

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 13. maj 2020 blev i sag nr. 94678:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har gruppelivsforsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 9/1 2020 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

I 2014 fik jeg fjernet et ondartet modernærke på halsen, men pga. uddannelse, var jeg ikke dækket ved kritisk sygdom, og kunne ikke modtage en udbetaling ved kritisk sygdom herved. Selv efter at have indbetalt til [andet selskab] i 12 år, på forhenværende job. Men jeg var ikke dækket i de fire år jeg læste. En måned efter min sygdom, (modernærkekræft i halsen) fik jeg fastansættelse på [arbejdsplads] i [by1]. Efter 4,5 års ansættelse, får jeg konstateret brystkræft, men er nu dækket ved kritisk sygdom gennem Forenede Gruppeliv. Jeg søger om udbetaling pga. min sygdom hos FG. Jeg får afslag, da det er min 2. kræft diagnose, og der er ikke gået 10 år mellem 1. og 2. kræftdiagnose, selv om jeg ikke har fået udbetalt ved første diagnose. Jeg har fået udtalelse fra Reservelæge ..., Onkologisk afd. om at de to kræftdiagnoser ikke har nogen sammenhæng, samt udtalelse fra egen praktiserende læge, ..., lægehuset i [by2]. Så min klage går på, at det er meget urimeligt, at jeg ikke kan få udbetaling ved kritisk sygdom, når jeg er dækket, og jeg aldrig har fået nogen udbetaling. Det var en ganske anden sag, hvis jeg havde fået første gang jeg blev syg, og jeg så bliver syg igen, inden der er gået 10 år.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Udbetaling ved kritisk sygdom."

Ankenævnet for Forsikring

2.

94678

Selskabet har i brev af 29/1 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klager er omfattet af ovennævnte gruppelivsaftale, som indeholder dækning ved kritisk sygdom.

...

I gruppelivsaftalen, der var gældende frem til 1. august 2014, fremgår det af § 1, at gruppelivsaftalen omfattede [arbejdstagere], der havde mindst 8 timers gennemsnitlig ugentlig beskæftigelse. I § 1 nederst fremgår det, at gruppelivspræmien var 86,47 kr. Uddrag af gruppelivsaftalen vedlægges som bilag A

Fra 1. august 2014 bortfaldt minimumskravet om mindst 8 timers gennemsnitlig ugentlig beskæftigelse, og blev erstattet af et krav om, at [arbejdstagere] skulle være måneds aflønnet, hvis [arbejdstageren] var overenskomstansat, jf. § 1 gruppelivsaftalen. I § 5, stk. 2 fremgår det, at gruppelivspræmien fortsat er på 86,47 kr. Uddrag af gruppelivsaftalen vedlægges som bilag B.

Det fremgår af bilag C, at klager 25. september 2018 søgte om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt, fordi klager havde fået diagnosticeret modermærkekræft 1. august 2014. Det fremgår også af bilag C, at klager havde fået diagnosticeret brystkræft i 2018.

For at få dokumentation for, om klager var omfattet af gruppelivsaftalen på diagnosetidspunkterne, udbad vi os kopi af lønsedler, hvoraf gruppelivspræmien skulle fremgå. I bilag D, som er lønsedler for perioderne juni 2014, juli 2014 og august 2018, fremgår det, at klager ikke var omfattet af gruppelivsaftalen i juni 2014 og juli 2014. Man kan se af lønsedlerne, at klager i juni 2014 havde arbejdet i 21,91 time og i juli 2014 i 2,58 time, så klager opfyldte således ikke kravet om mindst 8 timers gennemsnitlig ugentlig beskæftigelse. På lønsedlen fra august 2018 fremgår det, at klager var omfattet af gruppelivsaftalen, da klager betalte en gruppelivspræmie på 86,47 kr.

Forsikringsbetingelserne, som var gældende for dækningen på diagnosetidspunkterne for kræft i 2014 og i 2018, vedlægges som bilag E.

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

I bilag E 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.

Det fremgår også af bilag E i § 2, stk. 1, at det er en betingelse for udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden. I § 2, stk. 2 fremgår det, at forsikringsdækningen ikke omfatter de kritiske sygdomme i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse.

Det gælder dog, jf. § 2, stk. 3 i forsikringsbetingelserne gældende i 2014 og i § 7 A i forsikringsbetingelserne gældende i 2018, at for 7 A, Kræft - som en undtagelse til undtagelsen i § 2, stk. 2 - at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom.

Diagnosekravet der skal være opfyldt for at få sum ved kritisk sygdom udbetalt under § 7 A 'Kræft', er:

- 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) [...]
- Diagnosen anses for stillet, når histologisk eller cytologisk undersøgelse er vurderet af speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).

Kræftdiagnosen i 2014

For at vurdere om diagnosekravet var opfyldt som beskrevet for kræftdiagnosen i 2014, modtog vi journalmateriale fra Plastikkirurgisk Afdeling på [hospital]. Journalen vedlægges som bilag F.

Det fremgår af journalnotat fra 26. juni 2014, at klager kom til vurdering på grund af suspekt element på halsen, der havde ændret sig over tid. Elementet var suspekt for at være et malignt melanom (modermærkekræft). Klager fik samme dag fjernet elementet. Den efterfølgende histologiske undersøgelse af det fjernede væv viste ved mikroskopi 1. juli 2014, at diagnosen var superficielt spredende malignt melanom (modermærkekræft).

Det betyder, at diagnosen efter § 7 A blev stillet 1. juli 2014.

Kræftdiagnosen i 2018

For at vurdere om diagnosekravet var opfyldt som beskrevet for kræftdiagnosen i 2018, modtog vi journalmateriale fra Mammakirurgisk Afdeling på [hospital]. Journalen vedlægges som bilag G.

Det fremgår af journalnotat fra røntgenkonference på Mammakirurgisk Afdeling 10. august 2018, at klager i forbindelse med screening fik konstateret en lille proces i venstre mamma, hvor grovnålsbiopsi viste, at der var tale om karcinom (kræft). Det blev aftalt, at processen skulle fjernes 29. august 2018 med ultralydsvejledt Franks nålemarkering og sentinel node procedure.

Den efterfølgende histologiske undersøgelse af det fjernede væv viste ved mikroskopi, at diagnosen var invasivt duktalt karcinom (brystkræft).

Det betyder, at diagnosen efter § 7 A blev stillet i august 2018.

Det kan herefter konstateres, at klager ikke var omfattet af gruppelivsaftalen, da den første kræftdiagnose blev stillet 1. juli 2014, hvilket betyder, at klager har fået stillet en kræftdiagnosen inden forsikringstidens begyndelse.

Efter de ovenfor citerede forsikringsbetingelser gælder, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom.

Klager var omfattet af gruppelivsaftalen på diagnosetidspunktet for den anden kræftdiagnose i august 2018, men da der ikke er forløbet mindst 10 år mellem de to kræftdiagnoser opfylder klager ikke betingelserne for udbetaling efter § 7 A.

Til støtte for udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom, har klager fået lægeudtalelse fra læge på Onkologisk Afdeling, som anfører, at kræftdiagnoserne ikke har nogen sammenhæng.

I bestemmelsen i § 7 A skelnes der ikke til, hvorvidt kræftdiagnoserne har indbyrdes sammenhæng, hvorfor lægeudtalelsen ikke kan føre til et andet resultat end nævnt ovenfor.

Vi fastholder på baggrund af ovenstående vores afgørelse om, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme efter § 7 A.

Det meddelte vi klager 22. januar 2019 og 23. december 2019 - bilag H."

Klageren har i kommentar af 2/2 2020 til nævnet bl.a. anført:

"I 2. afslag fra FG, henviser de til § 7 A, at der skal være gået 10 år, før man kan søge om ANDEN udbetaling. Jeg har jo stadig ikke fået for første, da jeg ikke var dækket på det givende tidspunkt, da jeg fik første kræft diagnose, og mener derfor stadig jeg er berettiget.

