Ankenævnet *for* Forsikring

Den 29. august 2018 blev i sag nr. 92074:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har en forsikring mod kritisk sygdom. I klageskema af 15/3 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "**Kort redegørelse for sagen**
> Fik konstateret modermærkekræft i øjet igen. Har tidligere været behandlet for det samme. Efter 1. gang anbefalede [brancheorganisation] mig at tegne en Kritisk Sygdoms sikring og blev af … forsikret/informeret om at forsikringen naturligvis ville blive udbetalt, hvis jeg blev ramt af kritisk sygdom igen, også hvis det var den samme. Jeg modtog aldrig nogen police eller andet omkring dette. Nu oplyser TopDanmark så at de ikke kan dække, da jeg tidligere har haft samme sygdom.
> …
> **Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
> Jeg vil opnå, at Topdanmark udbetaler min kritisk sygdoms dækning."

Selskabet har i brev af 6/4 2018 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

> "**Tvist:**
> Klager er utilfreds med, at Topdanmark har afvist udbetaling af forsikringssum fra Forsikring ved visse kritiske sygdomme for en kræftdiagnose.
>
> Klager har i sin klage til ankenævnet angivet, at [brancheorganisation] har givet et dækningstilsagn ved forsikredes indtrædelse i gruppeordningen.
>
> Topdanmark har afvist udbetaling med henvisning til, at der er tale om en diagnose, der er stillet inden forsikrede er indtrådt i ordningen. Topdanmark har ligeledes fastholdt, at der ikke er givet et dækningstilsagn.

Forsikringsbetingelser:
Klager har en Gruppeforsikring med Forsikring ved visse kritiske sygdomme med forsikringsbetingelser 7878-1 fra oktober 2011, forsikringsbetingelserne vedlægges som **bilag I**.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 3, at følgende skal være opfyldt, før der kan gives dækning fra forsikringen:
'stk. 2. En kritisk sygdom skal være beskrevet i dækningsskemaet samt være diagnosticeret i forsikringstiden, før den er omfattet af forsikringsdækningen.
Diagnosen skal dog stilles tidligst 3 måneder efter ikrafttrædelsesdatoen, medmindre andet fremgår af forsikringsmeddele/sen eller dækningsoversigten. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

Stk. 3. Forsikringen dækker ikke, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en diagnose, som forsikrede også har fået stillet før forsikringstiden. Det betyder, at hvis du eksempelvis har fået stillet en kræftdiagnose (fx lungekræft) før forsikringstiden, er du ikke dækket for nogen form for kræftdiagnose (fx tarmkræft) i forsikringstiden – se dog stk. 4 nedenfor. Forsikringen dækker heller ikke, hvis du får stillet en diagnose som nævnt i afsnit A i dækningsskemaet, hvis du før forsikringstiden har fået stillet en diagnose son nævnt i afsnit B i dækningsskemaet eller omvendt.

Stk. 4. For kræft gælder dog, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst 10 år.

	Sygdom	Hvad Dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
A	Kræft, leukæmi og lymfomer – med undtagelse af mindre aggressive former	En ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering). Modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom) er dækket. Prostatakræft er kun dækket, hvis den er histologisk klassificeret med en Gleason score på 6 eller derover eller med klinisk spredning svarende til mindst T_2NoMo	Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller en biopsi heraf, vurderet af en speciallæge i vævs- og celle-undersøgelser (patologisk anatomi).	a. Tumorer klassificeret som præmaligne, non-invasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling) b. Alle former for hudkræft inklusive lymfomer i hud bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom) c. Blærepapillomer d. Svulster opstået under forløbet af HIV-infektion, herunder Karposi's sarkom e. Prostatakræft med en Gleason score på 5 eller derunder	Dækningen forudsætter, at der ikke er sket udbetaling efter afsnit B i dækningsskemaet, og at der ikke inden forsikringstiden er stillet en diagnose som nævnt i afsnit B i dækningsskemaet, se dog punkt 3, stk. 4.

'

Sagsfremstilling

3. 92074

Klager trådte per 1. juli 2012 ind i [brancheorganisation], hvor han blev omfattet af den obligatoriske gruppeforsikring med Forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Vi modtog den 2. oktober 2017 en anmeldelse til klagers Forsikring ved visse kritiske sygdomme med udfyldt lægeattest fra den behandlende overlæge ved [hospitals] Øjenklinik. Lægeattesten vedlægges som **bilag II**.

Det fremgik af lægeattesten, at klager var sygemeldt som følge af *et 'malignt melanon i choroidea m. revækst. Billedverificeret.*' Det fremgik videre, at diagnosen var stillet første gang den 30. maj 2012 og at forsikrede havde haft symptomer inden diagnosticeringen i form af nedsat syn. Lægen har præciseret, at der er tale om en revækst af den tidligere stillede diagnose Choroideamelanon af 30. maj 2012.

Til lægeattesten var ligeledes vedlagt journaler fra 2017 fra øjenklinikken på [hospital], hvor klager var i behandling ved Tumorfunktionen, disse vedlægges som **bilag III**.

Det fremgik af lægejournalerne, at klager den 29. maj 2017 var til 5 års kontrol ved Øjenafdelingens Tumorteam, hvor det blev konkluderet, at der var tale om klar re-vækst ved papil og at der var indikation for ny plaque operation (indsættelse af materiale, der placeres over tumoren, stopper blodtilførslen til tumoren, hvilket typisk medfører reduktion af tumoren).

Klager blev opereret med ny Plaque operation den 15. august 2018, under operationen udtages der ligeledes materiale fra den del af tumoren, der har vist vækst.

På baggrund af lægeattesten (**bilag II**) og de lægelige oplysninger (**bilag III**) vurderede vi, at klager ikke var berettiget til udbetaling fra forsikringen, da forsikrede havde fået stillet diagnosen malignt melanon i choroidea den 30. maj 2012, hvilket vil sige, at diagnosen var stillet før den 1. juli 2012, hvor forsikrede trådte ind i forsikringen. Vores afgørelse af 26. oktober 2017 vedlægges som **bilag IV**.

I brev af 7. november 2017 klagede klager over vores afgørelse. I brevet anførte klager, at han var givet tilsagn om, at forsikringen ville dække, hvis klager fik en ny kræftsygdom i øjet. Klagen vedlægges som **bilag V**.

Efter en telefonsamtale med [brancheorganisation], hvor [brancheorganisation] fastholdt, at de ikke havde givet ovennævnte dækningstilsagn, fastholdt vi vores afgørelse af 26. oktober 2017 i brev af 8. november 2017. Brevet af 8. november vedlægges som **bilag VI**.

Vi modtog en ny klage fra forsikrede i brev af 16. november 2017, der vedlægges som bilag **VII**.

Vi fastholdte fortsat vores tidligere afgørelse i brev af 7. december 2017. Vi henviste blandt andet til, at [brancheorganisation] ikke kunne bekræfte, at de skulle have oplyst, at klager ville få udbetaling, hvis han på ny skulle blive ramt af kræft. Afgørelsen vedlægges som **bilag VIII**.

…

Til brug for ankenævnssagen, har Topdanmarks lægekonsulent udfærdiget et lægebilag, der vedlægges som **bilag IX**.

> Det er på baggrund af sagens lægelige oplysninger, Topdanmark lægekonsulents vurdering, at kræftdiagnosen er stillet den 30. maj 2012 og diagnosen er således stillet inden den 1. juli 2012, hvor forsikrede indtræder i ordningen.
> …
> Som svar på klagers påstand om, at der er givet tilsagn om, at forsikringen dækker ny kræft i øjet, henviser Topdanmark til klagers **bilag C**, hvor forsikrede vedlægger er svar fra [brancheorganisation].
>
> Det fremgår af klagers **bilag C**, at [brancheorganisation] har svaret klager følgende i forbindelse med påstanden om, at der er givet tilsagn om dækning for kræftdiagnosen:
> *'Tak for dit brev af 9. november 2017. Jeg forstår, at du er frustreret over afslaget fra Topdanmark, men der er desværre ingen tvivl om, at Topdanmarks forsikringsbetinge/ser udelukker, at du kan få en udbetaling for den samme kræftsygdom, som du tidligere har lidt*
>
> *Jeg må afvise, at jeg skulle have givet dig en anden opfattelse, da du tegnede forsikringen ... '*
>
> Vi fastholder derfor, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen for den stillede kræftdiagnose."

Klageren har også sendt mail af 14/6 2018 til nævnet.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder lægelige oplysninger, klagerens korrespondance med sin brancheorganisation og forsikringsbetingelserne 7878- 1 Oktober 2011 for forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Nævnet udtaler:

Den 30/5 2012 fik klageren diagnosticeret modermærkekræft i øjet. Klageren blev den 1/7 2012 omfattet af en gruppeforsikring, som inkluderede forsikring mod visse kritiske sygdomme, herunder modermærkekræft. Den 29/5 2017 var klageren til 5-års eftersyn, hvor det konstateredes, at klageren på ny led af modermærkekræft i øjet. Klageren ønsker udbetaling af forsikringssummen for visse kritiske sygdomme.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren havde fået stillet en diagnose om modermærkekræft i øjet, før han blev omfattet af forsikringsaftalen.

5. 92074

Klageren har blandt andet anført, at hans brancheforening anbefalede ham at tegne en forsikring mod kritiske sygdomme efter det første tilfælde af modermærkekræft i øjet, og at han af brancheforeningen blev forsikret/informeret om, at forsikringen naturligvis ville blive udbetalt, hvis han blev ramt af kritisk sygdom igen, også hvis det var den samme sygdom.

Ifølge forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 3, dækker forsikringen ikke, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en diagnose, som forsikrede også har fået stillet før forsikringstiden. Ifølge stk. 4 gælder dog, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden.

Idet klageren var blevet diagnosticeret med modermærkekræft i øjet, før han blev omfattet af forsikringen imod visse kritiske sygdomme, og der ikke var gået ti år siden diagnosen første gang blev stillet, til sygdommen på ny blev diagnosticeret, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning.

Da nævnet alene behandler klager over forsikringsselskaber, falder det uden for nævnets kompetence at tage stilling til den rådgivning/vejledning, som klageren måtte have modtaget fra sin brancheforening, før han blev omfattet af forsikringsaftalen.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings