

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 17. februar 2021 blev i sag nr. 95709:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

PensionDanmark
Langelinie Allé 41
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved kritisk sygdom. I klageskema af 26/8 2020 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg fik den 03.03.2020 konstateret behov for dobbelt bypass operation. Operationen blev foretaget den 31.03.2020. Jeg modtog den 12.03.2020 brev fra PensionDanmark om, at jeg opfyldte betingelserne for udbetalt af engangsbeløb på kr. 100.000,- ved kritisk sygdom.

Den 29.07.2020 fik jeg ved samtale på [hospital] konstateret lungekræft, hvorefter jeg sammen med min hustru søger om yderligere et engangsbeløb ved kritisk sygdom den 30.07.2020. PensionDanmark sender mig den 03.08.2020 afslag på denne ansøgning, med henvisning til at der skal være gået min. 6 mdr. fra 1. diagnose til 2. diagnose stilles.

[Mit familiemedlem] tog efterfølgende telefonisk kontakt til PensionDanmark den 07.08.2020, hvor hun drøftede forløbet med en sygeplejerske. Sygeplejersken oplyste [mit familiemedlem] om, at hun skulle klage over afgørelsen, da forsikringsselskabet først for nyligt (pr. 01.01.2020) havde indført klausulen om de 6 mdr. mellem der stilles 2 diagnoser som hører under kritisk sygdom.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Udbetaling af engangsbeløb ved kritisk sygdom for diagnosen lungekræft med spredning til skulder, brystben, hofte, binyre og knogler. Dette ligeledes med baggrund i, at der er gået 4 måneder, 3 uger og 2 dage samt at det er 2 meget forskellige former for kritisk sygdom.

Det skal dog anføres, at der i 2. afslag af 20.08.2020 er anført, at jeg har fået stillet diagnose med lungekræft den 01.07.2020, denne diagnose har jeg som beskrevet først fået ved samtale på [hospital] den 29.07.2020."

Selskabet har den 7/9 2020 bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Selskabet har modtaget Ankenævnets meddelelse af 31. august 2020 vedlagt [klagerens] klage over afslag på udbetaling af endnu et engangsbeløb ved kritisk sygdom.

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.

...

Sagsfremstilling

Den 12. marts 2020 søgte klager om udbetaling af et engangsbeløb ved kritisk sygdom på grund af diagnosen hjertesygdomme, jf. bilag 2.

Samtidig modtog selskabet kopi af patientjournalen fra [hospital], Kardiologisk afdeling, hvoraf fremgik, at klager den 2. marts 2020 blev indstillet til bypassoperation på grund af svær 2-karssygdom, jf. bilag 3.

Da klager på diagnosetidspunktet den 2. mart 2020 opfyldte betingelserne, herunder betingelserne i sygdomsdefinition 2c for kranspulsåreforkalkning, udbetalte vi engangsbeløbet ved kritisk sygdom på 100.000 kr. til klager, jf. bilag 4.

Den 2. august 2020 søgte klager om udbetaling af endnu et engangsbeløb ved kritisk sygdom på grund af diagnosen ondartet kræft, jf. bilag 5.

Samtidig modtog selskabet kopi af patientjournalen fra [hospital], Onkologisk afdeling, hvoraf fremgik, at klager den 24. juli 2020 blev henvist til onkologisk afdeling på grund af nykonstateret planocellulært karcinom med udgangspunkt i venstre lunge, jf. bilag til klagen.

Den 3. august 2020 meddelte vi afslag på udbetaling af engangsbeløbet, da klagers kræftdiagnose blev stillet i juli 2020, og da klager i marts 2020 havde fået udbetalt engangsbeløbet for en anden diagnose, og der derfor ikke var seks måneder mellem de to diagnoser, jf. bilag til klagen.

Den 7. august 2020 modtog selskabet mail med klage over afslaget, jf. bilag til klagen. Selskabet fastholdt afslaget ved brev af 20. august 2020, jf. bilag til klagen.

Begrundelse

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 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.'

Ankenævnet for Forsikring

3.

95709

På grund af de lægelige oplysninger fastholder selskabet afslaget på udbetaling af endnu et engangsløb ved kritisk sygdom, da der ikke er mindst seks måneder mellem diagnosen på kranspulsåreforkalkning stillet i marts 2020 og diagnosen ondartet kræft stillet i juli 2020. jf. forsikringsbetingelserne § 15, stk. 6."

Nævnets sekretariat anmodede den 3/11 2020 selskabet om at besvare følgende spørgsmål:

"Er klagerens pensionsordning en arbejdsmarkedspension eller en individuelt tegnet pensionsordning?

Hvornår er 6-måneders reglen i § 16, stk. 6 indsat i forsikringsbetingelserne?

Er denne ændring varslet overfor klageren?"

Selskabet har herefter den 19/11 2020 anført:

"6-måneders reglen blev indsat i forsikringsbetingelser pr. 1. januar 2010, da vi udvidede dækningen under forsikringen ved kritisk sygdom til at omfatte flergangsudbetaling. Vi vedlægger forsikringsbetingelserne pr. 1. januar 2010.

Indtil 1. januar 2010 kunne medlemmerne kun få udbetalt ét engangsbeløb ved kritisk sygdom, jf. bilag 6 med forsikringsbetingelserne pr. 1. januar 2009, § 24, stk. 3.

Der er ikke sendt varslingsbrev."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"Afsnit D

Betingelser for forsikringen ved visse kritiske sygdomme

§ 15. Forsikringen ved visse kritiske sygdomme

...

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 diagnositidspunkterne 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 ansøgte den 2/8 2020 om udbetaling af engangsbeløb ved visse kritiske sygdomme, da han i juli 2020 havde fået konstateret ondartet kræft.

Selskabet har afvist at yde dækning, da klageren i 2020 har fået udbetalt engangsbeløb ved visse kritiske sygdomme på grund af en hjertesygdom, som var diagnosticeret den 2/3 2020, og der således ikke var forløbet 6 måneder mellem de to diagnositidspunkter.

Af forsikringsbetingelsernes § 15, 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. Seneste diagnose skal være stillet den 1. januar 2010 eller senere".

Selskabet har i brev af 19/11 2020 oplyst, at denne 6-måneders regel blev indsat i forsikringsbetingelser pr. 1/1 2010. Indtil 1/1 2010 kunne medlemmerne kun få udbetalt ét engangsbeløb ved kritisk sygdom.

Efter en gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren fik diagnosticeret en hjertesygdom i marts 2020, og at han i juli 2020 fik kræft, hvorfor der ikke er 6 måneder mellem de to diagnosetidspunkter.

Det som klageren i øvrigt har anført – herunder at selskabet først har indsat bestemmelsen 6-måneders reglen i forsikringsbetingelserne den 1/1 2020, og at der er tale om to meget forskellige former for sygdomme – kan ikke føre til andet resultat. Nævnet bemærker, at selskabet har oplyst, at bestemmelsen er mere fordelagtig end den tidligere regel.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Ankenævnet *for* Forsikring

5.

95709

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen