Ankenævnet *for* Forsikring

Den 26. september 2018 blev i sag nr. 92341:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring med dækning til børn af visse kritiske sygdomme. I klageskema af 22/4 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "Kort redegørelse for sagen
> [Klagerens barn], [cpr.nr.], der er omfattet af ovennævnte gruppelivsforsikring, fik den 27. februar 2018 konstateret en svulst i ryggen og han blev den 3. marts 2018 opereret, hvor svulsten blev fjernet. Både [klageren] og [klagerens ægtefælle] har på den baggrund anmodet Forenede Gruppeliv ('FG') den 10. marts 2018 om udbetaling af vores kritisk sygdomforsikring, som vi begge hver især har tegnet via vores arbejdsgivere. Der er tale om den samme forsikring (og identisk sag), men da I har oplyst os om, at jeg også skal indsende en tilsvarende klage til jer, fremsender jeg hermed min egen klage over FG, hvor den tidligere indsendte klage over FG således står i min [ægtefælles] navn. FG har den 4. april 2018 givet afslag på min anmodning om udbetaling jf. deres forsikringsbetingelser. Samme dag har jeg bedt om en revurdering. Denne har FG foretaget og sendt endnu et afslag den 10. april 2018. Samme dag klagede jeg til FG's klageansvarlige, der gav mig endnu et afslag den 18. april 2018. Uenigheden går på, at FG ikke vurderer, at [klagerens barns] sygdom er omfattet af forsikringsbetingelsernes § 6 E (Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv). Før operationen og på operationsdatoen var diagnosen fra lægerne, at [klagerens barn] havde et ependymom. Ved en histologisk undersøgelse efterfølgende viste det sig dog, at svulsten var et schwannom. FG har fastholdt, at schwanommer ikke er omfattet af betingelserne. Så langt kan jeg også læse betingelserne, men det fremgår også meget tydeligt af forsikringsbetingelserne, at 'Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen.', og på den dato var diagnosen et ependymom og ikke et schwannom. Dette har vi begge i vores klager til FG gjort rede for, men FG argumenterer med, at [klagerens barns] diagnose ikke blev stillet på operationsdatoen, men først efterfølgende. Vi har dog meget svært ved at se, hvordan 'anses for stillet på operationsdatoen', kan give FG ret til at vælge en senere dato som diagnosedato. Dette har vi gjort FG opmærksom på, men de har ikke svaret på, hvorfor de – i vores øjne - har valgt at fravige deres forsikringsbetingelser på det punkt. Vi har også argumenteret over for FG for, at deres betingelsers formulering

Om, at diagnosen anses for stillet på operationsdatoen, jo giver rigtig god mening, da operationen jo netop blev tilrettelagt og gennemført ud fra diagnosen på operationsdagen og dermed med de risici og komplikationer, som et sådant indgreb indebar. Heller ikke dette har FG reageret på."

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg ønsker udbetaling af erstatning som følge af min [klagerens barns] kritiske sygdom. Som jeg kan læse i Forsikringsbetingelserne er hans sygdom omfattet, og jeg er dermed berettiget til erstatning."

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

"Det fremgår af bilag B, at klagerne 10. marts 2018 søgte om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt, idet klagernes barn, [Barn], havde fået diagnosticeret en godartet svulst i hjerne og rygmarv i februar 2018.

Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt.

I bilag A er oplistet de diagnoser, som giver ret til udbetaling ved kritisk sygdom. De oplistede diagnoser er en udtømmende optegning af de sygdomme/behandlinger som giver ret til udbetaling.

Det betyder, at der først kan ske udbetaling, hvis den diagnose der søges om udbetaling for, eksplicit er nævnt på listen og de konkrete diagnosekrav for diagnosen er opfyldt.

Diagnosekravet der skal være opfyldt for at få sum ved kritisk sygdom udbetalt under § 6 E,
Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv, er:

Godartede svulster, opstået i hjerne, hjernestamme, rygmarv, som enten fjernes ved operation, eller

Operation skal være gennemført efter barnets fødsel og i forsikringstiden.

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Hvis operation ikke er teknisk mulig, er det datoen, hvor det fremgår i journalen fra en neurokirurgisk afdeling, at der er operationsindikation, men operation ikke er teknisk mulig.

Dækningen omfatter ikke:
- Cyster eller granulomer
- Schwannomer/neurinomer, herunder acusticusneurinomer
- Hypofyseadenomer

For at vurdere om diagnosekravet var opfyldt som beskrevet, indhentede vi journaloplysninger fra … på [hospital], **bilag C**, hvor svar fra Patologiafdelingen er vedlagt som **bilag D**.

Det fremgår i bilag C, at [barn] efter en længere periode med smerter-problematik i lænd og haleben, havde fået foretaget en MR-skanning, som vist en spinal tumor. [Barn] blev herefter henvist

til udredning på [hospital]. Lægerne mistænkte ud fra de makroskopiske og skanningsmæssige fund, at tumor angiveligt var et ependymom (godartet svulst i rygmarven).

Der blev aftalt kirurgisk fjernelse af tumor til 9. marts 2018.

På grund af akut forværring med massive smerter og akut tværsnitsyndrom, blev [Barn] opereret 3. marts 2018 med fjernelse af tumor, som var beliggende ved L2-L3. På side 17 i bilag C fremgår det af journalnotat af 9. marts 2018, at der ikke var tale om et ependymom, men derimod om et schwannom, hvilket kan verificeres på side 2 i bilag D.

Den tentative diagnose ependymom blev således afkræftet ved den efterfølgende patologiske undersøgelse, og den endelige diagnose var et schwannom.

Da schwannom er direkte undtaget fra dækning efter forsikringsbetingelserne § 6 E, er klagerne ikke berettiget til udbetaling af forsikringssummerne.

Klagernes betragtning om, at det må være den tentative diagnose, som lå før den endelige diagnose blev fastslået ved den histologiske undersøgelse, der skal danne grundlag for udbetaling af forsikringssummerne, afvises.

Klagernes krav er baseret på FGs bestemmelse i § 6 i forsikringsbetingelserne, som lyder:

'Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen'. Bestemmelse fastlægger en forsikringsteknisk og objektiv udbetalingsbestemmelse, hvor diagnosedatoen bl.a. anvendes til vurdering af forsikringstiden, jf. § 2, stk. 1, ved beregning af tidsfristen ved udbetaling for to diagnoser, jf. § 3, stk. 2 og ved beregning af tidsfristen for udbetaling af dødsfaldsdækningen, jf. § 7."

Klageren har i brev af 9/6 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Vi fastholder, at vi er berettiget til at få udbetalt erstatning, da forsikringsbetingelserne herfor er opfyldt.

Først vil vi dog gerne slå fast, at vi er enige i FG's vurdering af, at den endelige diagnose er et schwannom, og at den foreløbige diagnose på operationstidspunktet var et ependymom. I tillæg til FG's vedlagte bilag vil vi i den forbindelse også henlede opmærksomheden på vores tidligere fremsendte bilag af operationsbeskrivelsen, hvori det ligeledes på operationsdagen fremgår, at den foreløbige diagnose var et ependymom.

Sagens kerne drejer sig derfor om formuleringen i forsikringsbetingelsernes § 6E.

Når det i betingelserne klart og tydeligt – og uden forbehold af nogen art – fremgår, at 'Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen', så er det umiddelbart rigtig svært at tolke det til, at FG kan vælge en diagnose, som først blev stillet 6 dage efter operationen. FG henviser til, at diagnosen på operationsdagen kun var foreløbig, men på den måde sætningen i forsikringsbetingelserne er formuleret og helt specifikt brugen af ordet 'anses', ligger det jo netop implicit, at der kan være tale om en foreløbig diagnose, som ligger til grund for en afgørelse.

> Hvis dette ikke er tilfældet, burde det jo i stedet fremgå af betingelserne, at 'Diagnosen anses for stillet, når der foreligger en histologisk undersøgelse' eller lignende, men det er ikke det, der står.
>
> Som noget nyt fremfører FG, at den omdiskuterede formulering i betingelserne refererer til en 'forsikringsteknisk og objektiv udbetalingsbestemmelse' og således ikke kan anvendes i vores tilfælde. Det er meget muligt, at FG mener noget helt særligt med deres formulering, men hvordan skal man som almindelig forsikringstager kunne gætte sig dette? Som minimum burde FG i deres forsikringsbetingelser have gjort det klart, hvad formuleringen skal anvendes til. De kunne have skrevet 'Ved vurdering af forsikringstiden og beregning af tidsfrister ved udbetaling for to diagnoser samt ved udbetaling af dødsfaldsdækning anvendes operationsdatoen som udgangspunkt' eller noget lignende. Bemærk, at vi er ikke forsikringsuddannede eller jurister, så tag alene eksemplerne som vores forsøg på en uddybning.
>
> Formuleringen 'Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen' giver således ikke nogen indikation på, at bestemmelsen kun skal anvendes i særlige tilfælde, og vi afviser derfor, at FG kan gøre dette gældende.
>
> Det er i øvrigt heller ikke sådan, at vi vedr. den omstridte formulering burde have vidst eller indset, at den kun skulle anvendes til særlige formål. Som vi tidligere har fremført giver bestemmelsen 'Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen' rigtig god mening, da operationen jo netop blev tilrettelagt og gennemført ud fra diagnosen på operationsdagen og dermed med de risici og komplikationer, som et sådant indgreb indebærer. Det har hele tiden været vores logik ift. betingelsernes ordlyd."

Selskabet har også fremsendt brev af 27/6 2018 til nævnet. Nævnet har fået forelagt journaludskrifter, hvoraf det bl.a. fremgår, at det er noteret den 1/3 2018, at "MR scanning … viser tumor i spinalkanalen ud for L3/L4, kunne ligne ependymom." Den 4/3 2018 er noteret: "Blev i går opereret med fjernelse af lumbal tumor ved L2-L3 – makroskopisk og scanningsmæssigt mistænkes primært et Ependymom". Den 8/3 2018 er det noteret, at "Der er tale om cellulært schwannoma". Den 9/3 2018 er det noteret, at "familien informeres om at der er tale om schwannom". Nævnet har fået forelagt yderligere bilag fra sagen, herunder korrespondancen mellem parterne.

Nævnet udtaler:

Klagerens søn fik konstateret en godartet svulst i ryggen den 27/2 2018. Den 3/3 2018 blev svulsten fjernet ved en operation. Klageren ønsker, at selskabet skal udbetale forsikringssummen for kritisk sygdom, idet han har anført, at den foreløbige diagnose på operationstidspunktet var et ependymom.

Af forsikringsbetingelsernes § 6 E fremgår det, at forsikringsdækningen af visse kritiske sygdomme blandt andet omfatter "Godartede svulster, opstået i hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), som enten fjernes ved operation, eller hvor der er operationsindikation, men operation ikke kan gennemføres af tekniske årsager" og at 'Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen. Hvis operation ikke er teknisk mulig, er det datoen, hvor det fremgår i journalen fra en neurokirurgisk afdeling, at der er operationsindikation, men operation ikke er teknisk mulig". Det fremgår også, at dækningen blandt andet ikke omfatter "Schwannomer/neurinomer, herunder acusticusneurinomer".

Efter en gennemgang af sagen – herunder sammenhængen med de øvrige forsikringsbetingelser – finder nævnet, at bestemmelsen om, at diagnosen anses for stillet på operationsdatoen, alene vedrører, hvilket tidspunkt en diagnose skal henregnes til, hvilket f.eks. har betydning for, om diagnosen er stillet inden for forsikringstiden. På den baggrund finder nævnet, at det er den endeligt stillede diagnose, der er afgørende for, om der er forsikringsdækning. Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning.

Nævnet har lagt vægt på, at sønnens endelige diagnose – schwannom – er udtrykkeligt undtaget fra forsikringsdækningen af godartede svulster.

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