet før eller i forsikringstiden.

Idet karensperioden på 6 måneder forudsætter, at der er tale om to forskellige diagnosegrupper (underpunkterne A-V i betingelserne) er reglen uden betydning for klagers sag.

I stedet skal ses på bestemmelsen i § 3, stk. 3 som regulerer de tilfælde, hvor der søges om udbetaling fra forsikringen mere end en gang grundet kræft.

Efter vores opfattelse er der i aftalegrundlaget for klagers forsikring ikke grundlag for at forstå § 3, stk. 3 på anden måde, end at de tre udbetalingskrav i bestemmelsen er kumulative og alle skal være opfyldt, før der kan ske udbetaling.

For det første er de tre krav sat ind i en punktopstilling i forsikringsbetingelserne, som pr. definition er en opremsning og omfatter alle punktlinjer, som er nævnt i opstillingen.

I og med at punktopstillingen i § 3, stk. 3 omfatter tre punktlinjer, der indeholder krav til udbetaling må den naturlige forståelse heraf være, at alle tre punktlinjer finder anvendelse og således gælder alle tre udbetalingskrav for forsikringen.

Der er således heller ikke grundlag for at supplere punktopstillingen med et prosa afsnit om, at alle punktlinjerne gælder for forsikringen, da punktopstillingens formål i sig selv er at opridse udbetalingskravene i punktlinjer.

Selskabet har ydermere valgt at indsætte et opremsningskomma mellem 1. og 2. punktlinje samt et 'og' mellem 2. og 3. punktlinje for at fremhæve, at de tre krav hører sammen og alle skal være opfyldt, selvom dette efter dansk retskrivning ikke er nødvendigt ved punktopstillinger, da opstillingen i sig selv er en opremsning, jf. uddrag fra Politikens Håndbog i Nudansk, der fremlægges som bilag J.

Således har selskabet anvendt samme tegnsætning i punktopstillingen som man ville, såfremt de kumulative krav skulle beskrives i et prosa afsnit. Dette taler efter vores opfattelse også for, at kravene i punktopstillingen må ses som kumulative.

Hertil kommer, at den 7-årige karensperiode også fremgår af Pensionsvejledningen (bilag B), som i henhold til forsikringsbetingelserne udgør en del af aftalegrundlaget for klagers forsikring. Heri står blandt andet på side 22:
'[...] Det betyder, at hvis du tidligere har haft én form for kræft, så dækker forsikringen, hvis du får en anden type kræft. Det er dog en betingelse, at du har været erklæret rask i mindst 7 år, uanset om der er tale om helt forskellige former for kræft.'

Vi er opmærksomme på, at i Pensionsvejledningen er karensperioden beskrevet sammen med et eksempel, hvor medlemmerne har fået stillet den første kræftdiagnose forud for forsikringstiden. At karensperioden gælder uanset om den første kræftdiagnose er stillet i eller før forsikringstiden fremgår også af ordlyden i betingelsernes § 3, stk. 3. Vi henviser desuden til Ankenævnets kendel-

se 86.785, hvor nævnet også når frem til, at Industriens Pensions 7-årige karensperiode gælder uanset om den første kræftdiagnose er stillet i eller før forsikringstiden.

Det er desuden selskabets opfattelse, at karensperioden på 7 år ved kræftdiagnoser er fuldt ud sædvanlig for branchen, så der er ikke tale om et utilbørligt aftalevilkår, som kunne begrunde en tilsidesættelse af karensperioden.

Vi bemærker i øvrigt, at vores andre medlemmer ikke har rettet henvendelse til os med samme fortolkning af § 3, stk. 3 som klager. Vi oplever således generelt ikke, at bestemmelsen giver vores medlemmer anledning til tvivl om, hvilke udbetalingskrav, der gælder for forsikringen.

På denne baggrund er det fortsat selskabets holdning, at de tre udbetalingskrav nævnt i § 3, stk. 3 alle skal være opfyldt, før at klager igen kan få udbetaling fra forsikringen, da dette fremgår af det aftalegrundlaget for forsikringen.

I henhold til de lægelige oplysninger i sagen, er klager diagnosticeret med kræft i 2012 og 2017. I Da karensperioden på de 7 år ikke er opfyldt, kan klager på nuværende tidspunkt ikke få udbetaling fra forsikringen igen."

I brev af 11/3 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Indledningsvis fastholdes kravet om betaling for kritisk sygdom ved lungecancer.

Industriens Pension (herefter IP) fremhæver i deres svarskrivelse flere forhold, som jeg ønsker at kommenterer inden sagen afgøres.

(IP) glemmer at konstatere i deres skrivelse, at der i henhold til lægelige oplysninger er tale om en ny kræftform, der ikke kan relateres til tidligere kræftform.

