

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 5. august 2020 blev i sag nr. 94784:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

LB Forsikring A/S
Farvergade 17
1463 København K

afsagt

k e n d e l s e :

Nu afdøde forsikrede var omfattet af en børnesygdomsforsikring. Klageren er hendes dødsbo, og i klageskema af 30/1 2020 til nævnet samt i vedlagte bilag har klagerens advokat bl.a. anført:

"1.

Selskabet, LB Forsikring, skal anerkende, at [forsikredes] méngrad skal vurderes efter forholdene på stationærtidspunktet. Endvidere skal selskabet anerkende, at méngodtgørelsen som følge af sygdom var forfalden til betaling, inden [forsikrede] afgik ved døden, og at godtgørelsen er faldet i arv. Selskabet skal opgøre og afregne skaden i overensstemmelse hermed med tillæg af renter efter forsikringsaftalelovens § 24.

2.

Selskabet skal betale klageren et efter Ankenævnet for Forsikrings skøn fastsat bidrag til dækning af advokatomkostninger.

...

SAGSFREMSTILLING:

Introduktion:

Denne sag drejer sig om selskabets udmåling af méngodtgørelse som følge af sygdom, herunder om udmålingen er foretaget korrekt, og om godtgørelsen var forfalden til betaling, inden forsikrede afgik ved døden, således at godtgørelsen faldt i arv.

Forsikringsforhold:

Forsikringsaftalens indgåelse:

I efteråret 2017 havde [forældre] besøg af en forsikringsassurandør fra LB Forsikring. Under besøget indgav de begæring om tegning af en børneulykkes- og sygdomsforsikring for deres fælles [barn], [forsikrede], som på daværende tidspunkt var [teenager].

Først den 22. december 2017 fremsendte LB Forsikring police for ulykkesforsikringen gældende fra den 1. januar 2018, jf. bilag 1. Som det fremgår af policen, omfattede ulykkesforsikringen en dødsfaldssum på 50.000 kroner og en forsikringssum ved ulykkestilfælde på 1.116.900 kroner, som efter indeksering androg 1.200.000 kroner i 2019.

I tilslutning til policen fremlægges oplysningsdokument vedrørende børneulykkes- og sygdomsforsikringen, FT-nr.: 5304, jf. bilag 2. Det er anført i dokumentet, at forsikringen var en tilvalgsmulighed gennem [andet selskab] med dækning for kritisk sygdom. Efter kritisk sygdomsforsikringen ville [andet selskab] udbetale 100.000 kroner til forsikringstageren ved diagnosticering af barnet med visse alvorlige diagnoser, og efter sygdomsforsikringen ville [andet selskab] udbetale en erstatning til barnet ud fra den i policen anførte sum, hvis barnet fik en méngrad på over 5 %, når funktionsnedsættelsen skyldtes andet end et ulykkestilfælde.

Endelig fremlægges betingelser for børnesygdomsdækningen, som i afsnit 6A indeholder forsikringsbetingelser for visse kritiske sygdomme til børn, og som i afsnit 6B indeholder forsikringsbetingelser for sygdomsforsikring til børn, jf. bilag 3. Det er anført på forsiden af forsikringsbetingelserne, at forsikringen blev leveret af [andet selskab] gennem LB Forsikrings gruppeordning med [andet selskab].

Ændring af forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt:

I tiden mellem forsikringsbegæringen og policeudstedelsen var [forsikrede] den 8. december 2017 til lægen på grund af ..., og den 22. februar 2018 fik hun konstateret kræft i ...

Den 8. marts 2018 indgav [forældre] derfor skadeanmeldelse ved kritisk sygdom for børn til [andet selskab], jf. bilag 4.

Den 20. marts 2018 afslog [andet selskab] imidlertid at yde dækning ved kritisk sygdom, jf. bilag 5. Som begrundelse for afvisningen anførte selskabet i afslaget, at kræftdiagnosen var stillet i karenperioden fra den 1. januar til den 31. marts 2018, og at skaden derfor var undtaget fra dækning efter bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes § 14, stk. 1. Afslaget blev underskrevet af [andet selskabs] skadebehandler, ...

Den 13. april 2018 klagede [forældre] over rådgivningen i forbindelse med forsikringstegningen og over [andet selskabs] afslag på dækning ved [forsikredes] kritiske sygdom. Klagen blev besvaret af LB Forsikring, som den 26. april 2018 gav tilsagn om at stille familien ... som om forsikringen var tegnet per 1. oktober 2017 og således, at [forsikredes] skadeanmeldelse ville blive genbehandlet på denne baggrund. Som bilag 6 fremlægges udskrift af e-mailkorrespondancen imellem [forældre] og LB Forsikring fra den 13. april til den 25. maj 2018.

LB Forsikring genhandlede derefter sagen og udbetalte dækning ved kritisk sygdom.

Forsikringens betingelser om mén godtgørelse som følge af sygdom:

Ifølge forsikringsbetingelsernes § 13, stk. 1, (sagens bilag 3) skal retten til udbetaling af mén godtgørelse som følge af sygdom fastsættes, 'så snart sygdommens endelige følger kan bestemmes...', og ifølge § 13, stk. 2, skal méngraden fastsættes efter samme méntabel, som benyttes af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Endvidere følger det af forsikringsbetingelsernes § 7, stk. 1 og 2, at forsikrede skal anmelde sygdomstilfældet til LB Forsikring hurtigst muligt, og i tilfælde af efterfølgende forværring skal forsikrede anmelde forværringen til LB Forsikring hurtigst muligt.

I tilfælde af uenighed om fastsættelse af méngraden kan såvel forsikrede som selskabet indbringe spørgsmålet for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring til udtalelse.

Efter forsikringen skulle [forsikredes] méngrad således først fastsættes på stationærtidspunktet forstået som det tidspunkt, hvor det må antages, at der ikke længere indtræder en blivende bedring af skadens følger.

Skadesbehandling af kravet på méngodtgørelse som følge af sygdom:

Som det fremgår af den som bilag 6 fremlagte e-mailkorrespondance, oplyste LB Forsikring den 26. april 2018, at [andet selskab] varetog sagsbehandlingen på LB Forsikrings vegne.

Den videre sagsbehandling af denne del af forsikringssagen blev derefter fortsat varetaget af [andet selskab], som fulgte udviklingen i [forsikredes] sygdomsforløb med henblik på senere at fastsætte méngraden i henhold til bestemmelserne herom i forsikringsbetingelsernes afsnit 6B. Således var [andet selskabs] skadebehandler, ..., løbende i kontakt med [forældre] for at holde sig orienteret om udviklingen i [forsikredes] sygdomsforløb.

Der var derimod ingen direkte kontakt imellem LB Forsikring og familien ...

[Forsikredes] sygdomsforløb:

Som ovenfor beskrevet fik [forsikrede] den 22. februar 2018 konstateret kræft i ..., og der blev derefter igangsat et omfattende og langvarigt behandlingsforløb.

Som bilag 7 fremlægges epikrise udarbejdet af overlæge ..., Kræftafdelingen Ambulatorium – [hospital] den 2. marts 2018. Dokumentet er øverst datostempet den 19. marts 2018.

Som bilag 8 fremlægges udskrift af [forsikredes] egen læges journal for perioden 27. januar 2014 til 23. marts 2018. Dokumentet er øverst datostempet den 13. april 2018.

Endelig fremlægges som bilag 9 journal fra [hospital] for perioden 27. februar 2018 til 20. maj 2019. Fra denne særdeles omfattende journal skal det her fremhæves, at [forsikrede] primært blev behandlet med strålebehandling mod ...

Den 26. februar 2019 blev det anført i journalen på side 75, at der var blevet indgivet ansøgning om terminaltilskud. Samtidig blev det anført, at behandlerteamet anbefalede, at [forsikredes] [på-rørende] vendte hjem fra [udlandet] for at kunne være sammen med hende, da det ikke var muligt at angive en sikker prognose for hendes sygdomsudvikling.

Endvidere fremgår det af journalen på side 79, at lægerne den 28. februar 2019 besluttede at afslutte strålebehandlingsforløbet den 4. marts 2019 for at overgå til eksperimentel behandling med Cetuximab/Tagrisso.

Desværre er det videre beskrevet i journalen på side 93, at lægerne den 16. maj 2019 måtte konstatere, at sygdommen – til trods for den eksperimentelle behandling – var progredierende.

[Forsikrede] blev derfor overflyttet til ... Hospice, hvor hun afgik ved døden den [i maj] 2019.

Selskabet opfordres (1) til at oplyse navnene på de lægekonsulenter, som både selskabet og [andet selskab] har gjort brug af i forsikringssagen og til at fremlægge alle personoplysninger om [forsikrede], som er indeholdt i lægekonsulentudtalelser indhentet af selskaberne.

Méngodtgørelse som følge af sygdom:

Efter [forsikredes] bortgang må LB Forsikring have taget sagsbehandlingen tilbage fra [andet selskab], for ved brev af 18. september 2019 gav LB Forsikring [forældre] tilsagn om udbetaling af en dødsfaldssum på 50.000 kroner og en méngodtgørelse som følge af sygdom på 1.200.000 kroner med tillæg af renter, jf. bilag 10. Som begrundelse for tilsagnet om udbetaling af méngodtgørelse som følge af sygdom, anførte LB Forsikring i brevet, at

'Ménggraden som følge af sygdom skal fastsættes efter samme méntabel, som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring benytter.

Det fremgår af tabellens afsnit I om kræftsygdomme, at ménggraden skal fastsættes til 50%, når der bliver konstateret en inoperabel, uhelbredelig kræftsygdom, men hvor den sygdomsramte i øvrigt er fysisk velbefindende.

Det fremgår af journalen, at I og [forsikrede] den 02.03.18 blev informeret om, at der ikke var mulighed for operation. Det fremgår også, at I blev informeret om, at der var tale om en alvorlig diagnose.

På daværende tidspunkt – dvs. den 02.03.18 - havde [forsikrede] derfor ret til en godtgørelse svarende til en ménggrad på 50%, og vi skal virkelig beklage, at der ikke allerede den gang blev udbetalt erstatning til [forsikrede].

Erstatningsbeløbet andrager 50% af forsikringssummen, kr. 1.200.000, dvs. kr. 600.000, mén da ménggraden er større end 30%, bliver erstatningsbeløbet fordoblet, jf. forsikringsbetingelsernes §14 stk. 2.

Der skal således udbetales kr. 1.200.000 med tillæg af renter.

Beløbet skal betales til boet efter [forsikrede], og jeg vil derfor bede jer oplyse navn og adresse på bobestyreren samt det kontonummer, som betalinger til boet skal indsættes på.

...

For god ordens skyld vil jeg henlede jeres opmærksomhed på forsikringsbetingelsernes §14 stk. 4, hvoraf det fremgår, at der ikke kan ske yderligere ménudbetaling for sygdomstilfældet, selvom ménggraden efterfølgende øges.'

[Forældre] kontaktede herefter undertegnede advokat, som indhentede sagens akter fra LB Forsikring og [andet selskab] og påklagede LB Forsikrings afgørelse vedrørende udmåling af méngodtgørelse som følge af sygdom. Afgørelsen blev formelt påklaget den 25. september 2019 og blev fulgt op af en uddybende klagebegrundelse den 29. oktober 2019, der fremlægges som bilag 11.

Som det fremgår, blev det navnlig anført som begrundelse for klagen, at retten til udbetaling af méngodtgørelse som følge af sygdom efter forsikringsbetingelserne og méntabellen først kan og skal fastsættes, når sygdommens endelige følger kan bestemmes. Efter forsikringen skulle [forsikredes] méngrad således først fastsættes på stationærtidspunktet, forstået som det tidspunkt, hvor det måtte antages, at der ikke længere ville indtræde en blivende bedring af skadens følger.

LB Forsikring havde først den 18. september 2019 foretaget en vurdering af [forsikredes] méngrad på grundlag af de oplysninger om hendes helbredstilstand, som forelå den 2. marts 2018, hvor hun blev informeret om, at der ikke var mulighed for operation. Den 2. marts 2018 var det imidlertid ikke muligt at vurdere sygdommens endelige følger, da behandlingen på daværende tidspunkt end ikke var påbegyndt. Méngraden skulle derfor ikke have været vurderet efter forholdene på dette tidlige tidspunkt.

Derimod skulle LB Forsikring først have vurderet méngraden på stationærtidspunktet, hvor [forsikrede] var dødeligt syg af kræft; og efter forholdene på stationærtidspunktet skulle méngraden have været vurderet til 100%, jf. pkt. 1.3 i méntabellens afsnit vedrørende *'kræftsygdom, som ikke kan helbredes, og med beskedne yderligere behandlingsmuligheder'*.

Da méngraden skulle have været fastsat til 100%, og da der ifølge forsikringsbetingelsernes § 14, stk. 2 skal ydes dobbelterstatning ved en méngrad på 30% eller derover, skulle erstatningen have været beregnet til 2x100% af forsikringssummen på 1,2 millioner kroner svarende til 2,4 millioner kroner.

Den 4. november 2019 afviste LB Forsikring imidlertid at udbetale yderligere méngodtgørelse som følge af sygdom, jf. bilag 12. Som begrundelse for afslaget henviste selskabet til, at

'Krav på en ménerstatning under en ulykkesforsikring falder kun i arv, hvis den forsikrede har fremsat et forfaldent krav inter vivos. [Forsikrede] skulle altså have fremsat kravet om méngodtgørelse, før hun døde. Det skete ikke. Og desuden havde hverken vi eller [andet selskab] de fornødne oplysninger medio maj 2019 til at kunne fastsætte méngraden til mere end 50 %.

Da der ikke blev fremsat et forfaldent krav om godtgørelse for varigt mén, mens [forsikrede] var i live, må vi fastholde, at der ikke kan betales yderligere godtgørelse til boet efter [forsikrede].'

Den efterfølgende korrespondance imellem parterne den 5. og 7. november 2019 fremlægges som bilag 13 og 14.

ANBRINGENDER:

1.

Det er foreskrevet i forsikringsbetingelserne, at retten til udbetaling af méngodtgørelse som følge af sygdom først skal fastsættes, når sygdommens endelige følger kan bestemmes. Det samme følger af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel pkt. 1.1, som bestemmer, at *'et varigt mén kan som udgangspunkt først fastsættes, når den helbredsmæssige tilstand er varig. Det betyder, at tilstanden ikke kan forventes bedret, hverken af sig selv eller ved behandling...'*

Det gøres derfor gældende, at [forsikredes] méngrad efter betingelserne i forsikringen først skulle fastsættes på stationærtidspunkt, forstået som det tidspunkt, hvor det måtte antages, at der ikke længere ville indtræde en blivende bedring af skadens følger.

Stationærtidspunktet må anses for indtrådt på et tidspunkt i perioden mellem ansøgningen om terminaltilskud den 26. februar 2019 og konstateringen den 16. maj 2019 af, at den eksperimentelle kræftbehandling ikke virkede, og at sygdommen var progredierende. [Andet selskab] fulgte udviklingen.

LB Forsikrings efterfølgende fastsættelse af méngraden på baggrund af forholdene på tidspunktet for diagnosticeringen den 2. marts 2018, hvor behandling end ikke var påbegyndt, er derfor foretaget i strid med forsikringsbetingelserne og har medført, at LB forsikring har vurderet méngraden forkert (og for lavt).

LB Forsikring havde overdraget sagsbehandlingen til [andet selskab], og [andet selskab] fulgte løbende udviklingen i [forsikredes] sygdomsforløb. Der skal derfor foretages fuld identifikation imellem [andet selskab] og LB Forsikrings kendskab til [forsikredes] helbredsmæssige situation. LB Forsikring kan nemlig ikke berettiget forbedre sin forsikringsmæssige position ved at overdrage sagsbehandlingen til [andet selskab] og ved at holde sig i bevidst uvidenhed om [forsikredes] situation.

LB Forsikring kunne og burde derfor have vurderet méngraden i tiden mellem stationærtidspunktet og dødsfaldet, som indtraf den ...

Som følge heraf var mén godtgørelsen som følge af sygdom forfalden til betaling, inden [forsikrede] afgik ved døden, og godtgørelsen falder derfor i arv til [forsikredes] arvinger.

2.

Til støtte for kravet på omkostningsdækning gøres det navnlig gældende, at LB Forsikring ved sin handlemåde har gjort det nødvendigt for klageren at afholde betydelige udgifter til advokat allerede inden sagens indbringelse for Ankenævnet for Forsikring.

Den udførte advokatbistand har været rimelig og nødvendig og skal derfor erstattes af selskabet i henhold til bestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3."

Selskabet har i brev af 26/2 2020 til nævnet bl.a. anført:

"[Forsikrede] fik i vinteren 2017/2018 konstateret kræft i ... Den [i maj] 2019 døde [forsikrede]. Som det fremgår af klageskriftet fra boets advokat, blev børnesygdomsdækningen – efter en klage - sat i kraft pr. 1. oktober 2017. Ikrafttrædelsestidspunktet betyder, at [forsikredes] sygdom er omfattet af forsikringen.

Vi udbetalte i sommeren 2018 summen for kritisk sygdom, og den 18. september 2019 udbetalte vi ulykkesforsikringens dødsfaldssum, idet dødsfaldssummen på kr. 50.000 for børn kommer til udbetaling uanset årsagen til dødsfaldet (vilkårenes punkt 1.F.)

Der er desuden udbetalt godtgørelse for en méngrad på 50%, jf. méntabellens afsnit I om kræftsygdomme:

'Ved inoperable kræftsygdomme, hvor tilskadekomne er i fysisk velbefindende ved afgørelsen, kan ménet fastsættes til 50%.'

På nuværende tidspunkt er der efter vores opfattelse alene uenighed om, hvorvidt boet efter [forsikrede] kan kræve yderligere godtgørelse for varigt mén.

I vores brev af 18. september 2019 redegjorde vi for, at tilstanden var stationær den 2. marts 2018, og at méngraden på stationærtidspunktet svarede til de 50% mén. Vi meddelte samtidig, at der ikke kunne udbetales godtgørelse for yderligere mén i medfør af vilkårenes § 14,4, selvom sygdommen måtte blive forværret.

Vi har frafaldet dette synspunkt efter at have drøftet spørgsmålet med en ekstern advokat. Det er advokatens vurdering, at vi har fastlagt stationærtidspunkt alt for tidligt. Stationærtidspunktet indtræder først på det tidspunkt, hvor der ikke længere er en forventning om, at tilstanden kan forbedres, hverken spontant eller ved mere behandling.

Advokatens vurdering er således i tråd med [klagers advokats] vurdering, idet [klagers advokat] i sit brev af 29. oktober 2019 redegør for, at lægerne først den 16. maj 2019 opgav behandlingen. Frem til den 16. maj 2019 var der således en forventning om, at tilstanden kunne forbedres, og derfor kan stationærtidspunktet og ménvurderingen ikke forekomme på et tidligere tidspunkt end den 16. maj 2019.

Vi er enige med [klagers advokat] i denne betragtning, jf. vores mail af 4. november 2019. Vi er også enige i, at méngraden på stationærtidspunktet den 16. maj 2019 var 100%, jf. méntabellens afsnit I.3.

Det er imidlertid vores opfattelse, at boet efter [forsikrede] ikke arver erstatningskravet for de sidste 50%. Krav på ménerstatning falder kun i arv, hvis den forsikrede har fremsat et forfaldent krav inter vivos. Det forfaldne erstatningskrav skulle altså have været fremsat, før [forsikrede] døde.

Godtgørelse for varigt mén er en compensation for de varige, daglige ulemper i den personlige livsførelse, som en ulykke/sygdom har forårsaget. Det er en ydelse, der selvsagt er tiltænkt det menneske, der er ramt af ulykken/sygdommen, dvs. den forsikrede. Når kravet først bliver fremsat efter den forsikredes død, får det i stedet karakter af en dødsfaldssum til boet, hvilket er i strid med formålet med en dækning for et varigt mén.

[Andet selskab] har oplyst, at de var i kontakt med [forsikredes forældre] i januar 2019. Her blev det oplyst, at [forsikrede] var i palliativ behandling. Der var på daværende tidspunkt også et håb om, at immunterapi kunne hjælpe. Næste samtale fandt sted den 21. februar 2019, hvor [andet selskab] igen talte med [forsikredes forældre]. [Forældre] oplyste, at [forsikrede] var indlagt og i fortsat behandling, og det blev aftalt, at forældrene skulle vende tilbage, når [forsikrede] blev udskrevet, eller når de vidste mere om behandlingens virkning.

Hverken [andet selskab] eller LB Forsikring blev imidlertid kontaktet i forbindelse med, at der den 26. februar 2019 blev søgt om terminaltilskud, eller da lægerne indstillede behandlingen og [forsikrede] kom på hospice den 16. maj 2019.

[Andet selskab] har, jf. deres mail af 24. juni 2019, ikke hørt fra forældrene siden samtalen den 21. februar 2019. Vi blev først kontaktet af [forsikredes forældre] i uge 37, 2019 – ...

På tidspunktet hvor [forsikrede] døde, ..., havde vi ingen mulighed for at kunne vurdere méngraden, da hverken vi eller [andet selskab] var blevet informeret om, at tilstanden var blevet stationær, og vi derfor ikke var eller kunne være i besiddelse af de fornødne, lægelige oplysninger til at

fastslå méngraden. På dødsfaldstidspunktet var vi og [andet selskab] alene i besiddelse af journalen fra [forsikredes] læge (advokatens bilag 8), der er modtaget den 13. april 2018, og som indeholder oplysninger om [forsikredes] helbred til og med 5. april 2018.

Erstatningen var således ikke forfaldet på tidspunktet, hvor [forsikrede] døde, og der foreligger derfor ikke et erstatningskrav, der kan falde i arv til boet efter [forsikrede].

Vi tillader os i den forbindelse at henvise til nævnets kendelser 77.736 og 88.650, der begge fastslår, at der skal være et forfaldent krav til udbetaling på det tidspunkt, hvor den forsikrede afgår ved døden, hvis boet skal arve erstatningskravet.

Vi finder dog stadig, at [forsikrede] havde krav på de 50% – som en a conto udbetaling, jf. U2001.352H – allerede i foråret 2018, hvorfor boet har retsmæssig adgang til den udbetaling.

Udbetalingen fandt beklageligvis først sted den 18. september 2019, men burde i henhold til FAL § 24,1 have fundet sted allerede den 27. april 2018, idet der den 13. april 2018 forelå både en skadeanmeldelse og en journal, hvoraf det fremgik, at [forsikrede] den 2. marts 2018 blev informeret om, at der dels var tale om en alvorlig diagnose, dels ikke var mulighed for operation.

Som det fremgår af sagens akter, har vi betalt renter for den forsinkede udbetaling af de 50%.

Da [klagers advokat] indtrådte i sagen, var der – som nævnt ovenfor – allerede udbetalt sum for kritisk sygdom, dødsfaldssum/begravelseshjælp og godtgørelse for en méngrad på 50%. Det er imidlertid først efter [klagers advokats] indtræden i sagen, at vi selv blev opmærksomme på en fejl i renteberegningen. Fejlen blev korrigeret med det samme, og vi vil gerne give tilsagn om at dække et salær på kr. 10.000 inkl. moms i den forbindelse. Da vi i øvrigt ikke finder, at [klagers advokat] forud for sagens indbringelse for nævnet har haft indflydelse på sagens forløb og/eller de udbetalinger, der er foretaget i sagen, kan vi ikke tilbyde at dække mere end de kr. 10.000 inkl. moms.

Vi vedlægger vores lægekonsulenters vurderinger.

...

På baggrund af nævnets henvendelse har vi gennemgået sagen på ny. Vi finder imidlertid ikke anledning til at ændre vores afgørelse, da hverken vi eller [andet selskab] på tidspunktet for [forsikredes] dødsfald havde mulighed for at fastsætte méngraden, og da boet efter [forsikrede] i konsekvens heraf ikke har arvet retten til yderligere méngodtgørelse."

Klagerens advokat har i brev af 7/4 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Som beskrevet i klageskriftet afviste LB Forsikring den 4. november 2019 at udbetale yderligere méngodtgørelse som følge af sygdom med den begrundelse, at sådanne krav kun falder i arv, hvis den forsikrede har fremsat et forfaldent krav inter vivos (sagens bilag 12). LB Forsikrings synspunkt synes udelukkende baseret på bestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 1. pkt.

Det følger imidlertid videre af forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 2. pkt., at forsikringstageren kan forlange at få udbetalt et a conto-beløb, såfremt det, forinden den endelige opgørelse kan finde sted, er givet, at selskabet i alt fald skal betale en del af det krævede beløb.

I tilslutning hertil følger det af forsikringsaftalelovens § 25, at selskabet senest 3 måneder efter anmeldelsen af forsikringsbegivenheden skal vejlede sikrede om retten til at kræve a conto-betaling efter § 24, stk.1, 2. pkt., medmindre sikredes krav på forsikringsydelsen inden da er imødekommet eller afvist.

I den foreliggende sag ligger det fast, at kravet på udbetaling af méngodtgørelse som følge af sygdom var anmeldt, og at kravet var under behandling af [andet selskab] og LB Forsikring frem til LB Forsikrings vurdering af méngraden til 50% den 18. september 2019. Der var ikke tvivl om kravets eksistens, men kun om den beløbsmæssige udmåling af kravet.

Det er derfor heller ikke korrekt, når LB Forsikring anfører i svarskriftet på side 2, 3. afsnit, at [forsikredes] krav først blev fremsat efter hendes død.

Som anført i klageskriftet må stationærtidspunktet anses for indtrådt på et tidspunkt i perioden mellem ansøgningen om terminaltilskud den 26. februar 2019 og konstateringen den 16. maj 2019 af, at den eksperimentelle kræftbehandling ikke virkede, og at sygdommen var progredierende.

I tiden mellem anmeldelsen og stationærtidspunktet burde LB Forsikring derfor have vejledt [forsikrede] om hendes ret til a conto-betaling efter bestemmelserne i forsikringsaftalelovens § 25, jf. § 24, stk. 1, 2., hvilket imidlertid ikke skete.

LB Forsikring udskød derimod méngradsvurderingen længst muligt, både mens [forsikrede] var i live og efter hendes død.

Således er boet efter [forsikrede] (beviseligt) efterfølgende blevet bekendt med, at LB Forsikring efter [forsikredes] død instruerede [andet selskab] om ikke at foretage yderligere sagsskridt, men derimod afvente en eventuel henvendelse fra [forsikredes] familie. Dette var således årsagen til, at LB Forsikring først genoptog behandlingen af sagen og vurderede méngraden, efter at [forældre] rykkede LB Forsikring for udbetaling i september 2019.

LB Forsikring har derfor tilsyneladende haft som strategi for sin sagsbehandling at udskyde vurderingen af méngraden længst muligt, selvom méngraden både kunne og burde have været opgjort på et tidligere tidspunkt, og selvom LB Forsikring på et tidligt tidspunkt burde have vejledt [forsikrede] om hendes ret til a conto udbetaling.

Nærværende sag er derfor heller ikke sammenlignelig med sagen i den af LB Forsikring omtalte ankenævnskendelse nr. 88.650 af 3. august 2016, hvor ulykken indtraf den 3. april 2013, og hvor forsikringstageren afgik ved døden 2 dage senere, den 5. april 2013.

I sagen havde selskabet ikke modtaget oplysninger, der i tidsrummet mellem ulykken og dødsfaldet gav mulighed for at fastslå 'eksistensen' af et eventuelt krav på ménerstatning. Problemstillingen i sagen og sagens faktiske omstændigheder var derfor ganske anderledes end i den foreliggende sag.

Nøjagtigt det samme gælder for den af LB Forsikring omtalte kendelse nr. 77.736 af 29. november 2010.

I denne sag kom forsikringstageren den 21. september 2008 alvorligt til skade ved en trafikulykke. Cirka 5 timer efter ulykken viste en blodprøve, at forsikringstageren havde en alkoholpromille på 0,07.

Den 14. oktober 2008 modtog forsikringsselskabet en skadeanmeldelse, og den 15. oktober 2008 rekvirerede selskabet politirapporten samt yderligere lægelig dokumentation for skaden.

Selskabet satte derefter sagsbehandlingen i bero på fremkomsten af de rekvirerede oplysninger, men den 22. oktober 2008 afgik forsikringstageren ved døden.

I præmisserne til kendelsen anfører nævnet, at selskabet på tidspunktet for dødsfaldet kun havde modtaget meget sparsomme lægelige oplysninger, og at selskabet derfor på tidspunktet for sikredes død ikke var i besiddelse af tilstrækkelige oplysninger til at fastslå 'eksistensen' af et eventuelt, foreløbigt erstatningskrav.

Også i denne kendelse blev det således udslagsgivende, at end ikke 'eksistensen' af erstatningskravet var fastslået på tidspunktet for dødsfaldet. Det er som sagt ikke tilfældet i den foreliggende sag, hvor kravets eksistens har ligget fast siden marts 2018, og hvor der siden kun har været usikkerhed om den endelige beløbsmæssige opgørelse.

Dertil kommer, at [andet selskab] under sin løbende behandling af sagen flere gange på eget initiativ ringede til [forældre] for at indhente oplysninger om udviklingen i [forsikredes] sygdomsforløb, og at der, som anført i klageskriftet, skal foretages fuld identifikation imellem [andet selskab] og LB Forsikrings kendskab til [forsikredes] helbredsmæssige situation.

LB Forsikring kan nemlig ikke berettiget forbedre sin forsikringsmæssige position ved at overdrage sagsbehandlingen til [andet selskab], ved at holde sig i bevidst uvidenhed om [forsikredes] helbredsmæssige situation, og ved at udskyde vurderingen af hendes méngrad mest muligt.

Opmærksomheden henledes i den forbindelse på den af LB Forsikring fremlagte e-mailkorrespondance imellem LB Forsikring og [andet selskab] den 24. juni 2019 (sagens bilag C), hvor [andet selskab] anførte, at *'Det er fortsat vores klare vurdering, at der er tale om méngrad på 100%.'*

Bemærkningen indikerer, at [andet selskab] overfor LB Forsikring må have vurderet [forsikredes] méngrad til 100%.

I svarskriftet har LB Forsikring endvidere anført, at selskabet på dødsfaldstidspunktet kun var i besiddelse af lægelige oplysninger til og med den 5. april 2018. Det må derfor lægges til grund, at lægekonsulentudtalelsen fra [lægekonsulent 1] den 17. september 2019 (sagens bilag B), er foretaget på et helt utilstrækkeligt, lægeligt grundlag.

I øvrigt er begge LB Forsikrings lægekonsulenter, [lægekonsulent 1 og 2], speciallæger i ... og ikke i kræftsygdomme, som denne sag drejer sig om.

LB Forsikrings lægekonsulentudtalelser er derfor foretaget af læger uden det for sagen relevante lægelige speciale på et helt utilstrækkeligt, lægeligt grundlag.

Ankenævnet for Forsikring

11.

94784

Til brug for udarbejdelse af nærværende replik har boet efter [forsikrede] anmodet [andet selskab], som har forestået hovedparten af sagsbehandlingen, om indsigt i personoplysninger vedrørende [forsikrede]. Som svar på indsigtsbegæringen har [andet selskab] svaret, at

'Da LB overfor [andet selskab] har rettet en række krav om rentebetaling og taget forbehold om krav, der måtte følge af udlevering af oplysninger under ind[sigts]retten, har [andet selskab] set sig nødsaget til at udtage dele af den foreliggende dokumentation i sagen, således at andres rettigheder ikke krænkes, herunder også [andet selskabs] egne rettigheder. Der er foretaget enkelte overstregninger i det fremsendte, og herudover er alene mailkorrespondance mellem LB og [andet selskab] undladt i indsigten.

[Andet selskab] er ikke part i sagen mellem din klient og LB, og da LB klart har udtrykt, at LB selv ønsker at stå for sagsbehandlingen, skal [andet selskab] henvise dig til at få udleveret den omtalte korrespondance fra LB, som herefter må vurdere, i hvilket omfang hele eller dele af den omtalte korrespondance kan udleveres under indsigtsretten, dersom du ikke allerede har fået den udleveret.'

På den baggrund opfordres LB forsikring hermed til at udlevere al korrespondance mellem [andet selskab] og LB Forsikring, som indeholder personoplysninger vedrørende [forsikrede]."

Selskabet har i brev af 7/5 2020 til nævnet bl.a. anført:

"A conto

Vi er helt enige med [klagers advokat] i, at der burde have været vejledt om muligheden for at få udbetalt et a conto beløb. Det er netop derfor, at vi har forrentet godtgørelsen for en méngrad på 50% tilbage til den 27. april 2018, idet [andet selskab] den 13. april 2018 både havde modtaget skadeanmeldelsen og journaloplysningerne, der dokumenterede, at [forsikrede] var ramt af en inoperabel kræftsygdom, men i øvrigt var i fysisk velbefindende ved afgørelsen, jf. til méntabelens afsnit I.

Den manglende rådgivning om muligheden for a conto udbetaling må nødvendigvis medføre, at renteperioden begynder på det tidligst mulige tidspunkt, dvs. 14 dage efter journaloplysningerne blev modtaget i [andet selskab].

Bemærk i den forbindelse, at [andet selskab] i mailen af 24. juni 2019 redegør for, at [forsikredes forældre] den 21. februar 2019 ønskede at de 'skulle se på mén efter sygdom'. Selvom selskabet ikke har været vejledt om muligheden for a conto, dokumenterer mailen, at vores medlemmer var bekendt med, at der kunne søges om a conto udbetaling.

Vi skal for god ordens skyld oplyse, at der på tidspunktet for den seneste kontakt med forældrene – den 21. februar 2019 – ikke var grundlag for at betale et højere a conto beløb end de 50%.

Af de journaloplysninger, der er fremlagt efter [forsikredes] dødsfald (advokatens bilag 9), fremgår det, at [forsikrede] i januar 2019 havde et relativt højt funktionsniveau, herunder trænede hun i fitnesscenter og var afsted på skiferie. Hun fik konstateret [kræft i andet organ] ultimo januar 2019, og der blev iværksat et supplerende stråleforløb, som man måtte afvente effekten af.

Journaloplysningerne frem til den 21. februar 2019 dokumenterer ikke et sikkert mén på mere end 50%, og derfor var der ved henvendelsen 21. februar 2019 ikke grundlag for en udbetaling på mere end de 50%.

[Andet selskabs] ménvurdering

[Andet selskab] har i mailen af 24. juni 2019 redegjort for, at de ikke har modtaget noget nyt lægeligt udover de oplysninger, vi allerede havde fået tilsendt, dvs. journaloplysningerne, som blev modtaget i [andet selskab] den 13. april 2018. [Andet selskab] redegør desuden for, at det ved den sidste kontakt med [forsikredes forældre] – den 21. februar 2019 – blev aftalt, at forældrene skulle vende tilbage, når [forsikrede] blev udskrevet, eller når forældrene vidste mere om virkningen af den forestående behandling med immunterapi.

Der er, jf. [klagers advokats] brev af 29. oktober 2019, enighed mellem parterne om, at det endelige mén først kunne fastsættes den 16. maj 2019, hvor lægerne udelukkede muligheden for en blivende bedring af sygdommens følger. Kravet om udbetaling af yderligere méngodtgørelse skulle derfor have været fremsat på daværende tidspunkt, hvilket er i overensstemmelse med den rådgivning, som [andet selskab] havde givet vores medlemmer den 21. februar 2019.

Forældrene kontaktede imidlertid hverken [andet selskab] eller os.

Den 27. maj 2019 – efter vi erfarede, at [forsikrede] var død – kontaktede vi [klageren] for at høre, om der var blevet fremsat krav om godtgørelse for varigt mén.

[Andet selskab] svarede samme dag, ... 'Med hensyn til ménet betyder det, at ménet kan gøres op nu, og med 100%...'.

Svaret fra [andet selskab] indikerer, at kravet om méngodtgørelse ikke var blevet fremsat, inden [forsikrede] døde, hvilket efterfølgende er blevet bekræftet af [andet selskab] i mailen af 24. juni 2019. Sagen blev herefter sat i bero.

Når [andet selskab] i mailen af 24. juni skriver 'Det er fortsat vores klare vurdering, at der er tale om en méngrad på 100%' er det således en reference til den ménvurdering, selskabet har lavet i mailen af ... 2019, altså efter [forsikrede] var død. [Klageren] har ikke lavet en ménvurdering på 100%, mens [forsikrede] var i live.

Praksis ved mellemkommende død

Vi må atter fremhæve, at en méngodtgørelse ikke er det samme som en dødsfaldssum, og at kravet om udbetaling af méngodtgørelsen derfor skal være fremsat og forfaldet, mens den sikrede er i live.

Det er ikke tilstrækkeligt, at sygdommen/skaden er anmeldt, mens den sikrede er i live. Erstatningskravet skal også være forfaldet, mens den sikrede er i live, hvilket indebærer, at tilstanden dels er stationær, dels at selskabet kunne være/er i besiddelse af de oplysninger, der er fornødne til at kunne vurdere det varige mén.

[Klagers advokat] skriver, at kravets eksistens har været kendt siden marts 2018 i nærværende sag, og at der blot har manglet den beløbsmæssige opgørelse. Vi er ikke enige i denne betragt-

ning, da kravets eksistens ikke kan forekomme på et tidligere tidspunkt end stationærtidspunktet, netop fordi kravet udspringer af det varige mén.

Lægekonsulenterne

... Det er vores opfattelse, at [lægekonsulent 1] er overordentligt kvalificeret til at udtale sig om både mén og praksis i AES for så vidt angår kræftsygdomme.

Korrespondance

Vi uploader korrespondancen med [andet selskab] for perioden ... samt vores lægekonsulents vurdering af 30. april 2020."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af egen læges journal modtaget af selskabet den 13/4 2018 fremgår bl.a.:

"06.03.18

[Hospital] Kræftafdelingen Ambulatorium

Første besøg: 02.03.2018 kl. 10:30

...

Epikrise

...

Pt. møder d.d. med forældre til samtale vedrørende den videre onkologiske behandling.

...

Holder vægten. Lettere synkesmerter, men ikke ved hvert måltid. Anamnesen i øvrigt som anført ved tidligere notater, ingen symptomer fra øvrige organsystemer. Let øget træthed i forhold til baseline, men pt. er fortsat en meget aktiv pige.

...

Konklusion:

Familien er informeret om, at vi mener, at det drejer sig om en svulst, som er opstået i ... og har bredt sig til lymfesystemet. Der er desværre ikke mulighed for operation. Histologisk er der tale om en svulst med udgangspunkt i ..., men svulstens præcise histologiske diagnose kan ikke stilles med sikkerhed. Der er tale om en ekstrem sjælden sygdom med kun få cases rapporteret i litteraturen. Årsagen til sygdommen er ukendt. Den behandles traditionelt med samme kemoterapi som hos voksne. Samtidig med iværksættelse af kemoterapi foretager vi molekylær genetisk undersøgelse på biopsi fra lymfeknude, idet svartiden er ca. 1 måned. Ved svigt af kemoterapi kan der være mulighed for målrettet behandling baseret på molekylær genetisk undersøgelse. På grund af sygdommens sjældenhed er der ingen data for effekt af kemoterapi, men baseret på svulstens høje proliferationsrate må det antages, at der er god chance for respons på kort sigt.

Vi er ikke gået nærmere ind på prognosen.

...

05.04.18

Epikrise

...

Pt. har været træt og har haft influenza-lignende symptomer i et par dage efter i.v. behandling, ... Ingen perifere paræstesier ... Har følt tiltagende energi og har aftagende ... Holder vægten fuldstændigt uændret. Fører et aktivt liv uden begrænsninger ... Pt. har således fraset febril neutropeni overordnet set tålt behandlingen rigtig godt. Har symptomatisk effekt af behandlingen."

Af hospitalsjournaler fremgår bl.a.:

"27.02.2018 ...

...

Multidisciplinær team (MDT) konference

... Behandlingssigtet er desværre ikke kurativt, men palliativt. Prognosen på lidt længere sigt er dårlig. Der er imidlertid høje responsrater ved første linje kemoterapi, som består af Oxaliplatin/Capecitabin og evt. Epirubicin ...

...

16.05.2018 ...

B-A-AM-Medicinsk Kræftbehandling lægesamtale før behandling (ØGI)

... Pt. tåler beh. godt ... Således i PS 0 med klinisk tegn på respons ... CT-skanning viser tydelig respons med regression af ikke-målbar tumor ... og markant regression af patologiske lymfeknuder, således at pt. har nær komplet respons. Intet nyttilkommet.

...

25.07.2018 ...

Telefonkonsultation

... Til faderen har jeg sagt, at billedet tyder på et begyndende svigt af kemoterapien med tilbagekomst af og let progression af cancerinvolverende lymfeknuder og fortsat cancer i ... Jeg synes ikke, at der er indikation for at fortsætte aktuelle kemoterapi. Man kunne overveje en behandlingspause, men pt.'s sygdom fremtræder aggressivt, både klinisk og histologisk, foreslår derfor følgende: 1. Pt. tilbydes pallierende strålebehandling ... 2. En uge efter afsluttet strålebehandling påbegyndelse af 2. linje kemoterapi ... Pt.'s tumor er ikke PDL1 positiv, og pt. er således ikke umiddelbart kandidat til immunterapi.

...

31.07.2018 ...

Telefonkonsultation

... Faderen efterspørger behandlinger herhjemme eller i udlandet, som kan have kurativt potentiale. Jeg har informeret om, at hverken højdosis strålebehandling eller radikal kirurgi er mulig og at disse behandlinger er de eneste kurative ved pt.s sygdom. Såfremt der opstår respons under kemoterapien vil vi foretage en fornyet PET/CT-skanning og atter engang præsentere sagen for kirurgerne for at forfølge enhver mulighed, men realistisk set er chancen for et kurativt forløb uendelig lille. Vi vil påbegynde screening med molekyler analyse med henblik på evt. eksperimentel behandling som 3. linje ... Umiddelbart er tumoren PDL1 negativ, og der er derfor ikke god evidens for effekt af immunterapi. Dette udelukker imidlertid ikke, at der kan være en relevant protokol med immunterapi, f.eks. på [andet hospital] ...

...

16.08.2018 ...

B-AM-Paclitaxel/Ramucirumab lægesamtale før beh (ØGI)

... Pt. har tålt strålebehandling ganske vel ... **Objektivt** ... På ve. side af ... føles en perlerække af små lymfeknuder, ca. 0,5 cm store, som er klart maligne. **Konklusion** Således klinisk progression. Pt. og familien informeres om at start på kemoterapi er særdeles velindiceret ...

...

15.11.2018 ...

B-A-Medicinsk Kræftbehandling lægesamtale (ØGI)

... Pt. har haft en god periode, har fortsat et meget højt funktionsniveau ... **Objektivt** ... På ... er der fortsat komplet klinisk regression af patologiske lymfeknuder **Konklusion** ... Jeg har sagt, at som det ser ud nu, er sygdommen i ro med respons på behandlingen. Vi vil fortsætte denne behand-

ling så længe hun tåler den og den virker ... Såfremt kirurgerne i [andet hospital] vil operere pt., vil vi naturligvis tilbyde at pt. henvises dertil mhp. samtale. Såfremt kirurgi, heller ikke i [andet hospital] vurderes at være hensigtsmæssig, vil pt. ikke få tilbud om operation. [Kræften] er principielt en kronisk og uhelbredelig sygdom, således at behandlingen fremadrettet er nonkurativ. [Forsikrede] spørger til, om hun kommer til at dø af sygdommen, og det har jeg bekræftet, under den forudsætning, at hun ikke kan opereres ...

...

13.12.2018 ...

B-A-Medicinsk Kræftbehandling lægesamtale (ØGI)

... Patienten og forældrene informeres om det gode skanningssvar. Sygdommen er efter opnået respons nu i stabil fase, hvorfor der er god indikation for at fortsætte behandlingen ... Vi har talt om, at såfremt der opstår svigt af den nuværende behandling, vil vi naturligvis undersøge alle yderligere behandlingsmuligheder ... Derudover kan der være mulighed for forsøgsbehandling ...

...

28.01.2019 ...

B-AM-Svar status (ØGI)

... Biopsi fra [organ 1] viser at der drejer sig om ... Således helt forenelig med spredning fra pt.s ...cancer. Således på det foreliggende kan man konkludere at pt. har progression af sin sygdom med yderligere spredning til [organ 1] Taget i betragtning af det kliniske billede kan man se at det drejer sig om både klinisk progression og den histologiske progression med spredning. Beh. bør skiftes til næste linje beh. ... Pt. og dennes forældre informeres om den nye kemoterapi-beh. og kort gennemgået bivirkningsprofil ... der findes indikation til supplerende strålebehandling ...

...

11.02.2019 ...

B-AM-Lægesamtale SKS efter aftale

... Pt. møder i dag mhp. opfølgende samtale forud for opstart af pallierende strålebehandling mod ... SIDEN SIDST Pt. er stadigvæk ikke smertedækket ... Akut indlagt på ... og der er blevet tilkaldt smerteteam som skal forsøge at finde den mest optimale smertelindrende behandling.

...

22.02.2019 ...

Journalnotat

... Vi havde en længere samtale om [forsikredes] tanker om videre behandling. [Forsikrede] vil gerne selv bestemme, om hun vil modtage kemoterapi, og umiddelbart er hun reserveret herfor. Vi taler om den forventede effekt af kemoterapi, og jeg forklarer, at man formentlig kun kan forvente levetidsforøgelse i størrelsesordenen uger til mdr. ved en sådan behandling, men at vi jo ikke ved det før, at behandlingen er givet og effekten er evalueret. Kemoterapi er forbundet med markante bivirkninger, som [forsikrede] jo kender. Der har været kortvarig respons af den kemoterapi, der er givet indtil nu, hvilket minimerer sandsynligheden for forventet effekt af de næste linjer. [Forsikrede] støttes i, at hun ikke skal have kemoterapi, hvis hun ikke ønsker det. Hendes almentilstand lige nu tillader ikke kemoterapi ... Der planlægges: ... rp. PET/CT-skanning mhp. sygdoms-udbredning og status for at have en overblik dels omkring pt.s aktuelle symptomer, og hvad der kunne være relateret til cancerudbredning, dels som evt. baseline, hvis kemoterapi kommer på tale. Umiddelbart er planen at gøre strålebehandlinger færdig ... Pt. forbliver indlagt ... under strålebehandling og indtil, at der er en afklaring omkring videre plan ...

...

26.02.2019 ...

Journalnotat

... [Forsikrede] informeres om, at MR-skanningen desværre har vist spredning af sygdommen til [organ 2] ... Der tilbydes pallierende strålebehandling ... Selve strålebehandlingen gennemgås og mulige bivirkninger hertil samt at vi forventer at det kan bremse sygdommen og mindske de symptomer [forsikrede] har af sygdommen ... [Forsikrede] samtykker til behandlingen og ligeså [forsikredes] mor.

...

26.02.2019 ...

Telefonkonsultation

... Telefonkonsultation med patientens far ... Samtalen omhandler den aktuelle udvikling i [forsikredes] sygdom, strålebehandling mod [organ 2] og ansøgning om terminaltilskud samt at vi herfra behandlerteamet anbefaler, at [pårørende] vender hjem fra [udland], for at kunne være sammen med [forsikrede]. Det er ikke muligt, at angive en sikker prognose for [forsikredes] sygdomsudvikling og set i det lys, derfor denne anbefaling.

...

01.03.2019 ...

Journalnotat

Opfølgende samtale med [forsikrede], forældre og personale

1) Der foreligger svar på PET-CT udført den 26.02.2019 ... Der ses desværre størrelsesprogression, dels af primær tumor ved ... og af adskillige forstørrede og ikke-forstørrede lymfeknuder ... Alle med kraftig FDG-optagelse. Desuden er der tilkommet foci i [organ 2] med patologisk FDG-optagelse forenelig med ...metastaser, som også er bekræftet ved MR af [organ 2]. Der er nytilkommet hypodens forandring i [organ 3] med kraftig FDG-optagelse, metastase suspect og endelig er der progression af [organ 4] ... 3) ... Aktuelt er patienten i Prednisolon behandling pga. ...metastaser og strålebehandling mod disse. På baggrund af hastigt progredierende sygdom er det tillokkende at tilbyde patienten en systematisk behandling, og i ventetiden samtale om mulighed for indgang til Fase 1 Protokol ... Patienten udtrykker forbehold for kemoterapi, men udelukker ikke endeligt denne mulighed. Er indstillet på systematisk behandling med Centuximab med start 04.03.2019 og hurtig evaluering efter ca. 1 måned med PET-CT. På det tidspunkt vil vi have en fornemmelse af, om sygdommen fortsat udvikler sig klinisk og i såfald tage en ny snak med patienten omkring tillæg af Ironotecan eller Ironotecan/5-FU – afhængig af evt. indgang i Fase 1 protokol.

...

11.03.2019 ...

Journalnotat

Patienten giver fremmøde til planlagte 1. serie Panitumumab. Man vælger Panitumumab i stedet for Centuximab pga. mindre sandsynlighed for reaktion og hurtigere administrationstid. Antistoffet er det samme som Centuximab ...

...

02.04.2019 ...

Journalnotat

Ambulant samtale d.d. i Stråleterapien. Pt. møder til planlægning af pallierende strålebehandling

...

02.04.2019 ...

Journalnotat

Der er accept fra hospitalsledelsen til behandling med osimertinib (tagrisso) efter anbefaling fra Second Opinion.

...

04.04.2019 ...

Journalnotat

Der udleveres i dag tablet Tagrisso 80 mg x 1 dagligt ... [Forsikrede] er fortsat indlagt på ... og møder i morgen til strålebehandling.

...

16.05.2019 ...

... MDT konference

... Vurdering: Patientens skanning er gennemset ... Således samlet set tegn til progression på skanningen. Patienten er overflyttet til [hospice] og der gøres således ikke yderligere herfra."

Af mail af 24/6 2019 fra det andet selskabs skaderepræsentant til selskabet fremgår bl.a.:

"Der er ikke indkommet nyt lægeligt ud over det, som I allerede har fået.

...

Vi kan oplyse, at vi den 21. februar 2019 talte med [forsikredes forældre], som ønskede, at vi skulle se på mén efter sygdom, men da hun var indlagt og fortsat i behandling, aftalte vi, at forældrene skulle vende tilbage, enten når [forsikrede] var udskrevet, eller når de vidste mere om behandlingens virkning. Herefter har vi ikke hørt fra forældrene."

Af den vejledende méntabel fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fremgår bl.a.:

"Kræftsygdomme

Kræftsygdomme har så forskellige følger, at det ikke er muligt at udarbejde en egentlig tabel. Følgende tjener imidlertid som udgangspunkt for vurderingen af de kræftsygdomme, som det kan komme på tale at anerkende som erhvervsbetingede.

...

- | | | |
|------|---|-------|
| 1.3. | Kræftsygdom, som ikke kan helbredes og med beskedne yderligere behandlingsmuligheder – som udgangspunkt | 100 % |
|------|---|-------|

Ved inoperable kræftsygdomme, hvor tilskadekomne er i fysisk velbefindende ved afgørelsen, kan ménet fastsættes til 50 %. Der vil i så fald straks ske revision, og tilstanden vil blive fulgt løbende. Méngraden afspejler den psykiske belastning og ændring i livssituation, som kræftlidelsen under alle omstændigheder vil medføre ved fysisk velbefindende."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"§ 12. SYGDOMSFORSIKRING

Stk. 1. Sygdom betragtes i denne forsikring som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der ikke kan henføres til et ulykkestilfælde

...

§ 13. MEN

Stk. 1. Ret til udbetaling fastsættes, så snart sygdommens endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter at sygdomstilfældet er anmeldt til Det tilsluttede selskab.

Stk. 2. [Selskabet] fastsætter méngraden efter samme méntabel, som Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring benytter på skadetidspunktet og med de begrænsninger, der er anført i disse forsikringsbetingelser.

Stk. 3. Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings méntabel, fastsætter [selskabet] forsikredes méngrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen, på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

Stk. 4. I alle tilfælde fastsætter [selskabet] méngraden på et rent medicinsk grundlag uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, forsikredes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

Stk. 5. Et bestående mén kan ikke medføre, at méngraden ansættes højere, end hvis det ikke havde været til stede.

Stk. 6. Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte invaliditetsgrad.

§ 14. FORSIKRINGENS STØRRELSE

Stk. 1. [Selskab] har mulighed for årligt pr. 1. januar at regulere dækningens størrelse. Ved en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed udbetaler [selskab] på baggrund af den sum, som var gældende ved forsikringsbegivenhedens indtræden til værger, jf. dog stk. 3.

Stk. 2. Ved udbetalingsberettiget mén på 30 % og derover udbetaler [selskab] en tillægserstatning svarende til erstatning for den opnåede invaliditetsgrad. Således fordobles erstatningens størrelse, såfremt sygdommen har medført en méngrad på 30 % eller derover.

Stk. 3. Hvis det forsikrede barn er myndigt, sker udbetaling til forsikrede."

Nævnet udtaler:

Klageren er dødsboet efter nu afdøde forsikrede. Nu afdøde forsikrede var omfattet af en børnesygdomsforsikring, som dækkede mén som følge af sygdom. Forsikrede fik konstateret kræft i februar 2018. Sygdommen kunne ikke opereres, og hun modtog kemoterapi, strålebehandling og immunterapi. Den 16/5 2019 blev hun overflyttet til hospice og afgik senere samme måned ved døden.

Sygdommen blev anmeldt den 8/3 2018 til selskabets skaderepræsentant, og selskabet har den 13/4 2018 modtaget lægejournaler for perioden 2/2 2018 – 5/4 2018. Forældrene henvendte sig til selskabets skaderepræsentant i januar 2019 og oplyste, at forsikrede var i palliativ behandling, og at måske kunne immunterapi hjælpe. Forældrene henvendte sig igen til skadesrepræsentanten den 21/2 2019 og ønskede, at méngraden blev vurderet. Da forsikrede fortsat var i behandling, blev det aftalt, at forældrene skulle vende tilbage, når forsikrede enten var udskrevet, eller når de vidste mere om behandlingens virkning. Forældrene henvendte sig igen i september 2019 efter forsikredes død.

Selskabet har den 18/9 2019 udbetalt en erstatning for 50 % mén for inoperable kræftsygdomme, idet selskabet fastsatte stationærtidspunktet til den 2/3 2018, hvor forsikrede fik at vide, at der ikke var mulighed for operation. Selskabet har beklaget, at erstatningen ikke blev opgjort og udbetalt, mens forsikrede var i live, og har forrentet den udbetalte erstatning fra 14 dage efter modtagelsen af lægejournalen den 13/4 2018. Selskabet har efterfølgende den 4/11 2019 anerkendt, at udbetalingen er at anse som en acontoerstatning. Selskabet har vurderet, at stationærtidspunktet først forelå den 16/5 2019, hvor det blev konstateret, at den eksperimenterende kræftbehandling ikke virkede, og at méngraden på det tidspunkt var 100 %. Selskabet har afslået at udbetale resterstatningen med henvisning til, at erstatningen ikke er faldet i arv.

Klagerens krav er, at selskabet skal anerkende, at mén godtgørelsen som følge af sygdom var forfalden til betaling inden forsikredes død, og at godtgørelsen er faldet i arv. Klageren har endvidere krævet dækning af rimelige og nødvendige advokatombudsninger i medfør af forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3, idet selskabets handlemåde har gjort det nødvendigt for dødsboet at søge advokatbistand.

Klageren har anført, at selskabet kunne og burde have vurderet méngraden i tidspunktet mellem stationærtidspunktet og forsikredes død, og at selskabet har været vidende om kravets eksistens. Klageren har endvidere anført, at skaderepræsentanten under sin løbende behandling af sagen flere gange kontaktede forsikringstageren for at hente oplysninger om udviklingen i sygdomsforløbet, og at selskabet ikke kan forbedre sin forsikringsmæssige position ved at holde sig i bevidst uvidenhed om forsikredes helbredsmæssige situation.

Selskabet har fastholdt sin afvisning af at udbetale resterstatningen med henvisning til, at erstatningskravet ikke var forfaldent på tidspunktet for forsikredes død. Selskabet har anført, at det ikke havde mulighed for at vurdere méngraden, idet selskabet på dødsfaldstidspunktet alene var i besiddelse af journalen fra egen læge med oplysninger om forsikredes helbredstilstand til og med den 5/4 2018. Selskabet har anført, at en mén godtgørelse ikke er det samme som en dødsfaldssum, og at kravet om udbetaling af mén godtgørelsen derfor skal være fremsat og for-

faldet, mens den sikrede er i live. Det er ikke tilstrækkeligt, at sygdommen er anmeldt, mens den sikrede er i live. Erstatningskravet skal også være forfaldet, mens den sikrede er i live, hvilket indebærer, at tilstanden dels er stationær, dels at selskabet kunne være/er i besiddelse af de oplysninger, der er fornødne til at kunne vurdere det varige mén.

Selskabet har tilbudt at dække et salær på 10.000 kr. inkl. moms på grund af en fejl i renteberegningen, som selskabet selv opdagede og korrigerede efter klagerens advokats indtræden i sagen.

Det følger af forsikringsbetingelsernes § 13, stk. 1, at "Ret til udbetaling fastsættes, så snart sygdommens endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter at sygdomstilfældet er anmeldt til Det tilsluttede selskab". Det følger af betingelsernes § 14, stk. 1, 2. pkt., at "Ved en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed udbetaler [selskabet] på baggrund af den sum, som var gældende ved forsikringsbegivenhedens indtræden, til værgen, jf. dog stk. 3" og af § 14, stk. 3, at "Hvis det forsikrede barn er myndigt, sker udbetaling til forsikrede". En bestemmelse om, at udbetaling sker til værgen er gyldig, jf. forsikringsaftalelovens § 119. Nævnet henviser til Vestre Landsrets dom gengivet i Ugeskrift for Retsvæsen 1991, s. 728 og nævnets sag 78.799.

Nævnet finder, at sygdommens endelige følger kunne bestemmes senest den 26/2 2019.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens kræftsygdom på dette tidspunkt havde spredt sig til andre dele af kroppen, og at den lægelige vurdering var, at klageren havde nået terminalfasen. Af hospitalsnotat af 22/2 2019 fremgår det således, at "Vi taler om den forventede effekt af kemoterapi, og jeg forklarer, at man formentlig kun kan forvente levetidsforlængelse i størrelsesorden uger til mdr. ved en sådan behandling, men at vi jo ikke ved det før, at behandlingen er givet og effekten er evalueret ... Det har været kortvarig respons af den kemoterapi, der er givet indtil nu, hvilket minimerer sandsynligheden for forventet effekt af de næste linjer".

Ankenævnet for Forsikring

21.

94784

Af hospitalsnotat af 26/2 2019 fremgår det endvidere, at "Samtalen omhandler den aktuelle udvikling i [forsikredes] sygdom, strålebehandling mod ... og ansøgning om terminaltilskud samt vi herfra behandlerteamet anbefaler, at [pårørende] vender hjem fra [udlandet], for at kunne være sammen med [forsikrede]. Det er ikke muligt at angive en sikker prognose for [forsikredes] sygdomsudvikling og set i det lys, derfor denne anbefaling".

At klageren fortsat modtog strålebehandling og fra den 4/4 2019 modtog immunterapi, kan - henset til sygdommens karakter og de i februar foreliggende entydige prognoser - ikke føre til andet resultat.

Forsikrede var ikke myndig den 26/2 2019, og erstatningen tilfaldt ikke hende, men værgen, jf. forsikringsbetingelsernes § 14, stk. 1, 2 pkt.

Nævnet finder derfor, at selskabet skal genoptage sagsbehandlingen og skal udbetale yderligere erstatning til værgen i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne. Erstatningen skal forrentes 14 dage efter selskabets modtagelse af hospitalsjournalen, jf. forsikringsaftalelovens § 24.

Henset til sagen karakter og udfaldet af sagen finder nævnet efter en samlet vurdering, at selskabet skal betale i alt 20.000 kr. inkl. moms til dækning af klagerens udgift til advokatbistand for så vidt angår advokatens arbejde forud for sagens indbringelse for nævnet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, LB Forsikring A/S, skal anerkende, at værgen er berettiget til at få udbetalt en erstatning på grundlag af en méngrad på 100 %. Selskabet skal genoptage sagsbehandlingen og skal

Ankenævnet *for* Forsikring

22.

94784

udbetale yderligere erstatning til værgeren i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne. Erstatningen skal forrentes 14 dage efter selskabets modtagelse af hospitalsjournalen, jf. forsikringsaftalelovens § 24. Selskabet skal betale i alt 20.000 kr. til dækning af klagerens udgift til advokatbistand.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales.

Jens Kruse Mikkelsen
formand