(Jeg har kopieret stykket fra § 7 A, fra FG nedenunder)

i § 7 A. Det er en betingelse for udbetaling for den anden kræftdiagnose, at der er gået mindst 10 år, siden den første kræftdiagnose i forsikringstiden blev stillet. Det er yderligere en betingelse for anden udbetaling.

Så så sagen må gerne køre."

Selskabet har i brev af 7/2 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget klagers kommentarer til FGs svar af 29. januar 2020, hvor vi har følgende korrigerende svar.

Klager henviser til § 7 A, sidste afsnit, hvoraf det fremgår, at der kan ske udbetaling for op til to kræftdiagnoser, der diagnosticeres i forsikringstiden, hvor det er en betingelse for udbetaling for den anden kræftdiagnose, at der er gået mindst 10 år, siden den første kræftdiagnose i forsikringstiden blev stillet.

Klager mener sig berettiget til udbetaling, fordi klager ikke har fået udbetaling for den første kræftdiagnose.

Imidlertid er det ikke denne bestemmelse i § 7 A som er relevant i klagers sag, fordi klagers første kræftdiagnose blev stillet inden forsikringstidens begyndelse.

I den situation er den relevante bestemmelse næstsidste afsnit i § 7 A, hvoraf det fremgår, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom.

Faktum er, at klager fik diagnosticeret kræft 1. juli 2014, som var inden forsikringstidens begyndelse, og klager fik diagnosticeret kræft i august 2018, som var i forsikringstiden.

Ankenævnet for Forsikring

5.

94678

Da der ikke er gået mindst 10 år mellem de to kræftdiagnoser, kan vi ikke imødekomme klagers ønske om udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom efter § 7 A."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder klagerens lønsedler fra juni 2014, juli 2014 og august 2018.

Af journalnotat af 26/6 2014 fra plastikkirurgisk ambulatorium fremgår bl.a.:

"[40'erne] kvinde kommer til vurdering med henblik på et MM-suspekt element midt på halsen der har ændret sig over det sidste halve år. Er uregelmæssigt i kanten, flerfarvet og med lidt regression og ser suspekt ud for malignt melanom, evt. in situ. Der har ikke været blødning eller spontan kløe i elementet. Patienten har tidligere fået solskoldninger igennem barndommen. Der er ikke nogen disposition til malignt melanom. Der tilbydes exc. i 5 mm's afstand med direkte lukning. Elementets største diameter målt til 13 mm."

Af patologisvar fremgår bl.a.:

"Konklusion:

Komplet fjernet superficielt spredende malignt melanom svarende til Clark's level II, og tumortykkelse er 0,32 mm. Ingen ulceration. Ingen regression. Ingen mitoser i den dermale komponent.

Mikroskopi:

[01] Hududsnit omfattende epidermis, papillære og retikulære dermis samt subcutis. I junctionzonen og i papillære dermis ses proliferation og reder af atypiske melanocytære celler med fint pigmenteret cytoplasma og pleomorfe kerner. Der er påvist pagetoid opvækst. Tumortykkelse er 0,32 mm. Der er ikke set mitoser i den dermale komponent. Tumoren omgives af ret rigelig mononukleær infiltration. Resektionsrande er fri.

Andre undersøgelser:

...

	Dato/Tid	Ansvarlig
Rekvireret:	26.06.2014 13:21	Rekv. læge:
Modtaget:	26.06.2014 15:12	
Makroskoperet:	27.06.2014 08:55	
Mikroskoperet:	01.07.2014 14:01	

Af journalnotat af 10/8 2018 fra mammakirurgisk afdeling fremgår bl.a.:

"Screeningspatient. Diagnosticeret meget lille proces på 3,5 mm i diameter kl. 3 i venstre mamma. Der er taget grovnålsbiopsi, som viser karcinom. Tumor vurderet som BI-RADS IV. Rundt om det suspekterede område er set mikrokalk, som ikke er suspekt. Aksillerne er uden tegn på forstørrede lymfeglandler. Rtg. af thorax uden tegn på malignitet. Processen skal fjernes med ultralydvejledt Franks nålemarkering og sentinel node-procedure u/frysemikroskopi."

Ankenævnet for Forsikring

6.

94678

Af journalnotat af 13/8 2018 fra mammakirurgisk afdeling fremgår bl.a.:

"DISPOSITIONER

...

2014, opereret pga. modermærke, ifølge patologisvar fra 26.06.2014 fik pt. fjernet superficielt spredende malignt melanom.

...

AKTUELT

Screeningspatient, som har fået diagnosticeret karcinom på 3,5 mm i diameter i venstre mamma kl. 3CD. Der er ingen spredning til aksillerne, og røntgen af thorax er i.a.

Pt. kommer alene til svar på biopsierne og operationsplanlægning.

Informeres om kræftdiagnosen, tilbydes brystbevarende operation med ultralydsvejledt Franks nålemarkering og sentinel node uden fryse mikroskopi.

...

KONKLUSION

Pt. med nydiagnosticeret brystkræft"

Af ansøgning om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom af 25/9 2018 fremgår bl.a.:

"Ansøgning

...

Hvilken sygdom vil du søge om udbetaling for? Kræft, Modermærke

Hvornår blev du syg? 1-8-2014

...

Har du tidligere haft en kritisk sygdom? År 2018: Kræft, Bryst"

Af udtalelse af 21/8 2019 fra klagerens egen læge fremgår bl.a.:

"Min ovenstående patient er i 2014 opereret for malignt melanom. I 2018 fik hun konstateret brystkræft ved rutinemammografi.

Disse 2 former for cancer har intet med hinanden at gøre. Det undrer mig derfor at patienten ikke kan få udbetalt erstatning for kritisk sygdom for den sidstnævnte sygdom, ikke mindst fordi hun ikke fik udbetaling for førstnævnte sygdom. Faktisk vil jeg gå dertil at sige, at det må være en fejl fra forsikringsselskabets side."

Af uddrag af gruppelivsaftalen gældende frem til 1/8 2014 fremgår bl.a.:

"§ 1.

Hvem er omfattet af forsikringen

Gruppelivsaftalen omfatter [arbejdstagere], der har mindst 8 timers gennemsnitlig ugentlig beskæftigelse."

Af forsikringsbetingelserne gældende fra 1/1 2017 fremgår bl.a.:

"§ 2. Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringstiden fremgår af gruppelivsftalen.

Forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse, jf. dog om kræft i § 7 A.

...

§ 7. Ved kritisk sygdom forstås:

A. Kræft

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 opstået i blod, lymfe eller knoglemarvens bloddannende celler:

- Akut leukæmi
- Kronisk myeloid leukæmi
- Myelomatose
- Lymfomer (lymfeknudekræft)
- Hodgkin's sygdom i stadie II-IV
- Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MOS)
- Kronisk myelomonocytisk leukæmi (CMML)

Samt behandlingskrævende:

- Kronisk lymfatisk leukæmi i stadie III og IV (high risk/stadie B og C)
- Essentiel trombocytose
- Polycytremia vera
- Myelofibrose

Med 'behandlingskrævende' forstås sygdom, der kræver celledræbende behandling (inkl. kemoterapi og strålebehandling) rettet mod sygdommen. Behandling med acetylsalicylsyre eller åreladning anses ikke for celledræbende behandling.

Desuden dækkes malignt melanom (modermærkekræft).

Diagnosen anses for stillet, når histologisk eller cytologisk undersøgelse er vurderet af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi). For kræftformer, hvor det er et krav at sygdommen er behandlingskrævende, anses diagnosen for stillet på datoen, hvor det fremgår i journalen fra en onkologisk eller hæmatologisk afdeling, at der er behandlingsindikation for sygdommen.

Dækningen omfatter ikke:

- Forstadier til kræft (dysplasi og "in situ cancer"), f.eks. i livmoderhals, bryst eller testes
- Borderline forandringer
- Alle former for hudkræft

- Kaposi's sarkom
- Godartede blærepapillomer
- Forstadier til kræft i blod, lymfe eller de bloddannende organer

Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom.

Der kan ske udbetaling for op til to kræftdiagnoser, der diagnosticeres i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne i § 7 A. Det er en betingelse for udbetaling for den anden kræftdiagnose, at der er gået mindst 10 år, siden den første kræftdiagnose i forsikringstiden blev stillet. Det er yderligere en betingelse for anden udbetaling, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) af kræftdiagnosen i 10-års perioden."

Nævnet udtaler:

Klageren fik den 26/6 2014 fjernet et suspekt element midt på halsen og hun blev efterfølgende diagnosticeret med superficielt spredende malignt melanom (modermærkekræft). I 2018 blev klageren diagnosticeret med brystkræft. Hun kræver udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom.

Klageren har anført, at hun ikke har fået udbetalt forsikringssum ved den første kræftdiagnose i 2014, da hun på grund af uddannelse ikke var dækket ved kritisk sygdom, og at det er urimeligt, at hun ikke kan få udbetaling for kritisk sygdom, når hun er dækket af gruppelivsftalen ved den anden kræftdiagnose. Hun har også anført, at "det var en ganske anden sag, hvis jeg havde fået første gang jeg blev syg, og jeg så bliver syg igen, inden der er gået 10 år", og at selskabet har henvist til § 7 A i deres andet afslag, hvor der skal være gået 10 år, før man kan søge om anden udbetaling. Hun har endvidere anført, at både en reservelæge fra onkologisk afdeling og hendes egen læge har udtalt, at de to kræftdiagnoser ikke har nogen sammenhæng.

Klageren ansøgte den 25/9 2018 om udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme på baggrund af diagnosen modermærkekræft. Det fremgår endvidere af ansøgningen, at klageren havde fået diagnosticeret brystkræft i 2018.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at klageren ikke var omfattet af gruppe-livsaftalen, da den første kræftdiagnose blev stillet den 1/7 2014, og at klageren ved kræftdiag-nosen i 2018 ikke opfylder betingelserne for udbetaling efter forsikringsbetingelsernes § 7 A, idet der ikke er forløbet mindst 10 år mellem de to kræftdiagnoser. Selskabet har blandt andet anført, at det er den næstsidste bestemmelse i afsnit § 7 A, som er den relevante, idet den før-ste kræftdiagnose er stillet inden forsikringstidens begyndelse, og at der ikke i bestemmelsen i § 7 A skelnes til, hvorvidt kræftdiagnoserne har indbyrdes sammenhæng.

Af forsikringsbetingelserne gældende på tidspunktet for klagerens anden kræftdiagnose frem-går blandt andet af § 2, at "forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyn-delse, jf. dog om kræft i § 7 A". Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 7 A, at "desuden dækkes malignt melanom (modermærkekræft)", og at "hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræft-sygdom".

Nævnet lægger til grund, at klageren den 1/7 2014 fik diagnosticeret modermærkekræft, og at hun dengang ikke var omfattet af gruppelivsaftalen. Nævnet henviser herved til selskabets be-mærkninger om, at det af lønsedlerne fra juni og juli 2014 fremgår, at klageren ikke var omfat-tet af gruppelivsaftalen ved diagnosticeringen af modermærkekræft i 2014, idet klageren ikke betalte en gruppelivspræmie, og at klageren på diagnosetidspunktet i juli 2014 ikke opfyldte kravet i gruppelivsaftalen gældende indtil 1/8 2014 om mindst 8 timers gennemsnitlig ugentlig beskæftigelse.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsbetingelsernes § 7A, har afvist at udbetale summen ved kritisk sygdom i forbindelse med, at klageren i 2018 fik diagnosticeret brystkræft.

Ankenævnet *for* Forsikring

10.

94678

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det i henhold til forsikringsbetingelserne er uden betydning for dækningsspørgsmålet, om der er tale om to medicinsk uafhængige kræftdiagnoser. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at der ikke er gået mindst 10 år mellem de to kræftdiagnoser, hvilket er en betingelse for dækning i henhold til forsikringsbetingelsernes § 7A.

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.

Jens Kruse Mikkelsen

formand