(IP) skriver i deres begrundelse at 6 måneders-reglen er uden betydning. Det er ikke det, der står i kapitel 2, § 3 stk. 2, idet der her henvises til flere dækningsberettiget diagnoser, og at der kan udbetales når der er gået mere end 6 måneder. Der er i mit tilfælde blevet stillet en NY diagnose, nemlig lungecancer.

(IP) henviser endvidere på side 4 i deres svarskrivelse til pensionsvejledningen, og at de er opmærksomme på at karensperioden er skrevet så denne kan mistolkes.

Den naturlige forståelse, som (IP) mener, der er i § 3 stk. 3 er jo netop ikke hverken tydelig eller naturlig, og at (IP) mener det er fuldt ud sædvanlig for branchen, betyder jo ikke, at dette er korrekt.

(IP) skriver at andre medlemmer ikke har rettet henvendelse til dem, med den nye tolkning som jeg anlægger. Dette kan jo skyldes mange forhold. Bl.a. at medlemmer ikke har haft mulighed og bistand til at frembringe en sådan sag oven i deres sygdom, eller andre medlemmer måske ene og alene har accepteret den fortolkning som IP frembringe ved henvendelse om ny kræftdiagnose, hvor det første som oplyses er, at det er 7 års reglen der er gældende.

For mig at se er det således hævet over enhver tvivl, at bestemmelserne i § 3 stk.3 læses og forstås som jeg anfægter og at karensperioden på 6 måneder jævnfør kapitel 1, § 3 stk. 2 er en del af kravet for udbetaling ved ny kræftdiagnose som opfylder de sidste 2 pinde i § 3 stk. 3

Som jeg tidligere har skrevet, så fastsætter disse 2 pinde jo netop, at der skal være tale om en ny kræftform, hvilket også er tilfældet i min sag.

Jeg fastholder således kravet om udbetaling ved kritisk sygdom for min lungecancer med henvisning til kapitel 2, § 3 stk. 2 og § 3 stk. 3 pind 2 og 3 i opremsning om dækning

Sluttelig vil jeg bemærke, at jeg er bevidst om at denne sag har karakter af princip for branchens mangeårige fortolkning af § 3 stk. 3, men som IP selv skriver i deres forord på deres hjemmeside omkring kritisk sygdom:
'Det kan være svært at finde overskud til meget andet, når man bliver ramt of alvorlig sygdom, men kontakt os alligevel. Er din diagnose med i forsikring ved visse kritiske sygdomme, kan du få en økonomisk håndsrækning i en svær situation'.
…
Det at en person rammes af en yderligere alvorlig sygdom et andet sted i kroppen, har ikke mindre omkostninger, hverken menneskeligt eller økonomisk, end første gang sygdommen rammer. Dette er vel grundlaget for forsikringsordningen, at hjælpe sygdomsramte personer, der rammes af en yderligere kritisk sygdom?"

Heroverfor har selskabet i mail af 5/4 2018 til nævnet bl.a. oplyst:

"Selskabet er ikke enig i klagers gengivelse af forsikringsbetingelsernes kapital 2, § 3, stk. 2 og 3 og henviser ankenævnet til indlægget, hvor der er redegjort for bestemmelsens opbygning og indhold.

Klager skriver, at selskabet på side 4 i indlægget henviser til Pensionsvejledningen og at karensperioden er skrevet, så den kan mistolkes. Dette er efter selskabets opfattelse ikke en korrekt gengivelse af indlægget.

Afslutningsvis vil selskabet gerne knytte en supplerende bemærkning til indlæggets side 4, hvor vi refererer til kendelse 86.785. I denne sag, når nævnet frem til, at der gælder en 7-årig karensperiode uanset, om den første kræftdiagnose er stillet før forsikringstiden eller i forsikringstiden. Selvom kendelsen angår et tidspunkt, hvor forsikringen kun kunne blive udbetalt én gang og de daværende betingelser derfor havde en anden formulering end de betingelser, som gælder for klager i denne sag, illustrerer sagen, at selskabets betingelser også historisk set har opereret med en karensperiode på 7 år.

Selskabet har ikke derudover bemærkninger til klagers kommentarer, og kan henvise ankenævnet til det tidligere indlæg af 23. februar 2018 i sin helhed."

Af pensionsvejledning gældende fra 1/1 2017 fremgår det bl.a.:

"Du skal være opmærksom på, at der ikke er dækning for diagnoser, du har haft, inden forsikringstiden begyndte. Heller ikke, hvis du får sygdommen igen. Eneste undtagelse fra denne regel er kræft. Det betyder, at hvis du tidligere har haft én form for kræft, så dækker forsikringen, hvis du

får en anden type kræft. Det er dog en betingelse, at du har været erklæret rask i mindst 7 år, uanset om der tale om helt forskellige former for kræft."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 2 Sygdomsdefinitioner**
Med kritisk sygdom forstås med de præciseringer og begrænsninger, der fremgår af A-V, følgende:

A. Visse former for ondartet kræft
En 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 følgende sygdomme, hvis de er behandlingskrævende med kemoterapi, strålebehandling eller designerdrugs:
- Akut leukæmi (ALL og AML),
- Kronisk myeloid leukæmi (CML)
- Kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)
- Maligne lymfomer herunder Hodgkins lymfom
- Myelomatose (knoglemarvskræft)
- Kroniske myeloproliferative neoplasier
- Højrisiko MDS
- CMML-2

Desuden omfattes alle hæmatologiske sygdomme, der som et led i behandlingen kræver transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knogletransplantation).

Undtaget fra dækningen er alle former for hudkræft, herunder Kaposis sarkom, men ikke malignt melanom (modermærkekræft). Endvidere undtager dækningen klinisk lokaliseret stadier af prostata kræft, hvor Gleason score er under 6, og som ikke medfører kurativt intenderet behandling, herunder operation med fjernelse af prostatakirtlen eller strålebehandling, alle svulster, der ved den mikroskopiske (histologiske) undersøgelse beskrives som præmaligne (forstadier til kræft), såsom celleforandringer i livmoderhalsen (Cervical Intraepithelial Neoplasi (CIN), alle stadier), 'carcinoma in situ', godartede blærepapillomer. Endelig undtages svulster opstået som følge af infektion med humant immundefekt virus.

Krav: Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse, der er vurderet af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologiskanatomi).
…
§ 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 gennemført 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. 3
Hvis forsikrede tidligere har fået diagnosticeret kræft, der opfylder betingelserne i § 2, litra A, er der – uanset om der tidligere er sket udbetaling fra Industriens Pension – begrænset dækning efter § 2, litra A. Der er kun dækning efter § 2, litra A, hvis:

- Forsikrede de sidste 7 år forud for nyt diagnosetidspunkt ikke har fået diagnosticeret eller været i behandling for sygdomme, der er omfattet af § 2, litra A,
- forsikrede har fået diagnosticeret en anden type kræft, og
- der ikke er tale om recidiv eller metastaser med tidligere kræftdiagnose.

Forsikrede har den begrænsede dækning, uanset om den tidligere diagnose er stillet i forsikringstiden."

Nævnet udtaler:

Klageren fik konstateret kræft i livmoderen den 4/10 2012, og den 25/10 2012 udbetalte selskabet forsikringssummen for kritisk sygdom. I december 2017 fik hun konstateret vaginaltopsrecidiv samt primær lungecancer. Den 29/12 2017 ansøgte hun pány om udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom. Klageren har anført, at det ikke af bestemmelsen i § 3, stk. 3 fremgår, at samtlige tre betingelser skal være opfyldt for, at der kan ske udbetaling. Klageren har endvidere anført, at det af forsikringsbetingelsernes § 3, stk. 2 fremgår, at forsikringen giver ret til udbetaling, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet flere forskellige dækningsberettigende diagnoser, og der er gået mere end 6 måneder, siden forsikrede sidst fik stillet en diagnose, der gav ret til udbetaling, og at hun derfor opfylder betingelserne for udbetaling, idet hun har fået konstateret to forskellige typer af kræft, og idet der er forløbet mere end 6 måneder siden hun sidst fik stillet en dækningsberettigende diagnose.

Ankenævnet *for* Forsikring

11. 91819

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen med henvisning til, at klageren ikke opfylder betingelsen i § 3, stk. 3 om, at forsikrede de sidste 7 år forud for nyt diagnosetidspunkt ikke har fået diagnosticeret eller været i behandling for sygdomme, der er omfattet af § 2, litra A.

Efter en gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har lagt vægt på, at der er forløbet cirka 5 år, fra klageren blev diagnosticeret med kræft i livmoderen, til hun fik konstateret kræft på ny, og at det af bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes § 3, stk. 3, samt pensionsvejledningen fremgår, at der kun er ret til udbetaling, såfremt forsikrede de sidste 7 år forud for diagnosetidspunktet ikke har fået diagnosticeret eller været i behandling for sygdomme omfattet af § 2, litra A, og at dette gælder, uanset om der er tale om forskellige former for kræft. Nævnet bemærker, at forsikringsbetingelsernes § 3, stk. 3, må læses således, at alle tre betingelser skal være opfyldt for, at der kan fås forsikringsdækning, idet opregningen benytter ordet "og".

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand