

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 11. august 2021 blev i sag nr. 96224:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har en sygdomsforsikring til børn. I klageskema af 15/12 2020 til nævnet har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Forsikringsproduktet 'Mén efter sygdom'. Klagers søn blev den 30. oktober 2019 diagnosticeret med neuroblastom. Forsikring blev tegnet den 22. oktober 2019. Sønnen har som følge af diagnosen mén i form af blandt andet bevægelsesudfordringer samt udfordringer med vandafladningen begrundet i diagnosen.

Selskabet afviser klagers krav under henvisning til undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelsernes § 15, stk. 1, pkt. a, idet sygdommen neuroblastom diagnosticeret den 30/10-19, efter selskabets opfattelse, var indtruffet inden forsikringen trådte i kraft den 22/10-19.

Klager gør først og fremmest gældende, at selskabet ikke kan siges at have løftet bevisbyrden for, at sygdommen eller følgerne deraf, var indtruffet før forsikringen trådte i kraft, alene ved at selskabet har fremlagt dets internt ansatte lægekonsulents vurdering heraf. En vurdering på baggrund af en intern ansat lægekonsulent kan, alene i kraft af lægekonsulents ansættelsesforhold i selskabet, ikke tillægges afgørende vægt.

Endvidere gør klager gældende, at det følger af selskabets forsikringsbetingelser § 12, stk. 2. pkt. a. at selskabet ikke opfatter fysiske skavanker, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikring træder i kraft, som værende sygdom. Selskabet kan herefter ikke påstå, at de fysiske skavanker som sønnen havde op til indtegningstidspunktet var et udtryk for sygdom. I forlængelse heraf kan selskabet således ej heller påstå, at sønnen var syg inden indtegning.

Klager gør subsidiært gældende, at selskabets definition af sygdom som angivet i forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 1. som 'Sygdom betragtes i denne forsikring som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der ikke kan henføres til et ulykkestilfælde', er urimelig efter aftalelovens § 36, idet man efter lægelige praksis, ikke anser enhver forværring af helbredstilstanden som sygdom. Vilkåret bør således tilsidesættes som ugyldigt, idet det medfører en usaglig begrænsning af forsikringsselskabets dækningspligt, hvorfor det vil være urimeligt at gøre vilkåret gældende over for klager.

Det synes ubestridt, at sønnen fik diagnosen neuroblastom den 30/10-2019 samt at han har mén som følge heraf.

Sammenfattende synes klager at opfylde forsikringsselskabets betingelser for dækning af mén efter sygdom.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Selskabet tilpligtes til klager at afgive dækningstilsagn for forsikringen mén efter sygdom. Herefter skal selskabet realitetsbehandle skaden i relation til méngraden.

En eventuel erstatning forrentes med tillæg af rente efter FAL §24."

Selskabet har i brev af 11/1 2021 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagsfremstilling

Klager har tegnet forsikring for sin søn i AP Pension, som kommer til udbetaling, såfremt Klagers søn oplever et varigt mén på minimum 5 pct. på grund af sygdom.

AP Pension har afvist afsøgning om udbetaling, idet sygdommen, efter hvilken der angiveligt er opstået et mén, i forsikringsbetingelsernes forstand er indtruffet inden forsikringstiden.

AP Pension skal i det hele henvise til sin korrespondance med Klager, via dennes rådgiver [klagerens repræsentant], som er vedlagt af Klager.

Klageskemaet til ankenævnet giver derudover anledning til følgende bemærkninger:

Aftalegrundlag

Følgende fremgår af forsikringsbetingelserne, der er vedlagt Klagers klage:

'§ 12. SYGDOMSFORSIKRING

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

Stk. 2. Følgende betragtes ikke som sygdom i henhold til denne forsikring:

a. Fysiske skavanker eller psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikringen træder i kraft.

b. Ordblindhed, talblindhed og væksthæmning.

Stk. 3. Sygdom betragtes som indtruffet på det tidspunkt, hvor forværringen af helbredstilstanden første gang påvises af en læge. Dette er ikke altid sammenfaldende med tidspunktet for diagnosticeringen af sygdommen.

Stk. 4. Når en sygdom er direkte årsag til, at Forsikredes medicinske invaliditet (dvs. mén) fastsættes til mindst 5 % udbetales der erstatning, jf. dog stk. 3. Der skal være tale om varigt mén.

...

§ 15. INGEN DÆKNING

Stk. 1. Dækningen omfatter ikke:

a. Sygdom eller følger deraf, der er indtruffet før forsikringen træder i kraft.

...

AP Pensions vurdering af sagen

Forsikringen giver ret til udbetaling, såfremt forsikrede, på grund af en sygdom, oplever et varigt mén på mindst 5 procent.

Forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 1 forklarer, at sygdom betragtes som en konstateret forværring af helbredstilstanden, som ikke kan henføres til et ulykkestilfælde.

Bestemmelsens pkt. 2 begrænser hvilke sygdomme, der kan give ret til udbetaling, idet det fremgår, at fysiske skavanker eller psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikringen træder i kraft, ikke kan anses for dækningsberettigede sygdomme.

Bestemmelsens pkt. 3 forklarer yderligere, at sygdomme betragtes som indtruffet på det tidspunkt, hvor forværringen af helbredstilstanden første gang påvises af en læge, og at dette ikke altid er sammenfaldende med tidspunktet for diagnosticeringen af sygdommen.

Endvidere bestemmer forsikringsbetingelsernes § 15, stk. 1, at forsikringsdækningen ikke omfatter sygdom eller følger deraf, der er indtruffet før forsikringen træder i kraft.

Det fremgår af journaludskrift vedr. Klagers søn (Bilag A), at han indlægges den 22. oktober 2019. Klokken 11.30 er der denne dag bl.a. indført i journalen, at han er svedende i forbindelse med fødeindtag, samt smerteforpint ved afføring og luftafgang. Det fremgår, at Klagers søn har været grædende og utilpas over de foregående uger, og at han har oplevet en nedsat vækstkurve. Derudover fremgår det, at Klagers søn siden dagen før indlæggelsen ikke rigtigt bruger sit højre ben, som er mindre end venstre ben, og hvor foden drejer indad med bøjede tæer. Det fremgår af den objektive undersøgelse, at der er svækket griberefleks, samt plantarrespons på højre fod, ligesom der ses nedsat tonus og spontan bevægelse af højre ben i forhold til venstre.

Det er AP Pensions vurdering, efter at have konsulteret sin lægekonsulent, at der er en direkte sammenhæng mellem de nævnte indlæggelsessymptomer noteret i Klagers søns journal den 22. oktober 2019 kl. 11.30, og det mén, der angiveligt er fremkommet på grund af sygdommen neuroblastom, og som der nu søges dækning for. Forværringen af helbredstilstanden, og dermed sygdommen i forsikringsbetingelsernes § 12's forstand, er altså konstateret af en læge senest kl. 11.30 den 22. oktober 2019. Det er uden betydning, at sygdommen neuroblastom først diagnosticeres senere.

Forsikringen er tegnet telefonisk den 22. oktober 2019 via AP Pensions samarbejdspartner ... [Selskabets samarbejdspartner] har forklaret AP Pension, at forsikringen er indført i [selskabets samarbejdspartners] it-system kl. 13.17 den 22. oktober 2019. Selskabet forklarer yderligere, at det er

normal procedure, at oprettelse af forsikringer, sker i umiddelbar forlængelse af telefonsamtalen med kunden.

Det er derfor AP Pensions opfattelse, at telefonsamtalen mellem [klageren] og [selskabets samarbejdspartner], og dermed oprettelsen af forsikringen, har fundet sted efter indlæggelsen af Klagers søn, og efter kl. 11.30, hvor journalen viser forværring af helbredstilstanden.

Det er således fortsat AP Pensions vurdering, at sygdommen, hvorefter der ønskes forsikringsdækning, i forsikringsbetingelsernes forstand er indtrådt senest kl. 11.30 den 22. oktober 2019, idet en læge på dette tidspunkt har konstateret en forværring af helbredstilstanden, og symptomer på, den sygdom, som forårsager Klagers søns mén. Da forsikringen først er oprettet efter dette tidspunkt, kan der ikke ske udbetaling fra forsikringen.

Nærmere om anbringenderne i Klagers klageskema

Klager anfører i klageskemaet, at AP Pension ikke har løftet bevisbyrden for, at Klagers søn ikke opfylder kriterierne for udbetaling, idet selskabets lægekonsulent ikke kan anses som upartisk. Til dette skal AP Pension for det første anføre, at vi rådfører os med anerkendte og kompetente lægekonsulenter. For det andet skal selskabet gøre gældende, at det er Klager, der har bevisbyrden for, at der er indtrådt en forsikringsbegivenhed, der giver ret til udbetaling. Det er ikke selskabet, der har bevisbyrden for det modsatte.

Klager henviser til forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 2 litra a, hvor det fremgår, at fysiske skavanker, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikringen træder i kraft, ikke anses som sygdom. Hertil skal AP Pension anføre, at Klager har misforstået bestemmelsen. Bestemmelsen forklarer en undtagelse til forsikringsdækning, således at disse skavanker ikke kan udgøre en sygdom, der kan give ret til udbetaling. Dette er netop tilfældet her, hvor Klagers søn oplever et mén, og hvor symptomerne på den ménforårsagende sygdom har vist sig inden, forsikringen træder i kraft. Bestemmelsen forklarer omvendt ikke, som Klager argumenter for, at man ikke kan se på fysiske skavanker, når man i forsikringsbetingelsernes § 12 skal se på, hvorvidt der er sket en forværring af helbredstilstanden, og dermed indtrådt en sygdom.

Endelig anfører Klager i sit klageskema, at selskabets definition af sygdom som angivet i forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 1. som 'Sygdom betragtes i denne forsikring som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der ikke kan henføres til et ulykkestilfælde', er urimelig efter aftalelovens § 36, idet man efter lægelige praksis, ikke anser enhver forværring af helbredstilstanden som sygdom.

AP Pension skal klart afvise, at AFTL § 36 finder anvendelse, og at forsikringsbetingelsernes bestemmelser skulle være urimelige eller stride mod redelig handle måde. Definitionen vedr. sygdom er klart beskrevet i forsikringsbetingelsernes § 12 og modsvarer de lempelige krav til afgivelse af helbred ved forsikringens oprettelse. AP Pension opretter således forsikringen uden krav om afgivelse af helbred, og forsikringsbetingelserne beskriver tydeligt, at forsikringen ikke dækker sygdom, defineret som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der er indtruffet inden oprettelsen af forsikringen.

Klager anfører, at man efter lægelige praksis, ikke kan anse enhver forværring af helbredstilstanden som sygdom. Dette er AP Pension enig i. Det er naturligvis ganske klart, at den forværring af

helbredstilstanden, der omtales i forsikringsbetingelserne, naturligvis skal have sammenhæng med det mén, der søges forsikringsdækning for, ligesom det er tilfældet i denne sag.

Afsluttende

AP Pension fastholder, at der ikke skal ske udbetaling fra forsikringen, idet sygdommen, efter hvilken der angiveligt er opstået et mén, i forsikringsbetingelsernes forstand er indtruffet inden forsikringstiden.

AP Pension henviser i sin helhed ankenævnet til AP Pensions svarbreve til klager, som er afgivet under den tidligere klagesag, og som er vedlagt af Klager.

Det oplyses, at AP Pension ikke har taget stilling til størrelsen på Klagers søns méngrad, idet ansøgning om forsikringsdækning er afvist på baggrund af ovenstående."

Klagerens repræsentant har i brev af 23/2 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet gør gældende, at det har afvist klagers krav under henvisning til, at sygdommen i forsikringsbetingelsernes forstand er indtruffet inden forsikringstiden. Selskabet gengiver og forklarer herefter dele af forsikringsbetingelserne, navnlig § 12 og § 15. forlængelse heraf gør selskabet samlet set gældende, at sygdommen i forsikringsbetingelsernes forstand er indtruffet senest kl. 11.30 den 22. oktober 2019, hvorfor der sammenholdt med at forsikringen først er oprettet efter dette tidspunkt, ikke kan ske udbetaling fra forsikringen.

Endvidere fremkommer selskabet med en række bemærkninger til klageskemaet.

I relation til selskabets hovedargument, navnlig at klager ikke er berettiget til dækning for eventuelle mén efter sygdommen Neuroblastom, idet denne sygdom efter selskabets overbevisning er indtruffet inden tegning af forsikringen, gør vi følgende gældende.

Forsikringstidens begyndelse

Selskabet kan vanskeligt påstå, at forsikringstidens begyndelse er efter kl. 11.30 den 22. oktober 2019, alene på baggrund af en subjektiv fortolkning af dets samarbejdspartneres interne procedure. En procedure som pt. fortsat står udokumenteret hen og som i øvrigt bestrides af klager, som fastholder, at forsikringen blev tegnet den 22. oktober 2019 inden kl. 11.30. Vi henviser endvidere til forsikringsaftalelovens § 11, stk. 1, hvoraf det følger, at såfremt en forsikringsaftale er sluttet, uden at det er bestemt, når ansvaret skal begynde, anses selskabets ansvar at indtræde allerede på det tidspunkt, da selskabet eller forsikringstageren afsender meddelelse om, at den anden parts tilbud antages. Dette tidspunkt fastholder klager er inden den 22. oktober 2019 kl. 11.30. Selskabet kan efter FAL § 11, stk. 1. således ej heller gøre gældende, at selskabets ansvar, og således også forsikringstiden, først er begyndt på det tidspunkt hvor selskabets samarbejdspartner indfører forsikringen i dets it-system kl. 13.17 samme dag.

Dernæst, at det forhold at klagers søn blev indlagt på sygehuset den 22. oktober 2019 kl. 11.30 ikke automatisk kan føre til, at selskabets påstand om at forsikringen blev tegnet efter 11.30 er korrekt.

Sammenfattende gør klager gældende, at selskabets antagelse om forsikringstidens begyndelse bygger på gisninger og udokumenterede påstande om interne procedurer hos en samarbejdspartner, hvilket således ikke kan siges at være tilstrækkeligt klart bevis for, at forsikringen reelt er

indtegnet efter indlæggelsestidspunktet. Det synes derfor uklart, om forsikringen reelt først blev tegnet efter indlæggelsen og derved om selskabets påstand om, at forsikringen først blev tegnet efter at forværringen var konstateret, reelt kan finde anvendelse. Vi henviser i det hele til vores tidligere skrivelser herom.

Sygdommens indtruffen

Indledningsvis må vi udtrykke vores undren over, at selskabet lægekonsulent kan være så skråsikker omkring sammenhængen mellem indlæggelsessymptomerne og klagers sygdom, når det af sagens akter tydeligt kan udledes, at flere af de læger som tilså patienten, både op til indlæggelsen den 22. oktober 2019 kl. 11.30 og i de efterfølgende 8 dage alle var i tvivl om sammenhængen mellem symptomerne og den senere stillede diagnose. Det bemærkes at disse læger, modsat selskabet lægekonsulent, rent faktisk har tilset klagers søn. Diagnosen Neuroblastom blev først stillet den 30. oktober 2019, efter at man på Børneafdelingen på ... Sygehus først den 24. oktober 2019 begyndte at få mistanke om alvorlig sygdom. Indtil da vurdere de behandlende læger at der ikke var mistanke om alvorlig sygdom og at man vurderede at sønnen havde banal kolik.

Vi må således fastholde, at selskabet til stadighed ikke har ført tilstrækkelig klart bevis for, at sygdommen var indtruffet før tegning af forsikringen.

Forsikringsbetingelsernes § 12

At sygdommen skulle være indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, i forsikringsbetingelsernes forstand, skal vi bestride i det følgende.

Indledningsvis skal vi pointere, at forsikringsbetingelsernes § 12 har karakter af en definitionsangivelse af begrebet sygdom. Dette synes selskabet ikke at bestride.

Forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 1, må forstås således, at enhver forværring af helbredstilstanden er lig sygdom medmindre helbredstilstanden er forværret ved en ulykke. En fortolkning som selskabet igennem dets sagsbehandling da også tidligere har anlagt. Klager gør hertil fortsat gældende, at vilkåret er urimeligt efter aftalelovens § 36, dersom selskabet i praksis udelukker en vilkårlig gruppe forsikringskunder fra dækning. Dækningsberettigelsen kan således ikke afhænge heraf, hvorfor vilkåret udgår af aftalen. Vi henviser i den forbindelse til vores tidligere skrivelser herom, særligt klagers bilag E og G.

Forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 2. litra a, må forstås således, at selskabet ikke betragter det som sygdom, såfremt sikredes symptomer op til indtegningstidspunktet har karakter af fysiske skavanker eller psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder følger af sådanne tilstande. I relation til nærværende sag gøres Nævnet opmærksom på, at en lang række af de symptomer som klagers søn have op til indlæggelse den 22. oktober 2019, havde karakter af fysiske skavanker eller følger af sådanne tilstande. Dvs. forhold som selskabet jf. § 12, stk. 2. litra a, ikke anser som sygdom.

Af § 12, stk. 2. litra b fremgår det, at blandet andet symptomet væksthæmning ej heller betragtes af selskabet som sygdom. Hertil bør Nævnet bemærke, at selskabet i en tidligere afgørelse har gjort gældende, at en del af klagers søns symptomer, som er forenelige med væksthæmning, var et udtryk for at sygdom. Det kan selskabet efter litra b ikke gøre gældende.

Efter § 12, stk. 2, da er en stor del af de symptomer som selskabet begrunder deres hovedargument i, reelt ikke symptomer der anses som sygdom af selskabet selv. Tværtimod. Til støtte for at

symptomerne op til indlæggelsen reelt ikke er forenelige med sygdom som defineret af selskabet, da har klager vurderingen fra Speciallæge, ..., hvorunder speciallægen finder, at en lang række af de symptomer op til indlæggelsen som selskabet mener understøtter at klager var syg inden tegning af forsikringen, ikke nødvendigvis er et udtryk for sygdom efter en lægelig forståelse.

Forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 3 må forstås således, at sygdommen er indtruffet, når en forværring af helbredstilstanden første gang påvises af en læge. Klager gør hertil fortsat gældende, at vilkåret er urimeligt efter aftalelovens § 36, dersom selskabet i praksis udelukker en vilkårlig gruppe forsikringskunder fra dækning. Dækningsberettigelsen kan således ikke afhænge heraf hvorfor vilkåret udgår af aftalen. Vi henviser i den forbindelse til vores tidligere skrivelser herom, særligt bilag E og G.

Efter Forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 4 må det forstås, er sikrede er berettiget til dækning for mén efter sygdommen, så længe at sygdommen ikke er indtruffet inden tegning af forsikringen samt at ménet i øvrigt er varigt og over 5%. Dette vilkår har karakter af sikredes bevisbyrde, hvorefter sikrede skal løfte bevisbyrden for dækningsberettigelsen ved at sandsynliggøre, at sygdommen ikke var indtruffet inden tegning af forsikringen. I den forbindelse gør vi gældende, at klager har løftet denne bevisbyrde, idet sygdommen først er dokumentet otte dage efter tegning af forsikringen.

Efter forsikringsbetingelsernes § 12 kan det således ikke gøres gældende, at sikrede var syg i forsikringsbetingelsernes forstand inden tegning af forsikringen.

Forsikringsbetingelsernes § 15

Har karakter af en undtagelsesbestemmelse, og dækker efter stk. 1 ikke, sygdom eller følger deraf der er indtruffet før forsikringen trådte i kraft. Det er reelt dette vilkår selskabet afviser klagers søn efter, når de afviser at dække følger efter sygdom. Vi henviser i den forbindelse til vores tidligere skrivelser herom mens vi understreger det følgende. At det følger af Nævnets praksis, at bevisbyrden for forhold der er hjemlet i forsikringsbetingelsernes undtagelsesbestemmelser eller bestemmelser der har karakter heraf, påhviler selskabet. I nærværende sag er det således selskabet der skal bevise, at klagers søns sygdom eller følgende deraf, var indtruffet før forsikringen trådte i kraft den 22. oktober 2019. Selskabet har hidtil ikke løftet bevisbyrden herfor udover en intern ansat lægekonsulents vurdering af sammenhængen mellem klagers søns symptomer op til indtegningen og diagnosen stillet den 30. oktober 2019. Dette kan ikke anses som tilstrækkelig klart bevis.

Konklusion

Sammenfattende, så er vi efterladt med en bevisbyrde der skal løftes, og den er selskabets. Det er selskabet der skal bevise, at klagers søns sygdom var indtrådt inden indtegningsstidspunktet den 22/10-19, idet selskabet reelt afviser klager under henvisning til undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelsernes § 15. Selskabet kan ikke siges at have ført tilstrækkeligt klart bevis for årsagssammenhængen mellem symptomerne op til indlæggelsen den 22/10-19 og diagnosen stillet den 30/10-19 alene ved dets egen interne vurdering. Selskabet har hverken redegjort for ætiologien og den lægefaglig sammenhæng mellem symptomerne op til indtegningsstidspunktet og diagnosen, men har blot henvist til en række symptomer inden indtegningen, som selskabet endda efter dets egne forsikringsbetingelsers § 12, ikke engang selv betragter som sygdom.

Klager derimod, har ført bevis for, at sønnens symptomer ikke nødvendigvis har årsagssammenhæng med den senere stillede diagnose, eller at dele af symptomerne i det hele taget var at betragte som sygdom efter lægelig praksis eller efter forsikringsbetingelsernes § 12. Herudover så har klager løftet bevisbyrden for en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed efter forsikringsbetingelserne, idet klager har påvist, at sygdommen først er dokumenteret 8 dage efter indtegnings-tidspunktet.

I forlængelse af ovenstående må vi desuden understrege, at selskabet ej heller synes at have ført tilstrækkelig klart bevis for at indtegnings-tidspunktet reelt lå efter indlæggelsestidspunktet, eller at indlæggelsestidspunktet reelt kan sidestilles med sygdommens indtræden.

Klager fastholder kravet."

Selskabet har i brev af 5/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Tidspunktet for oprettelse af forsikringen

Klager drager tvivl om, hvorvidt forsikringen er oprettet efter kl. 11.30 den 22. oktober 2019, som er tidspunktet, hvor en læge for første gang noterer symptomer på sygdom i Klagers søns journal (Bilag 1). Der var i starten af AP Pensions korrespondance med Klager ikke tvist om tidspunktet for oprettelse af forsikringen.

Således anfører Klagers rådgiver i brev til AP Pension af 26. august 2020 (Klagers bilag E) i sin opsummering af sagen bl.a., at: *'Selskabet bestrider ikke, at forsikringen er oprettet efter telefonsamtale med AP Pensions samarbejdspartner, [selskabets samarbejdspartner], ca. kl. 12.30 den 22. oktober 2019.'*

Senere i forløbet drager Klager, som det fremgår af Klagers bilag G, dog tvivl om tidspunktet for oprettelse af forsikringen.

AP Pension skal i denne forbindelse fastholde, at forsikringen er oprettet efter 11.30 på indlæggelsesdagen. Selskabet har ikke, som anført af Klager, påstået at forsikringen først er oprettet kl. 13.17 den pågældende dag, som er tidspunktet hvor AP Pensions samarbejdspartner, ..., indfører forsikringen i sit it-system. AP påstår derimod, at forsikringen er oprettet nogenlunde umiddelbart herforinden, idet [selskabets samarbejdspartner] forklarer, at det er normal procedure, at oprettelse af forsikringer sker i umiddelbar forlængelse af telefonsamtalen med kunden.

Klager henviser til forsikringsaftalelovens § 11, stk. 1, der siger, at selskabets ansvar indtræder allerede på det tidspunkt, hvor selskabet eller forsikringstageren afsender meddelelse om, at den anden parts tilbud antages. AP Pension er enig heri. Tidspunktet for oprettelse af forsikringen sker således ved telefonsamtalen mellem Klager og [selskabets samarbejdspartner].

Klager anfører i sit indlæg, at *'... det forhold at klagers søn blev indlagt på sygehuset den 22. oktober 2019 kl. 11.30 ikke automatisk kan føre til, at selskabets påstand om at forsikringen blev tegnet efter 11.30 er korrekt.'*

Dette er AP Pension naturligvis enig i. Vi har ikke taget indlæggelsen i betragtning ved vores vurdering af, hvornår forsikringen er oprettet. AP Pension har alene forholdt sig til oplysninger fra [selskabets samarbejdspartner].

I øvrigt må man antage, at Klagers søn bliver indlagt et stykke tid inden kl. 11.30 den pågældende dag. Der har forinden journalindføringen, der sker kl. 11.30, foregået en lægeundersøgelse på hospitalet.

Det er AP Pensions opfattelse, at telefonsamtalen mellem [klageren] og [selskabets samarbejdspartner], og dermed oprettelsen af forsikringen, har fundet sted efter indlæggelsen af Klagers søn, og efter kl. 11.30, hvor journalen viser forværring af helbredstilstanden.

Vurdering af sygdommen

Forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 1 siger, at sygdom efter denne forsikring betragtes som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der ikke kan henføres til et ulykkestilfælde. Af bestemmelsens stk. 3 fremgår det, at sygdom betragtes som indtruffet på det tidspunkt, hvor forværringen af helbredstilstanden første gang påvises af en læge, og at dette ikke altid er sammenfaldende med tidspunktet for diagnosticeringen af sygdommen.

Klager afviser i sit indlæg, at AP Pensions lægekonsulent skal kunne se en sammenhæng mellem indlæggelsessymptomerne og den senere diagnosticerede sygdom. Klager henviser til, at flere læger, som tilså Klagers søn under indlæggelsen, ikke havde mistanke til alvorlig sygdom, og at diagnosen først blev stillet 30. oktober 2019.

Med henvisning til forsikringsbetingelsernes § 12 skal AP Pension afvise, at det skulle have betydning, hvad de behandlende læger havde af mistanke til sygdom op til, og under, indlæggelsen.

Det afgørende er, hvorvidt det, ud fra oplysninger om Klagers søns sygdom, herunder indlæggelsessymptomerne i Klagers søns journal, kan fastslås, at symptomerne ved indlæggelsen har sammenhæng med den senere diagnosticerede sygdom, som der nu søges forsikringsdækning for.

I den forbindelse henledes opmærksomheden på forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 3, der netop forklarer, at forværringen af helbredstilstanden, og dermed sygdommens indtræden i forsikringsbetingelsernes forstand, ikke altid er sammenfaldende med tidspunktet for diagnosticeringen af sygdommen.

Det er AP Pensions lægekonsulents vurdering, at der er en direkte sammenhæng mellem de nævnte indlæggelsessymptomer noteret i Klagers søns journal den 22. oktober 2019 kl. 11.30, og det mén, der angiveligt er fremkommet på grund af sygdommen neuroblastom.

Forsikringsbetingelsernes § 12

Klager gentager i sit indlæg sit argument om, at forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 1 og 3 må tilsidesættes som urimeligt efter aftalelovens § 36. Argumentet er, at det ikke kan være rimeligt, at enhver forværring af helbredstilstanden er lig sygdom, og at selskabet derved i praksis udelukker en vilkårlig gruppe forsikringskunder fra dækning.

AP Pension skal i den forbindelse gentage, at det naturligvis ikke er enhver mindre skavank, som kan karakteriseres som en forværring af helbredstilstanden i forsikringsbetingelsernes forstand, men at den forværring af helbredstilstanden, der omtales i forsikringsbetingelserne, naturligvis skal have sammenhæng med det mén, der søges forsikringsdækning for, ligesom det er tilfældet i denne sag.

Klager henviser endnu engang til forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 2 litra a, og nu også litra b, hvor det fremgår, at fysiske skavanker, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikringen træder i kraft, samt ligeledes væksthæmning, ikke anses som sygdom.

Det er Klagers tolkning, at hvis ikke de nævnte skavanker kan anses som sygdom, der kan give forsikringsdækning, så kan de ligeledes heller ikke anvendes til at fastslå en forværring af helbredstilstanden i forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 1's forstand.

Hertil skal AP Pension endnu engang bemærke, at Klager har misforstået bestemmelsen. Bestemmelsen forklarer en undtagelse til forsikringsdækning, således at disse skavanker ikke kan udgøre en sygdom, der kan give ret til udbetaling. Dette er netop tilfældet her, hvor Klagers søn oplever et mén, og hvor symptomerne på den ménforårsagende sygdom har vist sig inden, forsikringen træder i kraft. Bestemmelsen forklarer omvendt ikke, som Klager argumenterer for, at man ikke kan se på fysiske skavanker, når man i forsikringsbetingelsernes § 12 skal se på, hvorvidt der er sket en forværring af helbredstilstanden, og dermed indtrådt en sygdom.

Afsluttende

AP Pension fastholder herefter fortsat, at der ikke skal ske udbetaling fra forsikringen, idet sygdommen, efter hvilken der angiveligt er opstået et mén, i forsikringsbetingelsernes forstand er indtruffet inden forsikringstiden.

AP Pension henviser ankenævnet til sit tidligere brev, samt i sin helhed til sine svarbreve til Klager, som er afgivet under den tidligere klagesag, og som er vedlagt af Klager.

Det oplyses, at AP Pension ikke har taget stilling til størrelsen på Klagers søns méngrad, idet ansøgning om forsikringsdækning er afvist på baggrund af ovenstående."

Klagerens repræsentant har i brev af 25/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Forsikringstidens begyndelse

Selskabet er umiddelbart enige med klager i dennes anvendelse af forsikringsaftalelovens § 11, stk. 1 i relation til den aktuelle sag. Selskabet synes således også anerkende, at selskabets ansvar og dermed forsikringstiden, ikke først er begyndt efter indlæggelsen men allerede forud for indlæggelsen, idet klager fastholder at hun ved telefonsamtale med [selskabets samarbejdspartner] allerede inden indlæggelsen antog forsikringen. Selskabets ansvar og således også forsikringstiden, må være begyndt inden indlæggelsen, modsat af hvad selskabet hidtil har gjort gældende.

For så vidt angår selskabets øvrige bemærkninger i relation til forsikringstidens begyndelse, da baserer disse sig fortsat på gisninger og udokumenterede påstande. Vi henviser til vores tidligere skrivelser herom.

Sygdommen

Selskabet fastholder, at det efter forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 3 er berettiget til at afvise klagers krav. I den forbindelse fastholder klager, at vilkåret er urimeligt efter aftalelovens § 36, dersom selskabet således i praksis udelukker en vilkårlig gruppe forsikringskunder fra dækning. Dækningsberettigelsen kan således ikke afhænge heraf, hvorfor vilkåret udgår af aftalen. Vi henvi-

ser i den forbindelse til vores tidligere skrivelser herom, særligt bilag E, G og vores første hørings-svar.

For så vidt angår selskabets påstand om, at der er en direkte sammenhæng mellem indlæggelses-symptomerne og sygdommen, da gør klager fortsat gældende, at der ikke kan lægges afgørende vægt på en vurdering foretaget af en internt ansat medarbejder. Selskabet lægekonsulents vurdering er alene subjektiv og fremstår mest af alt som en efterrationalisering.

Det må derimod tillægges stor vægt, at det af sagens akter fremgår at flere af de læger som tilså patienten, både op til indlæggelsen den 22. oktober 2019 kl. 11.30 og i de efterfølgende 8 dage alle var i tvivl om sammenhængen mellem symptomerne og den senere stillede diagnose. Det bemærkes at disse læger, modsat selskabet lægekonsulent, rent faktisk har tilset klagers søn. Diagnosen Neuroblastom blev først stillet den 30. oktober 2019, efter at man på Børneafdelingen på ... Sygehus først den 24. oktober 2019 begyndte at få mistanke om alvorlig sygdom. Indtil da vurderede de behandlende læger at der ikke var mistanke om alvorlig sygdom og at man vurderede at sønnen havde banal kolik.

Det skal således også afvises, at det skulle være betydningsløst hvorvidt hvad de behandlende læger havde af mistanke til sygdom op til, og under, indlæggelsen, idet disse vurderinger netop synes at understrege, at der ikke var årsagssammenhæng mellem symptomerne inden indtegnning og den senere stillede diagnose Neuroblastom. En årsagssammenhæng som selskabet som bekendt påstår er afgørende for om de skal dække den anmeldte skade.

Det bemærkes nok engang, at selskabet hverken redegjort for ætiologien og den lægefaglig sammenhæng mellem symptomerne op til indtegnings tidspunktet og diagnosen, men blot har henvist til en række symptomer inden indtegningen, som selskabet endda efter dets egne forsikringsbetingelsers § 12, ikke engang selv betragter som sygdom.

Vi må således fastholde, at selskabet til stadighed ikke har ført tilstrækkelig klart bevis for, at sygdommen Neuroblastom var indtruffet før tegning af forsikringen.

Klager derimod, har ført bevis for, at sønnens symptomer ikke nødvendigvis har årsagssammenhæng med den senere stillede diagnose, eller at dele af symptomerne i det hele taget var at betragte som sygdom efter lægelig praksis eller efter forsikringsbetingelsernes § 12. Herudover så har klager løftet bevisbyrden for en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed efter forsikringsbetingelserne, idet klager har påvist, at sygdommen først er dokumenteret 8 dage efter indtegnings-tidspunktet.

Forsikringsbetingelsernes § 12

Selskabet forsøger at tilsidesætte klagers argument om vilkårets urimelighed under henvisning til, at vilkåret naturligvis skal forstås sådan, at det ikke er enhver mindre skavank, som kan karakteriseres som en forværring af helbredstilstanden i forsikringsbetingelsernes forstand, men at det blot er den forværring af helbredstilstanden der har sammenhæng med det mén, der søges forsikringsdækning for. Hertil gør klager nok engang gældende, at en sådan fortolkning ikke kan udledes af vilkårets ordlyd. Vi henviser til vores tidligere skrivelser herom medens vi understreger, at selskabet flere gange i løbet af sagsbehandlingen har anlagt en anden og mere vidtgående fortolkning, navnlig at vilkåret bestemmer, at enhver forudgående forværring af helbredstilstanden er lig med sygdom.

Klager fastholder at de benævnte dele vilkåret er urimeligt efter AFTL § 36 hvorfor de udgår af aftalen.

For så vidt angår selskabets påstand om at klager skulle have misforstået vilkårets stk. 2, og at vilkåret, modsat klagers fortolkning, reelt bestemmer undtagelser til dækningen, da gør klager følgende gældende.

At vilkåret ikke er synes misforstået. Efter en naturligvis sproglig forståelse, så fremstår vilkårets stk. 2 ikke som en undtagelsesbestemmelse, men som en del af selskabets definitioner af en sygdom. Det følger endvidere af praksis, at en undtagelse typisk er defineret ved selskabets særlige valg af ord som 'ikke' og deslige. Endvidere, at undtagelsesbestemmelserne så vidt muligt skal være lokaliseret i et særskilt afsnit af forsikringsbetingelserne, som tydeligt markeres som undtagelser til dækningen. Dette gør selskabets påståede undtagelsesbestemme i § 12 ikke. Det gør derimod selskabets § 15.

Klager fastholder således, at vilkårets § 12, stk. 2. må fortolkes i naturlig forlængelse af forsikringsbetingelserne § 12 som omhandler definitioner på en sygdom, hvorefter vilkårets stk. 2 i relation til den aktuelle sag, må forstås således, at selskabet ikke betragter klagers søns symptomer op til indlæggelsen som sygdom. Selskabet kan således ej heller påstå, at disse symptomer forud for diagnosen var et udtryk for at klager var syg efter forsikringsbetingelsernes forstand. Og da slet ikke med sygdommen Neuroblastom.

Vi henviser igen til vurderingen fra Speciallæge, ..., som finder, at en lang række af de symptomer op til indlæggelsen som selskabet mener understøtter at klager var syg inden tegning af forsikringen, ikke nødvendigvis er et udtryk for sygdom efter en lægelig forståelse.

Efter forsikringsbetingelsernes § 12 kan det således ikke gøres gældende, at sikrede var syg i forsikringsbetingelsernes forstand inden tegning af forsikringen.

Konklusion

Sammenfattende, så er vi efterladt med en bevisbyrde der skal løftes, og den er selskabets. Det er selskabet der skal bevise, at klagers søns sygdom var indtrådt inden indtegningstidspunktet den 22/10-19, idet selskabet reelt afviser klager under henvisning til undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelsernes § 15. Selskabet kan ikke siges at have ført tilstrækkeligt klart bevis for årsagssammenhængen mellem symptomerne op til indlæggelsen den 22/10-19 og diagnosen stillet den 30/10-19 alene ved dets egen interne vurdering. Selskabet har hverken redegjort for ætiologien og den lægefaglig sammenhæng mellem symptomerne op til indtegningstidspunktet og diagnosen, men har blot henvist til en række symptomer inden indtegningen, som selskabet endda efter dets egne forsikringsbetingelsers §12, ikke engang selv betragter som sygdom.

Klager derimod, har ført bevis for, at sønnens symptomer ikke nødvendigvis har årsagssammenhæng med den senere stillede diagnose, eller at dele af symptomerne i det hele taget var at betragte som sygdom efter lægelig praksis eller efter forsikringsbetingelsernes § 12. Herudover så har klager løftet bevisbyrden for en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed efter forsikringsbetingelserne, idet klager har påvist, at sygdommen først er dokumenteret 8 dage efter indtegningstidspunktet.

I forlængelse af ovenstående må vi desuden understrege, at selskabet ej heller synes at have ført tilstrækkelig klart bevis for at indtegnings tidspunktet reelt lå efter indlæggelsestidspunktet, eller at indlæggelsestidspunktet reelt kan sidestilles med sygdommens indtræden.

Klager fastholder kravet."

Selskabet har i brev af 16/4 2021 til nævnet fastholdt sine synspunkter.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af journalnotat af 22/10 2019 kl. 11:30 fra hospitalet fremgår bl.a.:

"ANAMNESE

Henvisningsårsag

... gammel dreng set grundet mulige smerter ved fødeindtag og afbøjet vækstkurve.

...

Aktuelt

Siden 3 uger efter fødslen været mere grædende og utilpas. Overgik på dette tidspunkt til fuld ernæring på flaske, da han ikke gad amning. Amning først etableret 4 dage efter fødslen, da mors mælk ikke var løbet til før da. I forbindelse med fødeindtag været svedende. Ej bleg, blå, slap eller tab af bevidsthed herved eller udenfor fødeindtag. Bliver 5-10 minutter efter fødeindtag udtalt grædende, hvor han lyder smerteforpint. Spænder forbigående kraftigt op i ryggen. Gråden varer 5-10 minutter, tager ca. 60 ml modermælkserstatning hver 2. time døgnet rundt og således ½ til 1/3 af forventet per måltid. Afbryder selv måltidet og forældre tilskriver det smerter. Et måltid kan vare fra 30 til 60 minutter og der er typisk altid lidt tilbage i flasken. Fremstår fortsat søgende efter, at han har spist og sutter her på sin hånd.

Gylpet 2 gange i sin levetid og aldrig kastet op. Er god til at bøvse.

Smerteforpint ved afføring og luftafgang. Afføring i små mængder x flere dagligt. Forsøgt Movicol på mistanke om obstipation, hvor afføringen bliver tynd, men uden ændring i ovenstående.

Forsøgt at skifte mellem forskellige typer modermælkserstatning på mistanke om intolerance, men uden effekt.

Kan indimellem få grædeture, hvor han fremstår forpint mellem måltider uden sikker udløser. Ingen andre symptomer. Gråden kan nogle gange afbrydes, når man går med ham eller han ligger på maven.

I går bemærker forældre, at han ikke rigtigt vil bruge højre ben. Dette er mindre end venstre ben og foden er drejet indad med bøjede tæer. Reagerer ikke lige så meget på berøring af højre side som på venstre. Bevæger dog benet indimellem.

God kontakt, men mindre smilende og glad end sine søskende har været på samme alder.

Fremstår ikke vejtrækningsbesværet.

Indimellem sitren i begge ben, ikke egentlige kramper.

OBJEKTIV UNDERSØGELSE

...

Neurologisk: Svækket griberefleks samt plantarrespons på højre fod, men ellers fine på venstre side og overekstremiteter.

...

BEHANDLINGSPLAN

Plan:

Således ... gammel dreng med symptomer på forpinthet ved fødeindtag siden 3-ugers alderen. Symptomer i form af smertepræget gråd, sveden og spænder op i kroppen kort efter fødeindtag. Ingen bedring ved skift af moderermælksstatning eller Movicol.

Overordnet fin vægtøgning, men bøjer ifølge egen læge af indenfor de sidste uger (vægt er endnu ikke indtastet).

Hertil højre ben med svækkede reflekser og nedsat tonus og spontan bevægelse. Af forældre først bemærket i går. Objektivt ej mistanke om fraktur.

[Klagerens barn] indlægges til observation i forbindelse med og efter amning samt til opfølgning på det højre ben.

Fremstår ej inficeret eller akut medtaget."

Af journalnotat af 24/10 2019 fra hospitalet fremgår bl.a.:

"Ultralyd lokalt viser urinretention og proces nedadtil i maven.

MR-scanning bekræfter solid proces nedadtil bagtil. Der er mistanke om rhabdomyosarkom, sacrococcygeal tumor, neuroblastom.

Barnet aflastes med kateter å demeure, blære tømmes. Han får Movicol, sondemad og noget intravenøs væske.

På mistanke om ovennævnte maligne lidelser overflyttes barnet til ... Sygehus, til videre håndtering.

Biokemien med hæmoglobin, trombocytter, leukocyt-diff.-tælling normal. Syre-basemæssigt, væsketal samt levertal fine for alderen. Calcium i orden.

Urinstix blank, fraset en enkel hæmoglobin.

LDH 450. Urinsyre 0,2.

Der er gjort urin-vanillin-mandelsyre-kreatininratio. Alfa-føtoprotein normal.

Vægt på 5,22 kg, længde 55 cm.

Der gives Dexamethason 0,8 mg i. v."

Af klagerens repræsentants brev af 27/5 2020 til selskabet fremgår bl.a.:

"Endvidere, så kan selskabets afgørelse ikke forstås på anden måde, end at selskabet sidestiller sikredes manglende lyst til at bruge højre ben inden indtegning, sikredes nedsatte appetit, vækst og tiltagende skrigen inden indtegning, som at helbredstilstanden var forværret inden indtegning, samt at det er disse symptomer der fører til indlæggelsen 1 time før indtegning, og herefter fører til diagnosestillesen 10 dage efter indtegningen."

Af klagerens repræsentants brev af 26/8 2020 til selskabet fremgår bl.a.:

"Selskabet bestrider ikke, at forsikringen er oprettet efter telefonsamtale med AP Pensions samarbejdspartner, ..., ca. kl. 12.30 den 22. oktober 2019."

Af klagerens repræsentants brev af 23/9 2020 til selskabet fremgår bl.a.:

"For så vidt angår indtegningen, da synes der at være en tidsmæssig diskrepans mellem selskabets påstand om at forsikringen blev tegnet 12.30, 1 time efter indlæggelsen kl. 11.30, og kundes påstand om at telefonsamtalen med [selskabets samarbejdspartner] fandt sted på vej til indlæggelsen. Det synes derfor uklart, om forsikringen reelt først blev tegnet 1 time efter indlæggelsen kl. 12.30, og derved om selskabets påstand om, at forsikringen først blev tegnet efter at forværringen var konstateret, som selskabet gør det gældende i dets afgørelse af 3/7-20, reelt kan finde anvendelse.

Endvidere, da skal vi gøre selskabet opmærksom på, at der ved telefoniske indtegninger gælder en række særlige rådgivningsforpligtigelser for selskabet. Selskabet gør som bekendt gældende, at de ved oprettelsen af forsikringen den 22/10-19 klart og tydeligt gjorde forsikringstager opmærksom på aftalens indhold. Dette bestrider forsikringstager var tilfældet. Forsikringstager gør derimod gældende, at de ikke blev oplyst om forsikringens begrænsninger, ej heller efter at de oplyste til vedkommende fra [selskabets samarbejdspartner], at de var på vej til sygehuset fordi sikrede havde forstoppelse. Vi bemærker afslutningsvis, at selskabet bærer bevisbyrden for korrekt rådgivning i forbindelse med telefoniske indtegninger. I forlængelse heraf, at selskabet er forpligtet til oplyse forsikringstager om karakteren af og de væsentligste egenskaber ved forsikringsydelsen, samt til at sætte sig ind i forsikringstager aktuelle situation inden aftalen indgås. Slutteligt, at selskabet ikke kan forbedre sin forsikringsmæssige position ved at holde sig i bevidst uvidenhed om sikredes helbredsmæssige situation. I nærværende sag kan man vanskelig forestille sig, at forsikringstager havde ønsket at tegne forsikringen såfremt de var gjort bekendt med aftalens væsentlige begrænsninger."

Af forsikringsbetingelserne for sygdomsforsikring til børn fremgår bl.a.:

"§ 4. FORSIKRINGENS IKRAFTTRÆDEN

Forsikringsdækningen træder i kraft den dag, der er anført som ikrafttrædelsesdag i begæringen.

Er der ikke anført en ikrafttrædelsesdag, træder forsikringen i kraft den første i måneden efter, at forsikringssøgende har underskrevet begæringen.

...

§ 12. SYGDOMSFORSIKRING

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

Stk. 2. Følgende betragtes ikke som sygdom i henhold til denne forsikring:

- a. Fysiske skavanker eller psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikringen træder i kraft.
- b. Ordblindhed, talblindhed og væksthæmning.

Stk. 3. Sygdom betragtes som indtruffet på det tidspunkt, hvor forværringen af helbredstilstanden første gang påvises af en læge. Dette er ikke altid sammenfaldende med tidspunktet for diagnosticeringen af sygdommen.

Stk. 4. Når en sygdom er direkte årsag til, at Forsikredes medicinske invaliditet (dvs. mén) fastsættes til mindst 5 % udbetales der erstatning, jf. dog stk. 3. Der skal være tale om varigt mén.

...

§ 15. INGEN DÆKNING

Stk. 1. Dækningen omfatter ikke:

- a. Sygdom eller følger deraf, der er indtruffet før forsikringen træder i kraft."

Nævnet udtaler:

Klageren har tegnet en børnesygeforsikring, der kommer til udbetaling ved et varigt mén på minimum 5 % på grund af sygdom. Klagerens søn blev indlagt på hospitalet den 22/10 2019, hvor der blev foretaget MR-scanning den 24/10 2019. Sønnen blev diagnosticeret med neuroblastom. Selskabet har afvist at dække sygdommen, idet sygdommen i forsikringsbetingelsernes forstand er indtruffet inden forsikringstiden.

Klageren kræver realitetsbehandling af sagen, idet selskabet ikke har løftet bevisbyrden for, at sygdommen er indtrådt inden forsikringstiden, jf. undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelsernes § 15. Hun har anført, at en vurdering på baggrund af selskabets interne lægekonsulent ikke kan tillægges afgørende vægt på grund af lægekonsulentens ansættelsesforhold i selskabet. Forsikringen blev tegnet inden indlæggelsen på hospitalet den 22/10 2019, og selskabets antagelser er alene baseret på en subjektiv fortolkning af selskabets samarbejdspartners udokumenterede interne procedurer. Hun har anført, at selskabet ikke kan påstå, at de fysiske skavanker, som sønnen havde op til indtegnings tidspunktet, var et udtryk for sygdom. Selskabet kan heller ikke påstå, at sønnen var syg inden indtegningen. Klageren har subsidiært gjort gældende, at selskabets definition af sygdom, jf. forsikringsbetingelsernes §§ 12, stk. 1 og stk. 3, er urimelig efter aftalelovens § 36, idet enhver forværring af helbredstilstanden ikke kan anses for sygdom efter lægelig praksis. Vilkåret bør tilsidesættes som ugyldige, idet der er tale om en usaglig begrænsning af selskabets dækningspligt.

Selskabet har anført, at forsikringen er tegnet telefonisk den 22/10 2019 via dets samarbejdspartner. Forsikringen er indført i it-systemet kl. 13:17, og det er normal procedure, at oprettelsen af forsikringer sker i umiddelbar forlængelse af telefonsamtalen. Det er derfor selskabets opfattelse, at telefonsamtalen mellem klageren og selskabets samarbejdspartner har fundet sted efter kl. 11:30, hvor journalen fra hospitalet viste en forværring af sønnens helbredstil-

stand. Selskabet har anført, at der er direkte sammenhæng mellem indlæggelsessymptomerne i journalen, og det mén, der er fremkommet på grund af sygdommen neuroblastom. Selskabet har anført, at forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 2, litra a, er en undtagelse til forsikringsdækning, således at disse skavanker ikke kan udgøre en sygdom, der giver ret til udbetaling.

Selskabet har afvist, at aftalelovens § 36 kan finde anvendelse. Den forværring af helbredstilstanden, der omtales i forsikringsbetingelserne, skal have sammenhæng med det mén, der søges forsikringsdækning for, hvilket er tilfældet i denne sag.

Af journalnotat af 22/10 2019 kl. 11:30 fra hospitalet fremgår det, at "dreng med symptomer på forpinthed ved fødeindtag siden 3-ugers alderen. Symptomer i form af smertepreget gråd, sveden og spænder op i kroppen kort efter fødeindtag. Ingen bedring ved skift af modermælks-erstatning eller Movicol. Overordnet fin vægtøgning, men bøjer ifølge egen læge af indenfor de sidste uger (vægt er endnu ikke indtastet). Hertil højre ben med svækkede reflekser og nedsat tonus og spontan bevægelse. Af forældre først bemærket i går. Objektivt ej mistanke om fraktur. [Klagerens barn] indlægges til observation i forbindelse med og efter amning samt til opfølgning på det højre ben".

Det fremgår af journalnotat af 24/10 2019 fra hospitalet, at "ultral lyd lokalt viser urinretention og proces nedadtil i maven. MR-scanning bekræfter solid proces nedadtil bagtil. Der er mistanke om rhabdomyosarkom, sacrococcygeal tumor, neuroblastom. ... På mistanke om ovennævnte maligne lidelser overflyttes barnet til ...".

Af klagerens repræsentants brev af 26/8 2020 til selskabet fremgår det, at "selskabet bestrider ikke, at forsikringen er oprettet efter telefonsamtale med AP Pensions samarbejdspartner, ..., ca. kl. 12.30 den 22. oktober 2019".

Af forsikringsbetingelsernes § 4 fremgår det, at "forsikringsdækningen træder i kraft den dag, der er anført som ikrafttrædelsesdag i begæringen. Er der ikke anført en ikrafttrædelsesdag,

Ankenævnet for Forsikring

18.

96224

træder forsikringen i kraft den første i måneden efter, at forsikringssøgende har underskrevet begæringen". Ændringsdatoen på forsikringspolice er den 22/10 2019.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 12, stk. 1, at sygdom betragtes som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der ikke kan henføres til et ulykkestilfælde. Af § 12, stk. 2, fremgår det, at "følgende betragtes ikke som sygdom i henhold til denne forsikring: a. Fysiske skavanker eller psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikringen træder i kraft. b. Ordblindhed, talblindhed og væksthæmning". Af § 12, stk. 3, fremgår det, at "sygdom betragtes som indtruffet på det tidspunkt, hvor forværringen af helbredstilstanden første gang påvises af en læge. Dette er ikke altid sammenfaldende med tidspunktet for diagnosticeringen af sygdommen".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 15, stk. 1, litra a, at dækningen ikke omfatter "sygdom eller følger deraf, der er indtruffet før forsikringen træder i kraft".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet at måtte lægge til grund, at forsikringen først trådte i kraft efter kl. 11:30 den 22/10 2019, hvor klagerens barn var blevet indlagt på hospitalet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på selskabets oplysninger om, at forsikringen blev indtegnet telefonisk den 22/10 2019 via selskabets samarbejdspartner, at samarbejdspartneren har forklaret, at forsikringen blev indført i samarbejdspartnerens it-system kl. 13:17 den 22/10 2019, og at det er normal procedure at oprettelse af forsikringer sker i umiddelbar forlængelse af telefonsamtaler med kunderne.

Nævnet har også lagt vægt på, at det af klagerens repræsentants brev af 26/8 2020 til selskabet fremgår, at "selskabet bestrider ikke, at forsikringen er oprettet efter telefonsamtale med AP Pensions samarbejdspartner, ..., ca. kl. 12.30 den 22. oktober 2019". Nævnet bemærker, at kla-

Ankenævnet for Forsikring

19.

96224

gerens repræsentant først senere i forløbet har anført, at forsikringen blev oprettet på vej til hospitalet.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen ikke grundlag for at kritisere selskabets afslag på dækning. Nævnet finder, at klagerens barns helbredstilstand må anses for at være påvist forværret af en læge forud for forsikringens ikrafttræden, og at sygdommen derfor var opstået før forsikringstiden, uanset at der først blev stillet en diagnose senere.

Nævnet har navnlig lagt vægt på journalnotatet af 22/10 2019 kl. 11:30 fra hospitalet, hvoraf det fremgår, at klageres barn siden 3-ugers alderen havde haft symptomer på forpinthet ved fødeindtag, herunder smertepræget gråd, sveden, og at han spændte op i kroppen, og at forældrene dagen forinden indlæggelsen bemærkede, at barnet ikke rigtigt ville bruge højre ben, som var mindre end venstre ben og højre fod var drejet indad med bøjede tæer.

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