

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 16. december 2020 blev i sag nr. 95450:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

PensionDanmark
Langelinie Allé 41
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 25/6 2020 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Sidste år 10. juli fik jeg konstateret en tumor og d. 16. oktober Arteriovenøs misdannelse i cereb-ralt kar. i hjernen. Pension Danmark udbetalte kritisk sygdom på den baggrund. En sygeplejerske (fra Pension Danmark) ringede mig op i forbindelse med udbetalingen og fortalte mig, at jeg skulle være opmærksom på, at jeg kunne få udbetalt for kritisk sygdom 2 gange indenfor et år netop på den diagnose. Jeg kan huske at jeg svarede at det håber jeg ikke, da de forhåbentlig havde fjernet det og at alt ville være godt igen. Dette kan de ikke gøre uden motoriske mén af bevægelse, tale og ansigts mimik, derfor er det en afvejning vi tager efter hver scanning i samråd. På baggrund af vejledningen er min forventning derfor naturligvis, at jeg kan få udbetaling igen fra kritisk sygdom.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Endnu en udbetaling af kritisk sygdom"

Selskabet har i brev af 2/7 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen såle-des:

"Selskabet fastholder afslaget, da klager tidligere har fået udbetalt et engangsbeløb ved kritisk sygdom, og da seneste diagnose ikke er stillet mindst seks måneder efter, at den første diagnose blev stillet.

De nugældende forsikringsbetingelser for pensionsordninger i PensionDanmark pr. 1. januar 2020 vedlægges som bilag 1.

PensionDanmark frafalder kald og varsel.

Sagsfremstilling

Den 10. juli 2019 søgte klager om udbetaling af et engangsbeløb ved kritisk sygdom på grund af diagnosen visse typer af svulster i hjerne og rygmarv, jf. bilag 2.

Den 12. august modtog selskabet kopi af patientjournalen fra neurologisk klinik på [hospital], jf. bilag 3.

Patientjournalen blev forelagt selskabets rådgivende lægekonsulent, som i mail af 15. august 2019 vurderede, at klagers ene diagnose (meningeom) opfyldte betingelserne i diagnosegruppe 7 for visse godartede svulster (i hjerne og rygmarv), jf. bilag 4.

Ved brev af 16. august 2019 udbetalte vi derfor engangsbeløbet ved kritisk sygdom på 100.000 kr. til klager, jf. bilag 5.

Den 9. april 2020 søgte klager om udbetaling af endnu et engangsbeløb ved kritisk sygdom og igen på grund af diagnosen visse typer af svulster i hjerne og rygmarv, jf. bilag 6.

Den 14. april 2020 meddelte vi afslag på udbetaling af engangsbeløbet, da klager i august 2019 havde fået udbetalt engangsbeløbet ved kritisk sygdom for den samme diagnose, jf. bilag 7.

Den 29. april 2020 modtog selskabet mail med klage over afslaget, jf. bilag 8. Selskabet fastholdt afslaget ved brev af 12. maj 2020, jf. bilag til klagen.

Ved brev af 3. juni 2020 modtog selskabet endnu en klage over afslaget, jf. bilag 9, som selskabet fastholdt ved brev af 16. juni 2020, jf. bilag til klagen.

Begrundelse

I maj 2019 debuterede klagers symptomer med pludseligt opstået hovedpine, og klager fik derfor foretaget en MR-scanning suppleret med en CT-scanning den 9 juli 2019.

Begge scanninger blev vurderet den 11. juli 2019, hvor der blev stillet to diagnoser, idet scanningerne viste dels et ret stort venstresidigt cavernom (kartumor) og dels et tilfældigt opdaget mindre konveksitetsplaceret meningeom (godartet hjernetumor).

Da betingelserne i diagnosegruppe 7 for visse godartede svulster (i hjerne og rygmarv) umiddelbart var opfyldt, udbetalte selskabet engangsbeløbet ved kritisk sygdom for diagnosen godartet hjernesvulst (meningeom) ved brev af 16. august 2019.

Da kartumoren (cavernom) blev stillet samtidigt, blev der ved klagers efterfølgende ansøgning om endnu et engangsbeløb, givet afslag på udbetaling, da der ikke var mindst 6 måneder mellem de to diagnoser.

I forsikringsbetingelserne § 15, stk. 5 står:

Ankenævnet for Forsikring

3.

95450

'Hvis medlemmet tidligere har fået stillet en diagnose inden for én diagnosegruppe, kan medlemmet ikke få udbetalt engangsbeløb for denne eller en anden diagnose i samme diagnosegruppe, jf. dog stk. 4. Det gælder, selvom medlemmet i mellemtiden har været erklæret rask.'

I forsikringsbetingelserne § 15, stk. 6 står:

'Hvis medlemmet har fået udbetalt engangsbeløb for én diagnose, og medlemmet senere får en ny diagnose i en anden diagnosegruppe, skal der være mindst seks måneder mellem diagnose-tidspunkterne for den diagnose, der senest er udbetalt engangsbeløb for, og den nyeste diagnose, for at der på ny kan udbetales engangsbeløb. Seneste diagnose skal være stillet den 1. januar 2010 eller senere.'

På grund af de lægelige oplysninger fastholder selskabet afslaget på udbetaling af endnu et engangsløb ved kritisk sygdom, jf. forsikringsbetingelserne § 15, stk. 5-6."

Klageren har i brev af 18/8 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Det jeg meget gerne vil gøre opmærksom på er, at de slet ikke tager stilling til, at jeg - efter deres svar at dømme - er blevet fejl vejledt af den sygeplejerske der ringede mig op. Det var her jeg blev gjort opmærksom på muligheden og hele grundlaget for at jeg søgte igen. Så jeg forventer naturligvis igen at få en udbetaling, da det er det jeg er blevet vejledt om var muligt efter 6 mdr. med netop den diagnose."

Selskabet har i brev af 7/9 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Vi afviser klagers påstande om,

- 1) at vi skulle have oplyst, at klager skulle kunne få udbetalt engangsbeløbet to gange for den samme diagnose, jf. klagen i webskemaet
- 2) at vi skulle have oplyst, at klager kunne få udbetalt engangsbeløbet to gange for samme diagnose, hvis klager søgte om udbetaling af endnu et engangsbeløb med seks måneders mellemrum.

Seks måneders fristen vedrører den mindsteperiode, der skal være mellem diagnosetidspunkterne for to forskellige diagnoser, for at der kan være ret til udbetaling af endnu et engangsbeløb og ikke hvor længe, der skal gå, før man kan søge om udbetaling af endnu et engangsbeløb.

Man kan ikke få udbetalt mere end ét engangsbeløb for den samme diagnose, jf. vores tidligere svar."

Til dette har klageren fremsendt brev af 15/9 2020, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg har med beklagelse modtaget jeres svar. Min erfaring som leder fortæller mig desværre, at I ikke tager ansvar for jeres medarbejdere og deres sagsbehandling. I har på fineste vis besluttet, at det er en sygeplejerske der ringer ud til os med kritisk sygdom og overbringer os afgangsbrevet. Dette burde præciseres overfor dem, at de har vejlederansvar. Når man giver så ukorrekt vejledning, burde det have konsekvenser. Det har det bestemt indenfor mit virke, og da jeg sidder hvor jeg gør ved jeg at det har det også hos jer. Derfor ved jeg naturligvis også hvorfor I nægter. Det er

sørgeligt, at vi er nået frem til et samfund, hvor at hvis du ikke har været klar nok til at optage stort set alle samtaler, så mister du rettigheder."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af vurdering af 15/8 2019 fra selskabets lægekonsulent fremgår bl.a.:

"[Klageren] har et ret stort ve-sidigt cavernom i occipitalregionen (en kartumor, som er histologisk benign, men med ca 50% risiko for blødning). Herudover er tilfældigt fundet et mindre konveksitets placeret meningeom (godartet hjernehinde tumor) på ve side, der ikke giver symptomer. Symptomerne: hø-si dige smerter, synsforstyrrelse, refleksovervægt, dropfod er forenelige med cavernomet. Der er risiko ved kirurgisk behandling (embolisering, bestråling, operativ fjernelse), derfor indtil videre observation.

Vurdering:

Opfylder specifikation til kritisk sygdom, Diagnosegr 7, Godartede tumorer i hjerne/hjernebinder. Opfylder muligvis også specifikationer til Diagnosegr 6, idet cavernom ofte medfører dilatation aftilførende arterie (med risiko for blødning). Det er derfor, der undersøges så meget, om der har været blødning."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"Afsnit D Betingelser for forsikringen ved visse kritiske sygdomme

§ 15. Forsikringen ved visse kritiske sygdomme

Stk. 1. Dette afsnit indeholder de særlige regler, som gælder for forsikringen ved visse kritiske sygdomme, sammen med de generelle forsikringsbetingelser.

Stk. 2. Forsikringen ved visse kritiske sygdomme består af et engangsbeløb. Reglerne for engangsbeløbet fastsættes af PensionDanmarks bestyrelse.

Stk. 3. Følgende diagnosegrupper er omfattet af forsikringen ved visse kritiske sygdomme:

...

6 Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer

7 Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv

...

Stk. 4. Medlemmet kan kun få udbetalt ét engangsbeløb inden for diagnosegrupperne 1-21. Der udbetales det engangsbeløb, der er gældende på diagnosetidspunktet. For diagnosegruppe 1 "Ondartet kræft" gælder dog, at hvis medlemmet tidligere har fået diagnosticeret kræft, kan der – uanset om der tidligere er udbetalt engangsbeløb – være ret til udbetaling af engangsbeløbet, hvis:

- medlemmet de sidste 7 år forud for den nye kræftdiagnose ikke har fået diagnosticeret eller været i behandling for kræft.
- den nye kræftdiagnose er en anden type kræft og er stillet tidligst den 1. januar 2017.
- der ikke er tale om recidiv eller metastaser fra tidligere kræftdiagnoser.

...

Stk. 5. Hvis medlemmet tidligere har fået stillet en diagnose inden for én diagnosegruppe, kan medlemmet ikke få udbetalt engangsbeløb for denne eller en anden diagnose i samme diagnosegruppe, jf. dog stk. 4. Det gælder, selvom medlemmet i mellemtiden har været erklæret rask. Be-

stemmelsen omfatter alle tidligere diagnoser, hvor medlemmet har fået udbetalt engangsbeløb ved en kritisk sygdom, men også i de tilfælde, hvor der ikke er udbetalt engangsbeløb for den tidligere diagnose, fordi medlemmet ikke var omfattet af forsikringen på diagnosetidspunktet.

Stk. 6. Hvis medlemmet har fået udbetalt engangsbeløb for én diagnose, og medlemmet senere får en ny diagnose i en anden diagnosegruppe, skal der være mindst seks måneder mellem diagnosetidspunkterne for den diagnose, der senest er udbetalt engangsbeløb for, og den nyeste diagnose, for at der på ny kan udbetales engangsbeløb. Seneste diagnose skal være stillet den 1. januar 2010 eller senere."

Nævnet udtaler:

Klageren fik ved MR scanning den 9/7 2019 konstateret en venstresidig kartumor, og en godartet hjernetumor, hvorfor der blev stillet to diagnoser. Den 10/7 2019 ansøgte hun om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom for diagnosen visse typer af svulster i hjerne og rygmarg, og den 16/8 2019 udbetalte selskabet forsikringssum ved kritisk sygdom for diagnosen hjernesvulst. Den 9/4 2020 ansøgte hun om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom for diagnosen visse typer af svulster i hjerne og rygmarg. Den 14/4 2020 afviste selskabet at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom for diagnosen kartumor.

Klageren ønsker at få udbetalt endnu en forsikringssum ved kritisk sygdom. Hun har anført, at en sygeplejerske fra selskabet telefonisk har oplyst, at hun kunne få udbetalt forsikringssum ved kritisk sygdom to gange inden for et år for den pågældende diagnose, og at det var muligt at søge om udbetaling efter 6 måneder. Hun har anført, at hun er blevet fejlvejledt af selskabets sygeplejerske, at det var den pågældende medarbejder, der gjorde hende opmærksom på muligheden for at ansøge igen, og at hun derfor har haft en forventning om at kunne få endnu en udbetaling.

Selskabet har afvist, at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom for diagnosen kartumor, idet klageren tidligere har fået udbetalt forsikringssum ved kritisk sygdom, og da klagerens seneste diagnose ikke er stillet mindst 6 måneder efter, at den første diagnose blev stillet jf. forsikringsbetingelsernes § 15, stk. 5 og 6. Selskabet har afvist klagerens påstand om, at selskabet skulle have oplyst, at klageren kunne få udbetalt engangsbeløbet to gange for den samme diagnose,

Ankenævnet for Forsikring

6.

95450

eller at klageren kunne få udbetalt engangsbeløbet to gange for samme diagnose, hvis klageren søgte om udbetaling af endnu et engangsbeløb med seks måneders mellemrum.

Af § 15, stk. 5 i forsikringsbetingelserne fremgår det, at "Hvis medlemmet tidligere har fået stillet en diagnose inden for én diagnosegruppe, kan medlemmet ikke få udbetalt engangsbeløb for denne eller en anden diagnose i samme diagnosegruppe". Af stk. 6 fremgår det, at "Hvis medlemmet har fået udbetalt engangsbeløb for én diagnose, og medlemmet senere får en ny diagnose i en anden diagnosegruppe, skal der være mindst seks måneder mellem diagnosetidspunkterne for den diagnose, der senest er udbetalt engangsbeløb for, og den nyeste diagnose, for at der på ny kan udbetales engangsbeløb".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke anledning til at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom for diagnosen kartumor med henvisning til forsikringsbetingelsernes § 15, stk. 5 og 6.

Spørgsmålet er herefter, om selskabet på erstatningsretligt grundlag som følge af mangelfuld eller vildledende rådgivning kan pålægges at udbetale summen til klageren. Nævnet bemærker, at det er klageren, som har bevisbyrden herfor.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at pålægge selskabet på erstatningsretligt grundlag at udbetale en yderligere forsikringssum til klageren.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren ikke har bevist, at selskabets medarbejder skulle have givet vildledende oplysninger af en karakter, de har været egnede til at give hende en berettiget forventning om, at hun var berettiget til udbetaling af en yderligere sumudbetaling som følge af kartumoren.

Som følge heraf

Ankenævnet *for* Forsikring

7.

95450

bestemmes:

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen