

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 1. februar 2023 blev i sag nr. 98042:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved kritisk sygdom. I klageskema og brev af 17/3 2022 til nævnet har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"Sagsforløb

Klager anmelder den 2/2-22 (bilag A), at han den 25/1-22 har fået stillet diagnosen, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CLL). En sygdom som er er dækningsberettiget jf. selskabets forsikringsbetingelser punkt 3.b.

Den 11/2-22 (bilag B) afviser selskabet at klager er berettiget til udbetaling fra forsikringen. Selskabet afviser klagers krav om dækning for den kritiske sygdom, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi, under henvisning til, at diagnosen er stillet første gang i 2011 og således inden forsikringstidens begyndelse 1. april 2021. Selskabet henviser til forsikringsbetingelserne 7878-1 oktober 2011. Herunder gør selskabet gældende, at det forhold at diagnosen først er blevet behandlingskrævende i 2022, og således indenfor forsikringstiden, ikke kan ændre at diagnosen er stillet uden for forsikringstiden.

Klager gør den 12/2-22 indsigelse overfor ovenstående afgørelse. Herunder gør klager gældende, at diagnosen behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) ikke er stillet inden forsikringstiden. I 2011 er klager diagnosticeret med en ikke-behandlingskrævende CLL-diagnose. En diagnose som jf. forsikringsbetingelserne 7878-1 oktober 2011, som selskabet afviser efter, er direkte undtaget forsikringsdækning. Et forhold der jf. AK 82.401 bevirker, at selskabet ikke kan støtte afslag herpå.

Klager henviser desuden til de aktuelle forsikringsbetingelser 7878-3 januar 2021, hvoraf det fremgår af punkt 3, stk. 4, at:

...

Efter dette dækningsberettigende punkt i forsikringsbetingelserne gør klager gældende, at der som diagnosen ikke-behandlingskrævende CLL er stillet den 18/1-2011- uden for forsikringstiden, og den seneste diagnose, behandlingskrævende CLL er stillet den 25. januar 2022- indenfor forsikringstiden, da er der gået mere end 10 år mellem de to diagnoser, hvorfor selskabet skal dække ham desuagtet at den første diagnose er stillet inden forsikringstiden.

Selskabet fastholder afslaget den 18/2-2022 (bilag D), under henvisning til følgende forhold. At de ved deres første afgørelse af 11/2-22 ved en fejl har henvist til forsikringsbetingelserne 7878-1 oktober 2011. Det skulle efter selskabets oplysning have været forsikringsbetingelser 7878-3 januar 2021. Selskabet konkluderer dog, at det er uden betydning for afgørelsen. Hermed må det samtidig være selskabets afgørelse, at såvel den dækningsberettigende behandlingskrævende CLL og den undtagede ikke-behandlingskrævende CLL, optræder ens i begge sæt forsikringsbetingelser, idet behandlingskrævende CLL i forsikringsbetingelser 7878-3 januar 2021 er omfattet, medens ikke-behandlingskrævende CLL er undtaget.

...

forsikringsbetingelser 7878-3 januar 2021, punkt 3.b.

Endvidere, da fastholder selskabet, at diagnosen behandlingskrævende CLL er stillet før forsikringstiden. Dette idet diagnoserne før og efter forsikringstiden, efter selskabets overbevisning, er identiske. Dette forklarer selskabet under henvisning til de aktuelle forsikringsbetingelser 7878-3 januar 2021, punkt 3.b, hvoraf det følger, at selskabet dækker kræft i blod og bloddannede organer – med undtagelse af mindre aggressive former. Definitionen på diagnosen er: 'Ondartede (maligne) sygdomme opstået i blod, lymfe eller knoglemarvens bloddannende celler, karakteriseret ved et atypisk blodbillede med ukontrolleret vækst af blodceller og tendens til progression og recidiv' en diagnose som selskabet mener er lig med diagnosen kronisk lymfatisk leukæmi stillet i 2011.

Selskabet anerkender dog samtidig, at det er korrekt, at Kronisk lymfatisk leukæmi stadie I og II er undtaget for dækning efter de aktuelle forsikringsbetingelser 7878-3 januar 2021, punkt 3.b.

Selskabet anerkender også, at det er en betingelse for udbetaling efter forsikringsbetingelser 7878-3 januar 2021, punkt 3.b, at diagnosen er behandlingskrævende.

Selskabet synes sammenfattende at påstå, at fordi overskriften på diagnoserne før og efter forsikringstiden er ens (kronisk lymfatisk leukæmi), så er det af mindre betydning hvad diagnosticeringskriterierne definerer.

Afslutningsvis gør selskabet gældende, at forsikringsbetingelser 7878-3 januar 2021, punkt 3, stk. 4

(dækningsberettigelse ved mere end 10 år mellem diagnoserne) ikke bevirker at der kan ske udbetaling i den aktuelle sag, fordi selskabet anser diagnoserne i 2011 og 2022 som ens. Endvidere idet selskabet er af den overbevisning, at der forelægger en blodprøveudtagning fra 2015, som påviser en forværring af tilstanden, hvorfor punktets krav om at der ikke må have været tilbagefald i de 10 år mellem de to diagnoser, ikke er opfyldt.

Klageskrift

Indledningsvis skal jeg gøre gældende, at en vurdering på baggrund af internt tilknyttede lægekonsulenter, hvor man således på ingen måde er objektiv og uvildig i relation til afgørelsens udformning, ikke kan tillægges ikke høj værdi.

Jeg skal endvidere fremkomme med følgende bemærkninger til selskabets påstande i relation til afvisningsbegrundelserne.

I første række skal jeg helt grundlæggende set afvise at diagnoserne i 2011 og 2022 er ens. I 2011 er der tale om en ikke-behandlingskrævende CLL, mens der i 2022 er tale om en behandlingskrævende. Diagnoserne adskiller sig på følgende jf. Kræftens Bekæmpelse:

Kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) inddeles i tre stadier;

- **Stadium A:** I dette stadium har man hævede lymfeknuder i højst to regioner eller lever- og miltforstørrelse
- **Stadium B:** Her har man hævede lymfeknuder i mindst tre regioner eller forstørret milt eller lever
- **Stadium C:** Her har man knoglemarvssvigt med enten blodmangel eller lavt antal af blodplader, uanset om der er hævede lymfeknuder eller forstørret milt eller lever

I stadium A og B, som klager var frem til diagnosestillelsen i 2022, er man ikke behandlingskrævende.

Stadieinddelingen siger dels noget om, hvor udbredt sygdommen er på det tidspunkt, man får stillet sin diagnose. Dels kan den give et statistisk fingerpeg om, hvordan sygdommen vil forløbe.

Hvis man kun er i stadium A eller B, er der stor sandsynlighed for, at man ikke behøver behandling endnu.

...

Når selskabet påstår at det anser de to diagnoser som ens, da skal vi med henvisning til faglitteraturen bestride dette.

Vi skal også bestride at diagnoserne opfattes som ens efter forsikringsselskabets egne forsikringsbetingelser.

Som det fremgår af forsikringsbetingelser 7878-3 januar 2021, punkt 3.b, da er behandlingskrævende CLL dækket, mens ikke-behandlingskrævende CLL (i betingelserne undtaget som CLL i stadier I og II) er undtaget. Det er også direkte angivet under dækningsberettigende CLL, at dækningen undtager mindre aggressive former for CLL. Det er derfor også direkte forkert når selskabet påstår, at afgørende for om diagnoserne anses som værende ens er, hvorvidt de begge er Kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) (bilag D). Det er det hverken efter faglitteraturen eller selskabets egne forsikringsbetingelser.

I forlængelse af ovenstående skal vi henvise til Ankenævnet for Forsikrings praksis. Her følger det blandt andet af AK 64.726, at det påhviler selskabet at løfte bevisbyrden for, at klagers tidligere diagnose opfylder selskabets betingelser, for hvilken det nu gør gældende, at den nye diagnose

opfylder. Det kan selskabet vanskeligt påstås at have gjort. De har faglitteraturen og dets egne betingelser imod sig.

Derudover skal jeg ikke undlade at bemærke, at det virker fuldkommen absurd når selskabet påstår, at afgørende for hvorvidt selskabet kan påstå at diagnoserne er ens efter forsikringsbetingelser er, hvorvidt de begge hedder kronisk lymfatisk leukæmi, og at det så er af mindre betydning hvad diagnosticeringskriterierne anviser. En sådan sondring kunne man næppe forestille sig selskabet anvende, såfremt klager havde pådraget sig en apopleksi eller anden dækningsberettiget sygdom, hvis ikke også klager havde opfyldt diagnosticeringskriterierne (se de utallige eksempler på selskabernes afvisning med hjemmel i en manglende opfyldelse af diagnosticeringskriterierne).

Det må således gælde begge veje, at diagnosticeringskriterierne er af betydning når der skal sondres mellem hvorvidt en diagnose/sygdom er dækningsberettiget/undtaget eller ej. I den aktuelle sag er behandlingskrævende CLL, som klager først får stillet i 2022, dækningsberettiget, mens diagnosen fra 2011 er direkte undtaget dækning.

Jeg henviser i forlængelse af ovenstående argumentation også til AK 82.401;

AK 82.401

Klager blev omfattet af forsikringen den 1/5 2010. Klager ansøgte ved ansøgning af 22/11 2011 om udbetaling af engangsbeløb ved visse kritiske sygdomme. Af ansøgningen fremgik, at den 3/11 2011 hun havde fået konstateret brystkræft.

3/2 2012 afviste selskabet at udbetale sum ved visse kritiske sygdomme, idet selskabet henviste til, at klageren havde fået diagnosticeret brystkræft i 2004.

Nævnet gav klager medhold, idet sygdommen fra 2004 ikke opfyldte selskabets nuværende sygdomsdefinition (se også klager medhold i AK 79.330)

Det bør i øvrigt tillægges stor vægt, at selskabet selv anerkender (bilag D), at kronisk lymfatisk leukæmi stadie I og II (ikke behandlingskrævende CLL) er undtaget dækning. Selskabet anerkender således selv, at sygdommen inden forsikringstiden ikke opfylder den nuværende sygdomsdefinition. Derfor kan selskabet efter praksis ikke afvise klager under henvisning til at diagnoserne er ens. Selskabet vurderer jo selv, at ikke-behandlingskrævende CLL er undtaget i betingelserne. Så kan de ikke afvise med at diagnosen stillet 2011, som er undtaget dækning efter gældende betingelser, bevirker, at den nuværende behandlingskrævende-CLL ikke kan dækkes under henvisning til diagnosen er stillet inden forsikringstiden.

Jeg bemærker at det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 1, at der ved en diagnose forstås de sygdomme eller tilstande der er beskrevet i afsnit A-Æ i dækningsskemaer. Endvidere, at diagnoser, der ikke er beskrevet i dækningsskemaet eller ikke opfylder kravene, ikke berettiger til udbetaling. Ikke-behandlingskrævende CLL blev stillet før forsikringstiden, og berettiger ikke til udbetaling jf. ovenstående punkt. Behandlingskrævende CLL blev stillet i forsikringstiden, og berettiget jf. ovenstående til udbetaling. Selskabet kan således ikke afvise klager med, at en ikke-dækningsberettiget diagnose stillet i 2011, nu giver selskabet ret til at afvise en dækningsberettiget diagnosen stillet i 2022. Afgørende i relation til kendelsen AK 82.401 er, at sygdommen i 2011 ikke opfylder selskabets nuværende sygdomsdefinition. Det gør den ikke, fordi selskabets nuvæ-

rende sygdomsdefinition ikke dækker ikke-behandlingskrævende CCL. Et forhold selskabet selv har erkendt.

Derfor kan selskabet ikke afvise klagers aktuelle dækningsberettigende diagnose, behandlingskrævende CLL.

Afslutningsvis bemærker jeg, at [pensionsselskab 1] har udbetalt dækning for diagnose stillet i 2022, under nogenlunde enslydende forsikringsbetingelser som i den aktuelle sag.

Subsidiært

Såfremt nævnet måtte finde, at selskabet har løftet bevisbyrden for at diagnoserne fra 2011 og 2022 er ens i de aktuelle forsikringsbetingelsers forstand, da gør vi subsidiært gældende, at klager er berettiget til dækning efter forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 4. Bestemmelsen lyder som følger;

...

Efter ovenstående bestemmelse er klager dækningsberettiget så længe der er gået mere end 10 år mellem diagnoserne. Det er der ubestridt. Det er, modsat af hvad selskabet påstår, ikke afgørende om diagnoserne efter de 10 år er ens eller ej, idet punktet bestemmer, at forsikrede har ret til dækning for enhver kræftdiagnose, så længe der er gået 10 år imellem diagnosestillesen.

I den aktuelle sag er der gået 11 år imellem diagnoserne.

For så vidt angår selskabets påstand om, at et blodprøveudtag fra 2015 viser et tilbagefald og klager skal være kræftfri i alle 10 år for at opfylde bestemmelsen, da gør klager gældende, at selskabet ikke har ført noget bevis for det påståede tilbagefald. Klager bestrider at den af selskabet påståede blodprøve består.

Derudover skal jeg bemærke, at det ikke fremgår af bestemmelsen, at det er krav om at forsikrede skal være kræftfri i en 10-årig periode. Der står blot at der ikke må have været tilbagefald i perioden. Tilbagefald tolkes umiddelbart af selskabet som en forværring, og ikke et totalt fravær af kræft (bilag D). Jeg bemærker i den forbindelse, at selskabet som koncipist af forsikringsbetingelser er nærmest til at bære risikoen for uklarheder heri. Eventuelle uklarheder skal derfor tolkes til fordel for forbrugeren/klager i medfør af aftalelovens §38.b.

Konklusion

Klager gør således primært gældende, at den dækningsberettigende diagnose, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi er opfyldt i medfør af klagers diagnosestillelse i 2022, hvorfor klager er berettiget til udbetaling af erstatningen.

Endvidere, at selskabet ikke har ført tilstrækkelig klart bevis for at diagnoserne før og efter forsikringstiden er ens. Dels er de det ikke efter faglitteraturen, dels er diagnosen inden forsikringstiden direkte undtaget i de forsikringsbetingelser som selskabet nu afviser efter.

Såfremt nævnet måtte finde, at selskabet har løftet bevisbyrden for at diagnoserne fra 2011 og 2022 er ens i de aktuelle forsikringsbetingelsers forstand, da gør klager subsidiært gældende, at han alligevel er berettiget til udbetaling af erstatningen idet han opfylder bestemmelsen i forsik-

ringsbetingelsernes punkt 3, stk. 4. Denne bestemmer, at klager er dækningsberettiget så længe der er gået mere end 10 år mellem diagnoserne. Det er der ubestridt."

Selskabet har i brev af 29/4 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klager har ansøgt om udbetaling fra sin forsikring ved visse kritiske sygdomme på grund af diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi'. Selskabet har givet afslag på udbetaling, fordi diagnosen er stillet før forsikringstiden.

Forsikringens virkemåde

Klager bliver omfattet af en firmapensionsordning via sin tidligere arbejdsgiver pr. 1. april 2021. Pensionsordningen indeholder bl.a. en forsikring ved visse kritiske sygdomme, der kommer til udbetaling, hvis der stilles en dækningsberettiget diagnose i forsikringstiden.

Forsikringsbetingelser

Forsikringsbetingelser nr. 7878-3 er gældende for klagers forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Følgende fremgår bl.a. af forsikringsbetingelserne:

...

Sagsfremstilling

Klager er omfattet af en mæglerbetjent firmapensionsordning via sin tidligere arbejdsgiver fra tidspunktet for hans ansættelse pr. 1. april 2021 til tidspunktet for hans fratrædelse pr. 30. juni 2021. Klager vælger – efter møde med sin rådgiver for firmapensionsordningen – at forhøje forsikringen ved visse kritiske sygdomme fra 100.000 kr. til 487.000 kr. med virkning fra 1. maj 2021. (Bilag 1, 2 og 3)

I forbindelse med klagers fratrædelse pr. 30. juni 2021 oplyser selskabet klager om de muligheder, klager har for at opretholde sin pensionsordning. Klager vælger på baggrund heraf at videreføre sin forsikring ved visse kritiske sygdomme, mens de øvrige forsikringer bortfalder. Der aftales henstand i 12 måneder fra den 1. juli 2021 til den 1. juli 2022, hvorefter det er aftalt, at klager genoptager indbetalingen til pensionsordningen på private vilkår. Pensionsordningen består herefter af forsikringen ved visse kritiske sygdomme samt pensionsopsparingen. (Bilag 4)

Klager indsender en elektronisk anmeldelse af en kritisk sygdom den 2. februar 2022 for diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi'.

Selskabet gennemgår anmeldelsen (Bilag A) samt de indsendte lægejournaler (Bilag 5). Det fremgår heraf, at klager fik stillet diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' i 2011. Herefter blev wait-and-watch tilgang fulgt. Sygdommen blev behandlingskrævende i januar 2022.

Selskabet giver klager afslag på udbetaling på baggrund af følgende:

Diagnosen er stillet før forsikringstiden

Klager får stillet diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' i 2011.

Denne diagnose er omfattet af forsikringsbetingelserne pkt. 5, stk. 3, litra B: 'Kræft i blod og bloddannende organer – med undtagelse af visse mindre aggressive former'.

Karakteristisk for blodkræft er således, at der er tale om 'Ondartede (maligne) sygdomme opstået i blod, lymfe eller knoglemarvens bloddannende celler, karakteriseret ved et atypisk blodbillede med ukontrolleret vækst af blodceller og tendens til progression og recidiv'.

Klager har således fået stillet en diagnose indenfor denne kategori før forsikringstiden.

Da diagnosen blev stillet, var der tale om, at klagers sygdom var i de indledende stadier, idet denne sygdom inddeles i forskellige stadier. At sygdommen inddeles i stadier, er dog ikke ensbetydende med, at ændring af stadie medfører, at der stilles en ny diagnose. Det er således blot et udtryk for, at sygdommen har ændret sig – og for klagers vedkommende, at der er sket en forværring. (Bilag 6 og 7)

I stadie I og II giver diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' ikke ret til udbetaling af den årsag, at sygdommen i disse stadier ikke vurderes at have en sådan alvorlighed, at sygdommen bør give ret til udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme. Det er således først i stadie III, hvor sygdommen bliver behandlingskrævende, at sygdommen har en sådan alvorlighed, at der kan ske udbetaling.

Det ændrer dog ikke ved, at det er selve diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' skal være stillet i forsikringstiden. Udbetalingstidspunktet forudsætter dog, at sygdommen er i stadie III og dermed behandlingskrævende.

Særlig 10 års regel for kræftdiagnoser stillet før forsikringstiden

Hovedreglen er, at der ikke kan ske udbetaling for diagnoser stillet i forsikringstiden, hvis samme diagnose også er stillet før forsikringstiden. En undtagelse hertil er kræftdiagnoser.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at hvis forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose før forsikringstiden, kan der ske udbetaling for en (ny) kræftdiagnose, der stilles i forsikringstiden, hvis der er gået mindst 10 år, siden den første kræftdiagnose blev stillet. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst 10 år.

Denne bestemmelse er ikke relevant for klagers sag, da der ikke er stillet en ny diagnose i forsikringstiden, men der alene er tale om én og samme diagnose, nemlig 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi', som blev stillet før forsikringstiden (i 2011).

Hvis det forhold, at klagers kræftdiagnose er blevet behandlingskrævende i forsikringstiden, betragtes som en 'diagnose stillet i forsikringstiden', kan selskabet dog oplyse, at selskabet ved gennemgangen af de af klager fremsendte lægejournaler har konstateret, at der i 2015 blev set en vis forværring af sygdommen. Forværringen kan således betragtes som et tilbagefald (recidiv) efter en periode, hvor sygdommen så at sige har 'holdt sig i ro'.

Dermed bliver konsekvensen, at den særlige 10 års regel for kræftdiagnoser stillet før forsikringstiden ikke er opfyldt.

Selskabet skal for en god ordens skyld gøre opmærksom på, at selskabet ikke stiller krav om, at klager i hele den 10-årige periode skal have været kræftfri. Afgørende er således, om der er i den 10-årige periode er konstateret et tilbagefald (recidiv) af sygdommen, hvilket i så fald har den ovennævnte konsekvens, at der ikke kan ske udbetaling for en ny kræftdiagnose stillet i forsikringstiden.

Idet forværringen således betragtes som et tilbagefald, er det på det foreliggende grundlag selskabets vurdering, at selv hvis det lægges til grund, at klager har fået stillet en ny kræftdiagnose i forsikringstiden, opfylder klager ikke kriterierne for at være omfattet af den særlige 10 års regel for kræftdiagnoser stillet før forsikringstiden.

Det er dog fortsat selskabets opfattelse, at der – som beskrevet ovenfor – er tale om samme sygdom og dermed samme diagnose, og der stilles derfor ikke en ny diagnose i forsikringstiden. Der er i denne sag alene tale om, at klagers sygdom har udviklet sig, sådan at sygdommen først i januar 2022 bliver behandlingskrævende.

Selskabet skal i øvrigt bemærke, at selskabet ikke er i besiddelse af fuld journal for klagers sygdomsforløb med diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi', da klager til vurdering af anmeldelsen af den kritiske sygdom alene har indsendt enkelte udvalgte sider fra lægejournalen, se vedlagte Bilag 5. Selskabet gør derfor opmærksom på, at det kræver adgang til fuld journal, såfremt det lægges til grund, at der er tale om to diagnoser. Dette skyldes, at selskabet i så fald kan have behov for en nærmere gennemgang og vurdering af klagers sygdomsforløb fra 2011 og frem til 2022.

Anbringender

Diagnosen er stillet før forsikringstiden

Udbetaling af en forsikring ved visse kritiske sygdomme forudsætter, at diagnosen stilles i forsikringstiden.

Det er ubestridt, at klager får stillet diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' i 2011. Diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' er en dækningsberettiget diagnose. Udbetalingen forudsætter dog, at sygdommen er behandlingskrævende, da dette indikerer en vis alvorlighed.

Uagtet om sygdommen er behandlingskrævende eller ikke-behandlingskrævende, er der således tale om samme diagnose, nemlig 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi'. Diagnosen stilles således kun én gang.

Følgende fremgår af beskrivelsen af diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' på cancer.dk:

'Det er vigtigt at få stillet den præcise diagnose, for at du kan få tilbudt den bedst mulige behandling eller det bedst mulige kontrolforløb.'

Kontrolforløbet er vigtigt, da der for størstedelen af patienter med CLL ikke er behov for behandling på det tidspunkt, hvor diagnosen stilles' (min understregning).

og videre:

'Stadieinddelingen siger dels noget om, hvor udbredt sygdommen er på det tidspunkt, man får stillet sin diagnose. Dels kan den give et statistisk fingerpeg om, hvordan sygdommen vil forløbe (min understregning).

Hvis man kun er i stadium A eller B, er der stor sandsynlighed for, at man ikke behøver behandling endnu'.

Dette understøtter, at der er tale om, at diagnosen alene stilles én gang, og at stadieinddelingen alene er med til at vurdere den relevante behandlingsform. Ved udvikling fra et stadie til et andet er der derfor ikke tale om en ny diagnose. Dette fremgår særligt af formuleringen, der er understreget ovenfor: *'der er for størstedelen af patienter med CLL ikke behov for behandling på det tidspunkt, hvor diagnosen stilles'.*

Det afgørende for udbetaling er derfor som altid, at diagnosen er stillet i forsikringstiden, og at kravene for udbetaling er opfyldt. Klager opfylder imidlertid ikke den grundlæggende forudsætning om, at diagnosen skal stilles i forsikringstiden.

Ved eksplicit at have indskrevet, at 'CLL – Kronisk Lymfatisk Kræft' i stadie I og II ikke er dækket, undgås skuffede forventninger. Det samme gør sig fx gældende med prostatakræft med en Gleason score på 5 eller derunder eller modermærkekræft stadie 1-4. Disse kræftformer giver således heller ikke ret til udbetaling, men det ændrer ikke på, at det er en kræftdiagnose, der er stillet.

Særlig 10 års regel for kræftdiagnoser

Hele præmissen om, at den særlige bestemmelse om, at der kan ske udbetaling for kræftdiagnoser stillet i forsikringstiden, selvom forsikrede også før forsikringstiden har fået stillet en kræftdiagnose forudsætter, at der er stillet en kræftdiagnose før hhv. i forsikringstiden.

Klagers blodkræftdiagnose er imidlertid alene stillet én gang, da der blot løbende er sket en udvikling (forværring) af sygdommen. Den grundlæggende præmis om, at der skal være stillet en diagnose både før og i forsikringstiden, finder selskabet derfor ikke er opfyldt i det konkrete tilfælde.

Selv hvis det lægges til grund, at der er tale om to blodkræftdiagnoser, er der ikke tale om en 10-årig periode uden tilbagefald (recidiv), hvilket understøttes af, at et lægenotat fra 2015 omtaler af 'knoglemarv viser >90 % CLL-celler'.

Selskabet gør i øvrigt opmærksom på, at selskabet ikke er i besiddelse af klagers fulde journal og dermed ikke har indblik i, hvordan klagers sygdomsforløb har været.

Det bærende for sagen har været, at der ikke er stillet en ny diagnose i forsikringstiden, men der er tale om samme sygdom og dermed samme diagnose, som allerede var stillet før forsikringstiden.

Såfremt Ankenævnet er uenige i dette, tager selskabet forbehold for, at det kræver adgang til fuld journal, idet selskabet i så fald har behov for nærmere at vurdere, hvordan sygdommen har udviklet sig.

Atypisk adfærd

Klager bliver omfattet af forsikringen ved visse kritiske sygdomme, da han indtræder i firmapensionsordningen som led i et ansættelsesforhold hos sin tidligere arbejdsgiver. Indtrædelse i firmapensionsordninger sker ved lempelige helbredskrav. Klager er således indtrådt i pensionsordnin-

gen mod afgivelse af en såkaldt førtidspensionserklæring (men uden afgivelse af egentlige helbredsoplysninger) ligesom klager har forhøjet forsikringen ved visse kritiske sygdomme fra 100.000 kr. til

487.000 kr. mod afgivelse af en såkaldt førtidspensionserklæring (men uden afgivelse af egentlige helbredsoplysninger).

En førtidspensionserklæring betyder, at klager skal afgive oplysninger om, hvorvidt han aktuelt er sygemeldt, er fuldt arbejdsdygtig, er ansat på nedsat tid af helbredsmæssige årsager, modtager visse sociale ydelser mv. Selskabet får derimod ikke oplysning om sygdomme eller lidelser, som klager har på tidspunktet for indtrædelse i pensionsordningen samt ved forhøjelse af forsikringsdækningen.

Årsagen til de meget lempelige helbredskrav er, at der som udgangspunkt ikke er et spekulations-element til stede, når en person indtræder i en obligatorisk firmapensionsordning, da dette sker som led i et ansættelsesforhold.

Selskabet har noteret sig, at klager indtræder i en firmapensionsordning pr. 1. april 2021 og straks herefter forhøjer forsikringen ved visse kritiske sygdomme fra 100.000 kr. til 487.000 kr. Ansættelsesforholdet ophører allerede efter tre måneder, hvorefter klager alene vælger at opretholde sin forsikring ved visse kritiske sygdomme. De øvrige forsikringer i pensionsordningen ønskes derimod ikke opretholdt (forsikring ved tab af erhvervsevne, livsforsikring samt sundhedsforsikring).

Da udvikling af sygdommen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' fra ikke-behandlingskrævende til behandlingskrævende er en velkendt og meget forventet udvikling af sygdommen, vurderer selskabet, at der er en spekulationsmulighed til stede, hvis klager skulle kunne få udbetaling for en diagnose, der allerede er stillet og er til stede før forsikringstiden.

Det modsatte ville dog omvendt være tilfældet, hvis der var tale om en ny diagnose, der blev stillet i forsikringstiden, da en helt ny diagnose kunne give ret til udbetaling, såfremt betingelserne for udbetaling var opfyldt.

Ankenævns sag nr. 82.401

I den fremlagte ankenævns sag nr. 82.401 er der tale om, at forsikrede før forsikringstiden have fået et forstadium til kræft (celleforandringer i brystet også kendt som 'DCIS – Duktalt karcinom in situ'). Der er således ikke stillet en egentlig kræftdiagnose forud for tegning, som i nærværende sag, men alene konstateret et forstadium til kræft.

Udbetaling af forsikring ved visse kritiske sygdomme i andet selskab

Klagers rådgiver henviser til, at klager har fået en udbetaling på 487.000 kr. fra et andet selskab, og at der er tale om lignende vilkår.

Denne afgørelse har ikke betydning for selskabets vurdering af sagen, da selskabet foretager en individuel og selvstændig vurdering på baggrund af vores forsikringsbetingelser.

Lægekonsulentvurdering

Selskabet har ved vurderingen af sagen forelagt de lægelige oplysninger for selskabets lægekonsulent, hvilket er helt sædvanligt. Det er altid lægekonsulentens egen vurdering, som lægekonsulenten selvstændigt står inde for. Klagers rådgivers bemærkning om, at lægekonsulentens vurdering 'på ingen måde er objektiv og uvildig' og dermed 'ikke kan tillægges [ikke] høj værdi' er således en

forkert påstand. Lægekonsulenter har deres eget navn, ry og faglighed at tage hensyn til og foretager således ikke vurderinger, de ikke kan stå inde for."

Klagerens repræsentant har i brev af 30/5 2022 til nævnet bl.a. anført:

"To forskellige diagnoser

Selskabet fastholder, at diagnosen stillet i 2011 (før forsikringstiden) er enslydende med diagnosen stillet i 2022 (efter forsikringstidens begyndelse). Dette til trods for, at selskabet samtidig anerkender klagers påstand om, at diagnosen- CLL, i faglitteraturen er inddelt i flere forskellige stadier samt at klagers stadie først i 2022 blev behandlingskrævende.

Med ovenstående anerkender selskabet således, at klagers CLL var i stadie A og B (ikke-behandlingskrævende) i 2011, og først kom i det behandlingskrævende stadie C, i 2022.

Dermed kan selskabet ikke samtidig påstå, at der er tale om to ens diagnoser.

Forsikringsbetingelserne

Til støtte for selskabets påstand henviser selskabet til forsikringsbetingelsernes punkt 5, stk. 3, litra B. Herefter er det selskabets opfattelse, at klagers diagnose, ikke-behandlingskrævende CLL fra 2011 er omfattet forsikringsbetingelserne.

Det skal klager bestride.

Indledningsvis bemærker jeg, at det må være en fejl når selskabet hjemler dets påstand i punkt 5 i forsikringsbetingelserne. Punktet omhandler proceduren for skadeanmeldelser.

Dernæst, at det af forsikringsbetingelsernes, punkt 3.b fremgår, at behandlingskrævende CLL dækkes, mens ikke-behandlingskrævende CLL (i betingelserne undtaget som CLL i stadie I og II) er undtaget. En fortolkning som selskabet i dets aktuelle høringsvar da også erklærer sig enig med klager i;

...

Det er derfor forkert når selskabet påstår, at ikke-behandlingskrævende CLL er en dækningsberettiget diagnose i forsikringsbetingelserne. Det er den ikke. Ikke-behandlingskrævende CLL er direkte undtaget dækning. En påstand som selskabet endda selv har erklæret sig enig med klager i.

I forlængelse af ovenstående, så er det også direkte angivet under dækningsberettigende CLL i forsikringsbetingelserne, at dækningen undtager mindre aggressive former for CLL. Herunder hører ikke-behandlingskrævende CLL som klager fik stillet i 2011.

Det er da også direkte forkert når selskabet påstår;

'at ikke-behandlingskrævende CLL kan karakteriseres som 'Ondartede (maligne) sygdomme opstået i blod, lymfe, eller knoglemarvens bloddannede celler, karakteriseret ved et atypisk blodbillede med ukontrolleret vækst af blodceller og tendens til progression og recidiv'

Karakteristisk for CLL, der ikke er behandlingskrævende er netop, at der ikke er tale om ukontrolleret vækst af blodceller. Når ukontrolleret vækst støder til, vil man skifte tilstand til behandlingskrævende CLL.

Slutteligt, så fremgår det af forsikringsbetingelsernes afsnit 3, stk.1, at;

'Ved en diagnose forstås de sygdomme eller tilstande der er beskrevet i afsnit A-Æ i dækningskemaet nedenfor.'

Jf. forsikringsbetingelsernes egen ordlyd, da kan en diagnose også defineres som en tilstand. Når denne definition af en diagnose sammenholdes med selskabets egen sondren mellem dækningsberettigende og ikke-dækningsberettigende former for diagnosen CLL og faglitteraturen, så må man konkludere, at der er forskel på diagnoserne behandlingskrævende CLL og ikke-behandlingskrævende CLL.

Selskabet kan således vanskeligt påstå, at CLL i alle former er et udtryk for den samme diagnose. Hverken efter selskabets egne betingelser eller i øvrigt.

I ovenstående forbindelse henviser jeg nok engang til Ankenævnets praksis (se AK 82.401 og 79.330). Af praksis kan det ganske klart udledes, at såfremt selskabet påstår at en stillet diagnose er identisk med en tidligere stillet diagnose, da påhviler det dels selskabet at løfte bevisbyrden herfor, dels at den tidligere stillede diagnose ikke må være undtaget af selskabets aktuelle betingelser.

I den aktuelle sag kan selskabet vanskeligt påstås at have ført tilstrækkeligt klart bevis for, at den ikke-behandlingskrævende CLL i 2011 er identisk med den behandlingskrævende CLL stillet i 2022. Selskabets henvisning til, at begge diagnoser hedder noget med kronisk lymfatisk leukæmi, er ikke et tilstrækkeligt klart bevis for, at klager faktisk eller med overvejende sandsynlighed fik stillet en tilsvarende diagnose i 2011 som i 2022. I særdeleshed ikke, når selskabet selv anerkender at der findes forskellige arter af diagnosen, hvoraf få er dækningsberettigende mens størstedelen ikke er.

Jeg henviser i det hele til vores tidligere skrivelser på sagen.

Sammenfattende skal klager derfor fastholde sin primære påstand om, at den dækningsberettigende diagnose, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi er opfyldt i medfør af klagers diagnosestillelsen i 2022, hvorfor klager er berettiget til udbetaling af erstatningen. Selskabet derimod, har ikke ført tilstrækkeligt klart bevis for, at diagnosen stillet i 2011 er identisk med diagnosen for hvilken klager nu søger dækning.

10-års reglen

Klager har som bekendt gjort subsidiært gældende, at såfremt nævnet måtte finde, at selskabet har løftet bevisbyrden for at diagnoserne fra 2011 og 2022 er ens i de aktuelle forsikringsbetingelser forstand, da gør klager gældende, at han i så fald er berettiget til dækning efter forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 4. Bestemmelsen lyder som følger;

...

Efter ovenstående bestemmelse er klager berettiget til udbetaling fra forsikringen, så længe der er gået mere end 10 år mellem diagnoserne ikke-behandlingskrævende CLL (stillet 2011) og behandlingskrævende CLL (stillet 2022).

I den aktuelle sag er der 11 år mellem de to diagnoser.

Jeg bemærker nok engang, at det efter forsikringsbetingelserne ikke er afgørende om diagnoserne efter de 10 år er ens eller ej, idet punktet bestemmer, at forsikrede har ret til dækning for enhver kræftdiagnose, så længe der er gået 10 år imellem diagnosestillesen.

Selskabet fastholder grundlæggende set dets hidtidige afvisning af klagers subsidære påstand, navnlig under henvisning til, at ikke-behandlingskrævende CLL (stillet 2011) og behandlingskrævende CLL (stillet 2022) er én og samme diagnose.

I den forbindelse skal klager, foruden i det hele at henvise til klagers hidtidige argumentation for, at der ikke er tale om én og samme diagnose, fremkomme med følgende bemærkninger til selskabets fastholdelse.

At det ikke kan indfortolkes i selskabets forsikringsbetingelser, at det er krav om at forsikrede skal være kræftfri i en 10-årig periode. Der står blot at der ikke må have været tilbagefald i perioden. Tilbagefald tolkes umiddelbart af selskabet som en forværring, og ikke et totalt fravær af kræft (bilag D). Jeg bemærker i den forbindelse, at selskabet som koncipist af forsikringsbetingelser er nærmest til at bære risikoen for uklarheder heri. Eventuelle uklarheder skal derfor tolkes til fordel for forbrugeren/klager i medfør af aftalelovens §38.

Ovenstående synes i øvrigt ikke relevant at diskutere længere, idet selskabet i nærværende høringsvar eksplicit har tiltrådt klagers påstand om, at der ikke er noget krav om at forsikrede skal være kræftfri i en 10-årig periode.

At selskabet nu er af den overbevisning, at klager har haft et tilbagefald (recidiv) i 2015, og at han af den grund ej heller kan være berettiget til udbetaling fra forsikringen efter undtagelsen til forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 4, da gør klager gældende, at selskabet ikke har ført tilstrækkeligt klart bevis for, at klager har været recidiv i 2015.

Klager har senest udbedt sig dokumentation fra den af selskabet påståede blodprøve der efter sigende skulle påvise forværringen af klagers diagnosen i 2015. Hertil er selskabet fremkommet med et lægenotat fra 2015, som omtaler at;

knoglemarv viser >90 % CLL-celler'.

I den forbindelse gør klager gældende, at knoglemarvsprøven ikke er et tilstrækkeligt klart bevis for, at skadelidte faktisk eller med overvejende sandsynlighed oplevede et tilbagefald i 2015. Jeg skal redegøre herfor i det følgende.

Dels synes der at være en vis diskrepans mellem det forhold, at selskabet på den ene side påstår, at der er tale om langsomt udviklende sygdom (regressiv) og på den anden side at klager har haft et tilbagefald (recidiv) i 2015. Selskabet kan vanskeligt fastholde begge påstande samtidigt.

Dels må konklusionen på knoglemarvsprøven ses i sammenhæng med blodprøver, CT-scanning og lægens vurdering af klagers almentilstand fra 2015. Konklusionen var, at klager ikke var progredieret til behandlingskrævende tilstand.

Dermed kan klager heller ikke påstå at have undergået en forværring i 2015.

Slutteligt, så kan selskabet ikke bruge knoglemarvsprøven isoleret set med henblik på at påstå, at der sket et tilbagefald/forværring i 2015. Årsagen hertil er, at der i sagen ikke forelægger nogen tidligere knoglemarvsprøve til sammenligning. Selskabet kan således vanskeligt påstå, at knoglemarvsprøven i 2015 skulle være et udtryk for at klager har haft et tilbagefald.

Klager fastholder derfor, at han som minimum er berettiget til udbetaling fra forsikringen efter forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 4, idet der er gået mere end 10 år mellem klagers to kræftdiagnoser. Selskabet derimod, har ikke løftet bevisbyrden for, at vilkårets undtagelse finder anvendelse, idet selskabet ikke ført tilstrækkeligt klart bevis for, at klager har været recidiv i perioden 2011-2021.

Selskabets vurderingsgrundlag

Selskabet gør opmærksom på, at selskabet ikke er i besiddelse af klagers fulde journal og at selskabet dermed ikke har indblik i, hvordan klagers sygdomsforløb har været. Selskabet tager derfor forbehold for adgang til klagers fulde journal, med henblik på at vurdere hvordan klagers sygdom har udviklet sig.

I den forbindelse gør klager det følgende gældende.

Indledningsvis, at selskabets sagsbehandling vanskeligt kan påstås at være i overensstemmelse med

Brancheorganisationens Forsikring & Pensions etiske retningslinjer. Af retningslinjerne, som brancheorganisationen har udstedt til organisationens medlemmer, herunder selskabet, fremgår det blandt andet, at selskabet skal yde klager hurtig og objektiv skadehjælp.

I den aktuelle sag, hvor selskabet nu anerkender at det har afvist klager på baggrund af ufuldstændigt grundlag, da må man udtale en særlig kritik af denne form for sagsbehandling i relation til retningslinjerne.

Selskabet er under sagsbehandlingen som bekendt fremkommet med påstande under henvisning til klagers sygdomsudvikling. Dette til trods for selskabet aktuelt lader os forstå, at det slet ikke har, eller har haft, adgang til information om hvordan klagers sygdom har udviklet sig.

Dernæst, da finder jeg anledning til at fremhæve følgende fra Ankenævnet for Forsikrings vejledning til selskabernes sagsbehandling ved selv samme ankenævn;

- At nævnet ikke kan lægge forhold til grund som selskabet ikke har dokumenteret
- At selskabet skal fremlægge relevant bevismateriale frem under høringsprocessen
- At det er den enkelte part i klagesagen, der skal fremlægge de beviser, som parten mener er påkrævet for at parten kan bevise, at vedkommende har ret
- At fremlægger en part ikke sine beviser, vil udgangspunktet være, at sagen afgøres på det foreliggende grundlag
- At nævnet ikke kan lægge forhold til grund, som ikke er dokumenteret

- At selskabet så tidligt som muligt, bør fremlægge alle relevante dokumenter

Ovenstående punkter må i relation til den aktuelle sag forstås således, at selskabets forbehold for adgang til klagers fulde journal, med henblik på at vurdere hvordan klagers sygdom har udviklet sig, ikke kan tages til følge, idet det blandt andet påhviler selskabet, så tidligt som muligt, at fremlægge alle relevante dokumenter og i øvrigt at dokumentere sine påstande. I modsat fald kan påstandene ikke tages til følge, hvorfor blandt andet selskabets påstande i relation til klagers påståede tilbagefald, må tilsidesættes som udokumenterede.

Ad selskabets 'atypisk adfærd'

Selskabet synes grundlæggende set at insinuere, at klager skulle have spekuleret i at opnå udbetaling fra forsikringen. Blandt andet ved at have hævet forsikringssummen og ved ikke at have videreført en række andre forsikringsdækninger ved selskabet.

I relation til ovenstående skal klager først og fremmest i det hele afvise, at han har spekuleret i at opnå udbetaling fra forsikringen eller noget der kan sidestilles hermed.

Endvidere, at det er påfaldende at selskabet ikke tidligere i sagsforløbet har fundet anledning til at fremkomme med ovenstående insinuation. I den forbindelse bemærker jeg, at selskabet ikke på et senere tidspunkt i sagsbehandlingen kan fremkomme med et bestemt argument eller anbringende som det kunne have påberåbt sig på et tidligere tidspunkt i sagsbehandlingen (Dansk forsikringsret, 10 udgave, s.441. (jf. også AK.31575).

Dernæst har klager ønsket at fremkomme med følgende bemærkninger til selskabets insinuation;

1. *Topdanmark kalder erklæringen for en Førtidspensionserklæring, forsikringsmægleren kaldte erklæringen for en jobskifteerklæring, idet Topdanmark ligesom de fleste andre pensionsselskaber er medlemmer af F&P, og dermed tilbyder lempelige vilkår for at overflytte pensioner og forsikringer i forbindelse med jobskifte, se <https://www.fogp.dk/services/flytning-af-pensionsordning/flytning-af-pensionsordninger/>.*
2. *Grunden til at jeg forhøjede summen til 487.000 var at den skulle matche den sum, jeg havde hos [pensionsselskab 1]. Min forsikringssum ved [pensionsselskab 1] har siden 2017 været på 487.000,00, hvorfor der vel sagtens ikke er noget mærkværdigt ved, at jeg ved har ønsket at bibeholde en lignende forsikringssum ved indklagede selskab (se seneste bilag). Den eneste årsag til at forsikringssummen ikke var 487.000,00 fra start ved det indklagede selskab er alene, at selskabets forsikringsmægler ikke havde tid til at tale med mig, hvorfor indklagede selskab til en start, valgte at sætte forsikringssummen til deres standardsum. Jeg vil øvrigt pointere, at jeg siden 2009 har haft en forsikring ved kritisk sygdom ved [pensionsselskab 2], [pensionsselskab 3], [pensionsselskab 1] og altså også Topdanmark, hver gang overflyttet via jobskifteordningen.*
3. *At ansættelsesforholdet ophørte efter 3 måneder, skyldes at der var prøvetid, og stillingen var ikke det forventede match, derfor ophør.*
4. *En erhvervsevneforsikring er ved lov begrænset i sit dækningsomfang, så der modregnes i offentlige ydelser, derfor giver det ikke mening at videreføre denne, når jeg har valgt at fortsætte min ordning hos [pensionsselskab 1]. Livsforsikringen var et obligatorisk element i firmaordningen, som jeg ikke havde brug for, Sundhedsforsikringen tilsvarende.*

Slutteligt, da bemærker jeg, at selskabet selv valgt at antage forsikringen uden forbehold eller klausuler.

Det fremgår endda direkte på side 3, af den erklæring som klager har underskrevet i forbindelse med tegning af forsikringen, at klager først er omfattet af de valgte forsikringer, når hans helbredsoplysninger er godkendt af selskabet og når klager modtager en aftale som bekræftelse på aftalens ikrafttrædelse/ændring.

Idet klager efterfølgende modtager forsikringsaftalen, da må dette anses som et udtryk for, at selskabet har godkendt klagers helbredsoplysninger og helbredsmæssige forhold forud for indtægningsstidspunktet samt accepteret en eventuel risiko herved. Selskabet må som den professionelle part bære ansvaret herfor.

Derudover har klager ikke umiddelbart yderligere bemærkninger til selskabets pludselige insinuation, idet selskabets insinuation er baseret på rene antagelser og spekulation.

AK 82.401

Selskabet synes at påstå, at kendelsen ikke er sammenlignelig med den aktuelle sag.

Det skal vi afvise.

Præmissen for klager medhold i AK 82.401 er, at selskabet ikke kan afvise klagers aktuelle diagnose under henvisning til en tidligere lignende diagnose, når den tidligere lignende diagnose ikke er dækningsberettiget efter de forsikringsbetingelser som klager støtter sit krav til.

I den aktuelle sag afviser selskabet som bekendt klager under henvisning til, at kræftdiagnosen i 2011 er ens med kræftdiagnosen stillet i 2022. Herimod gør klager som bekendt gældende, at diagnoserne ikke er ens. Blandt andet fordi kræftdiagnosen fra 2011 ikke er dækningsberettiget efter de forsikringsbetingelser som klager støtter sit krav til.
(se også klager medhold i AK 79.330 og 64.726)

Betydningen af andet selskabs afgørelse

Selskabet gør gældende, at det er uden betydning hvorvidt et andet selskab under lignende vilkår har anerkendt klagers krav.

I den forbindelse gør klager gældende, at det efter Ankenævnet for Forsikring praksis ikke nødvendigvis er uden betydning, hvorvidt et andet selskab har anerkendt klagers krav. Nævnet har i en række kendelser vægtet andet selskabets anerkendelse til fordel for klager (Se f.eks. AK 92.682 og 94.517).

Selskabets Lægekonsulent

Selskabet afviser klagers påstand om, at der ikke kan lægges afgørende, eller høj vægt, på vurderinger foretaget af selskabets internt ansatte lægekonsulenter. Til støtte herfor fremhæver selskabet, at dets lægekonsulenter altid foretager en selvstændig vurdering af sagerne og at de i øvrigt har deres ry og rygte at beskytte.

I den forbindelse fastholder klager, at man ud fra en nøgtern betragtning, må anfægte lægekonsulentens uvildighed i kraft af vedkommendes ansættelsesforhold hos selskabet. At forsøge at side-

stille den bevismæssige vægt af en internt ansat med åbenlyse egeninteresser med objektive beviser, er slet og ret urimeligt. Derudover skal jeg ikke undlade at bemærke, at diverse medier da også af flere omgange har behandlet emnet.

Konklusion

Klager gør således fortsat primært gældende, at den dækningsberettigende diagnose, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi er opfyldt i medfør af klagers diagnosestillelse i 2022, hvorfor klager er berettiget til udbetaling af erstatningen.

Endvidere, at selskabet ikke har ført tilstrækkelig klart bevis for, at diagnoserne før og efter forsikringstiden er ens. Dels er de det ikke efter faglitteraturen, dels er diagnosen inden forsikringstiden direkte undtaget i de forsikringsbetingelser som selskabet nu afviser klager efter.

Såfremt nævnet måtte finde, at selskabet har løftet bevisbyrden for at diagnoserne fra 2011 og 2022 er ens, da gør klager fortsat subsidiært gældende, at han alligevel er berettiget til udbetaling fra forsikringen idet han opfylder bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 4. Punktet bestemmer, at klager er dækningsberettiget så længe der er gået mere end 10 år mellem diagnoserne. Det er der ubestridt."

Selskabet har i brev af 1/8 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har i indlæg af 29. april 2022 angivet, at diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' er omfattet af forsikringsbetingelserne pkt. 5, stk. 3, litra B. Denne korrekte bestemmelse er naturligvis pkt. 3, stk. 5, litra B.

Stadieinddeling af CLL – en eller flere diagnoser?

Selskabet og klagers rådgiver har grundlæggende en forskellig opfattelse af, hvorvidt de forskellige stadier i 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' udgør hver sin diagnose eller om diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' alene stilles én gang.

Det er selskabets vurdering, at 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' er én diagnose. Indenfor diagnosen inddeles sygdommen i stadier, men der er fortsat tale om samme overordnet diagnose.

Klagers rådgiver forsøger imidlertid til at få det til at fremstå som om, at selskabet anerkender, at de tre stadier indenfor 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' udgør hver sin diagnose. Dette skal selskabet dog afvise er tilfældet.

Det er selskabets vurdering, at selskabets opfattelse af, at der er tale om én diagnose understøttes af beskrivelsen af diagnosen på cancer.dk, jf. selskabets første indlæg samt Bilag 6.

Selskabet anser således diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' for en form for blodkræft, jf. forsikringsbetingelserne pkt. 3, stk. 5, litra b, og dermed er der før forsikringstiden stillet en blodkræftdiagnose. I henhold til forsikringsbetingelserne skal diagnosen stilles i forsikringstiden, men udbetalingstidspunktet er afhængigt af, at sygdommen er behandlingskrævende.

Fejlagtige gengivelser

Selskabet bemærker, at flere af klagers rådgivers gengivelser fra selskabets første indlæg ikke er korrekte, og at de konklusioner, som klagers rådgiver herefter drager, derfor ikke er korrekte.

Selskabet ser sig derfor nødsaget til at korrigere følgende udtalelser:

- 1) Klagers rådgiver skriver på side 1, at selskabet har påstået, at ikke-behandlingskrævende CLL er en dækningsberettiget diagnose i forsikringsbetingelserne. Dette er dog ikke tilfældet. Selskabet skrev, at 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' er en og samme diagnose, og at diagnosen inddeles i stadier. Diagnosen skal stilles i forsikringstiden, men der kan dog først ske udbetaling, når sygdommen er behandlingskrævende.
- 2) Klagers rådgiver skriver på side 2, at selskabet påstår, at 'ikke-behandlingskrævende CLL' kan karakteriseres som 'Ondartede (maligne) sygdomme opstået i blod, lymfe eller knoglemarvens bloddannende celler, karakteriseret ved et atypisk blodbillede med ukontrolleret vækst af blodceller og tendens til progression og recidiv.' Selskabet skrev dog, at det var blodkræft (og ikke 'ikke-behandlingskrævende CLL'), der havde denne karakteristik.
- 3) Klagers rådgiver skriver på side 4, at 'selskabet anerkender, at der er afvist på baggrund af ufuldstændigt grundlag' (som bemærkning til, at selskabet tager forbehold for at indhente fuld journal for klagers sygdomsforløb). Idet afslaget på udbetaling af forsikringssummen er sket, *allerede fordi* der ikke er stillet en dækningsberettiget diagnose i forsikringstiden, er der ikke tale om, at selskabet har 'afvist på ufuldstændigt grundlag'. Selskabet fastholder dette.
- 4) Klagers rådgiver skriver på side 7, at det i relation til 10 års reglen er ubestridt, at der er 10 år mellem, at klager fik sin diagnose 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi', og til diagnosen blev behandlingskrævende. Dette er til dels korrekt. Der er rigtigt nok mere end 10 år fra 2011 til 2022, men såfremt det antages, at det forhold, at sygdommen bliver behandlingskrævende i 2022, udgør en selvstændig diagnose, er det fortsat et krav i henhold til 10 års reglen, at der i den nævnte periode ikke er konstateret tilbagefald.

10 års reglen – indhentelse af fuld journal

Klager gør subsidiært gældende, at der kan ske udbetaling ud fra den såkaldte 10 års regel i forsikringsbetingelserne, fordi der er mere end 10 år imellem, at diagnosen oprindeligt blev stillet, til diagnosen blev behandlingskrævende.

Såfremt det lægges til grund, at der er stillet en ny diagnose i forsikringstiden, da klagers sygdom bliver behandlingskrævende, er det relevant at undersøge, hvorvidt 10 års reglen udgør en begrænsning for udbetaling.

Pkt. 3, stk. 4: For kræft gælder dog, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst 10 år.

Selskabet gjorde i sit første indlæg gældende, at selskabet ikke var besiddelse af fuld journal og dermed ikke havde kendskab til, hvordan klagers sygdomsforløb har været, fra diagnosen 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' blev stillet, og indtil sygdommen blev behandlingskrævende.

Selskabet har nu indhentet fuld journal fra [hospital 1] (Bilag 8) samt [hospital 2]. Journalen fra [hospital 1] viser, at klagers sygdomsforløb allerede i 2019, dvs. før forsikringstiden, havde udviklet sådan, at det var den lægelige vurdering, at klager skulle i behandling for sygdommen.

Af journalnotatet fra den 21. februar 2019 skriver klagers kontaktlæge ..., under 'Vurdering' (se side 50):

'Snarlig beh-krævende?'

I forbindelse med klagers indlæggelse på [hospital 1] den 1. november 2019, fremgår bl.a. følgende af journalnotatet fra den 5. november 2019 under 'Plan' (se side 63):

'Udskrives. Faldende CRP (54)

Rp. Samtale i amb. Mhp. evt. CLL-behandlingsopstart 12/11-19

Rp. Bioclauid 500 mg/125 mg x3 i 7 dage

Rp. Cifin 500 mg x2 i 7 dage

Pt. er informeret om og accepterer ovenstående plan.'

Under udskrivningsresumé gentages det, at klager har en tid om en uge hos kontaktlæge mhp. evt. CLL-behandling (se side 64).

Følgende fremgår bl.a. af journalnotatet fra samtalen med klagers kontaktlæge ... den 12. november 2019 (se side 69):

'Det er 4½ år siden at der er udført KM. Pt. er i varierende grad bipenisk. Udenfor protokol vil beh bestå i R-FC og før denne beh indledes synes det klogt at udføre

rp. KM-undersøgelse til flow og histologi om 2 uger (med koag-tal samme dag)

KK om 1 mdr.

PT. er interesseret i protokoldeltagelse.'

Knoglemarvsundersøgelse bliver foretaget den 25. november 2019 (se side 73).

Kontaktlæge ... skriver den 10. december 2019 bl.a. følgende:

'KM med, for forventet, >95 % CLL-infiltration'.

Følgende fremgår bl.a. af at journalnotatet fra den 12. december 2019 (se side 77):

'Pt. er alment/energimæssigt i bedring og har lyst til at genoptage sin fysiske aktiviteter (orienteringsløb).

Da pt. synes i almen fremgang vælges fortsat at se an.'

Følgende fremgår i øvrigt af journalnotat fra den 31. marts 2021 (se side 91):

'Kontakter os pga. symptomer fra øvre luftveje gennem næsten to uger i form af hoste, klart slime fra bihuler men farvet ekspektoration. Nedsat appetit og derfor næsten 4kgs væggtab.

Dog nu i bedring med aftagende hoste og aftagende sygdomsfølelse og bedring af appetit. Ingen feber.

Vi aftaler at se an uden antibiotika men jeg lægger en recept på server på bioclavid som kan aktiveres ved feber eller forværring.

Jeg forventer stabilisering af vægt. Ved fortsat vægttab fornyet kontakt og da evt. fremskyndet blodprøve og kontrol.'

Ovenstående journalnotater understøtter, at klager har haft en forværring i sin sygdom, fra diagnosen blev stillet i 2011, til sygdommen blev behandlingskrævende i 2022. Klager opfylder derfor ikke betingelsen om, at der mellem de to tidspunkter ikke er konstateret tilbagefald (recidiv).

Det kan på baggrund heraf konstateres, at klager allerede i 2019 har været bekendt med overvejelserne om at opstarte behandling, og at han i den forbindelse får foretaget en ny knoglemarvsundersøgelse, som viser >95 CLL-infiltration. Dette niveau er således højere end i 2015, hvor det er angivet, at knoglemarven viste >90 CLLceller.

Klager har desuden drøftet behandlingsform med sin læge og har taget stilling til, om klager ønskede behandling i form af R-FC (immunterapi og kemoterapi) eller om klager ønskede inklusion i protokollen (forsøg med test af nye behandlinger). Klager tilkendegiver, at han ønsker inklusion i protokollen.

Disse drøftelser om opstart af behandling sker naturligvis ikke, hvis ikke det var vurderingen, at klagers sygdom havde udviklet sig til et stadie, hvor det var den lægelige vurdering, at det var relevant at opstarte behandling. Det ender dog på daværende tidspunkt med, at behandlingen ikke opstartes, men at man i stedet ser tiden an.

Selskabet fastholder på baggrund heraf, at klager ikke opfylder 10 års reglen om, at der skal være 10 år mellem de to stillede kræftdiagnoser (for klagers vedkommende: fra diagnosen blev stillet og indtil diagnosen blev behandlingskrævende, og at der i perioden ikke er konstateret tilbagefald (recidiv).

Udbetaling af forsikringssum fra [pensionsselskab 1]

Klagers rådgiver fremlagde i første indlæg dokumentation for, at klager har fået en udbetaling ved visse kritiske sygdomme fra [forsikringsselskab 1]. Den udbetalte forsikringssum er på 487.437 kr.

Klagers rådgiver gør gældende, at dette forhold kan få betydning for klagers krav mod selskabet.

Selskabet fastholder, at selskabet foretager sin egen vurdering i henhold til egne forsikringsbetingelser og bemærker i den forbindelse, at betingelserne for udbetaling ikke er identiske på tværs af selskaberne. Dette understøttes af, at det bl.a. fremgår af udbetalingsbrevet fra [pensionsselskab 1], at der er mulighed for dækning af en ny kræftdiagnose, hvis der er gået 7 år siden afsluttet behandling af den første kræftlidelse, og der ikke er tale om recidiv fra den første kræftlidelse. Alene denne bestemmelse afviger fra selskabets forsikringsbetingelser.

Selskabet skal i øvrigt bemærke, at det forstærker indtrykket af en atypisk adfærd, at klager på den ene side hævder, at forsikringen ved visse kritiske sygdomme i selskabet forhøjes til 487.000 kr., da han havde en tilsvarende dækning i [pensionsselskab 1], når klager samtidig bekræfter, at klager har videreført dækningen i [pensionsselskab 1]. Det efterlader et indtryk af, at klager har

ønsket at være forsikret for samme dækningsbeløb i to selskaber, og at forhøjelsen af forsikringen i selskabet ikke skyldes, at klager ville opretholde samme dækningsniveau som hidtil.

Såfremt videreførelsen af dækningen i [pensionsselskab 1] netop skyldes det forhold, at klager har 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi', som kan give udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme, når sygdommen bliver behandlingskrævende, er det selvfølgelig fuldt forståeligt, at klager har opretholdt denne forsikring i [pensionsselskab 1].

Sammenfattende

Selskabet gør sammenfattende gældende:

Principal:

Diagnosen for 'CLL – Kronisk Lymfatisk Leukæmi' er stillet én gang, nemlig i 2011, dvs. før forsikringstiden. Der er således ikke stillet en diagnose i forsikringstiden, men blot er tale om, at diagnosen stillet før forsikringstiden bliver behandlingskrævende.

Subsidiært:

10 års reglen er ikke opfyldt.

Såfremt det lægges til grund, at der stilles en selvstændig diagnose i 2022, da sygdommen bliver behandlingskrævende, er det i henhold til selskabets forsikringsbetingelser en forudsætning for udbetaling, at der er gået mere end 10 år mellem kræftdiagnosen stillet før forsikringstiden og kræftdiagnosen stillet i forsikringstiden. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald i den nævnte periode på mindst 10 år. Klager opfylder ikke denne betingelse, da der har været tilbagefald af klagers sygdom i 2019, hvor det var på tale at opstarte behandling for sygdommen, og hvor klager fik taget en knoglemarvsundersøgelse, der viste > 95 CLL-infiltration."

Klagerens repræsentant har i indlæg af 26/8 2022 bl.a. anført:

"Ad selskabets atypiske adfærd

Selskabet synes nu i højere grad at være af den overbevisning, at klagers adfærd ved forhøjelsen af summen ved kritisk sygdom var spekulativ.

Årsagen hertil er ifølge selskabet, at klager forhøjede summen ved kritisk sygdom imens han havde en lignende dækning ved andet selskab.

En omstændighed som selskabet anser som et udtryk for, at klager ved forhøjelsen af summen ved selskabet, må have spekuleret i at være forsikret for det samme dækningsbeløb to steder samtidig.

En omstændighed der ifølge selskabet således taler imod klagers forklaring om, at han ved forhøjelsen af summen ved selskabet, blot ønskede at opretholde samme dækningsniveau.

I relation til ovenstående skal klager først og fremmest fortsat afvise, at han har spekuleret i at opnå udbetaling fra forsikringen eller noget der kan sidestilles hermed.

Dernæst, at det vel vanskeligt kan anes som spekulativt, at klager ved forhøjelsen af dækningsbeløbet ved selskabet har samme dækningsbeløb andetsteds. Klager har selv direkte tilkendegivet, at han netop hævede dækningsbeløbet ved selskabet for at den skulle matche dækningsbeløbet ved det andet selskab. Hvorfor skulle klager tilkendegive dette hvis han anså det som en spekulativ handling.

Klager fastholder, at han forhøjede dækningsbeløbet ved selskabet for at det skulle matche dækningsbeløbet ved andet selskab. En omstændighed som ikke er spekulativ, men som et udtryk for at klager ønskede at hans tilbageværende forsikring ved selskabet passede til hans ønsker og behov.

I forlængelse af ovenstående bemærker jeg i øvrigt fortsat, at det ret beset påhviler selskabet at sikre at klagers forsikringsbehov er afdækket tilstrækkelig. I den aktuelle sag er det som bekendt klagers påstand, at den eneste årsag til det oprindelige dækningsbeløb ved selskabet skyldes, at selskabets forsikringsmægler ikke havde tid til at drøfte beløbet med ham hvorfor det blot blev sat til standard.

Selskabets mangelfulde rådgivning skal ikke lægges klager til last i form af selskabet nyligt opfundne spekulationer og antagelser om hans motiv til at hæve dækningsbeløbet.

Selskabets spekulation synes i øvrigt fuldkommen irrelevant for klagers dækningsberettigelse. Dækningsberettigelsen beror på en vurdering af, hvorvidt klager opfylder forsikringsbetingelser krav til dækning. Det gør han.

Klager har i øvrigt ønsker at fremkomme med følgende tilføjelse til selskabets påstand;

'I januar måned bliver jeg kontaktet på LinkedIn af en headhunter, ... fra firmaet ..., med et jobtilbud hos ... Det ender jeg med at sige ja til, og tiltræder den 6. april, og derved får jeg en pensionsordning med forsikringer hos Topdanmark, da det er en obligatorisk ordning.

...

Der er aftalt 3 måneders prøvetid, og ved udløbet af prøvetiden evaluerer jeg og beslutter at sige op, da jobbet ikke lever op til forventningerne. Idet jeg fratræder, er Topdanmark forpligtet til at tilbyde videreføring af hele eller dele af pensionsordning og forsikringer, og som jeg tidligere har gjort rede for, gav det mening at fortsætte med en pensionsopsparing samt en forsikring imod kritisk sygdom, hvilket jeg valgte at gøre."

Hertil har selskabet i brev af 12/9 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Slutteligt skal selskabet gøre opmærksom på, at klagers tidligere arbejdsgiver havde valgt, at firmapensionsordningen for deres medarbejdere var mæglerbetjent. Det er således ikke selskabet, men derimod [mæglerfirmaet], der har haft rådgivnings-/behovsafdækningsforpligtelsen overfor klager, jf. bilag 1."

Heroverfor har klagerens repræsentant i brev af 6/10 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Atypisk adfærd

Selskabet har afslutningsvis fundet anledning til at bemærke, at det ikke var selskabet, men derimod klagers mægler der havde rådgivningsforpligtelsen overfor klager.

Hertil bemærker klager, at ovenstående synes mindre vigtigt i relation til selskabets påstand om, at klagers adfærd ved forhøjelsen af summen ved kritisk sygdom var spekulativ. Jeg henviser i den forbindelse i det hele til klagers tidligere bemærkninger til selskabets påstand om spekulation, medens jeg understreger, at selskabets spekulation er fuldkommen irrelevant for klagers dækningsberettigelse. Dækningsberettigelsen beror på en vurdering af, hvorvidt klager opfylder forsikringsbetingelser krav til dækning.

Ankenævnet for Forsikring

23.

98042

Selskabet og klageren har i breve af 17/ 10 2022, 31/10 2022 yderligere kommenteret sagen.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenunder.

Af journalnotat af 21/2 2019 fremgår bl.a.:

"CLL, normal FISH, IGHV mut. siden 2011. KM fra 2015 med >90 % CLL-celler. WW. Møder til KK.

Hen over årsskiftet 18/19 følt noget forpustet iforb med motion/orienteringsløb. Dette dog blevet væsentlig bedre seneste mdr. Ingen B-symptomer. Hen over årene har der været en trend til stigende leucocytter og faldende Hgb. Dagens blodpr med Hgb på 6,3 og total-leucocytter på 79 og trc på 80. Iøvrigt ingen mangeltilstande eller hæmolyse eller tegn til kronisk inflammation. LDH normal.

God AT

Ingen forstørrede gld. Milt og lever ikke forstørret.

Ingen perifere ødemer.

Vurdering: Snarlig beh-krævende?. Føler dog bedring."

Af journalnotat af 5/11 2019 fremgår bl.a.:

"CLL i wait and watch. Indlægges med feber og utilpashed. Findes positiv for human metapneumovirus og rhinovirus. CRP falder fin på IV Tazocin. Udskrives med yderligere 7 dages Bioclavid og Cifin (da pt er neutropen). Har tid om en uge hos kontaktlæge mhp. evt. CLL-behandling. Patienten er informeret og samtykker.

Hæmatologisk behandling givet under indlæggelse:

Ingen kemoterapi eller vækstfaktorer givet under indlæggelse"

Af journalnotat af 12/11 2019 fremgår bl.a.:

"Siden efterår 2019 været lidt mere træt. Har dog passet sit orienteringsløb 1 x per uge. Ingen B-symptomer. Netop været indlagt med luftvejsvirus. Har siden 2015/2016 haft ca. 4-5 luftvejsinfektioner som har krævet AB-beh.

God AT

Ingen forstørrede gld. Milt og lever ikke forstørret.

Ingen perifere ødemer.

Hæmatologien fortsat meget svingende.

Aftaler

rp. CT HTA om 3½ uge som led i lymfomstatus.

Det er 4½ år siden at der er udført KM. Pt. er i varierende grad bipenisk. Udenfor protokol vil beh bestå i R-FC og før denne beh indledes synes det klogt at udføre

Ankenævnet for Forsikring

24.

98042

rp. KM-undersøgelse til flow og histologi om 2 uger (med koag-tal samme dag).
KK om 1 mdr.
PT. er interesseret i protokoldeltagelse."

Af journalnotat af 10/12 2019 fremgår bl.a.:

"CT HTA med universel beskeden lymphadenopati og uændret splenomegali på 17,5 cm.
KM med, som forventet, > 95 % CLL-infiltration.

Dagens hæmatologi er med stigende Hgb til 6,8.
Pt. er alment/energimæssig i bedring og har lyst til at genoptage sin fysiske aktiviteter(orienteringsløb).
Da pt. synes i almen fremgang vælges fortsat at se an.
KK om 3 mdr."

Af journalnotat af 28/7 2020 fremgår bl.a.:

"Velbefindende, ingen hypermetabole symptomer. Påtænker at genoptage orienteringsløb. Var til privat øjenlæge febr 2020, hvor der blev påvist retinopati. Kontrolleret på [sygehus] efterfølgende, hvor der ifølge pt. var aftagende retinopatiforandringer. Der er planlagt kontrol igen i okt 2020. Har ingen problemer med sit syn.

Ingen forstørrede gld. Milt og lever ikke forstørret.
Ingen perifere ødemer.
Hæmatologien tilfredsstillende.
Vurdering: Ingen mistanke til progressiv CLL. Ser ingen sammenhæng mellem pt's retinopati og CLL.
rp. immungl og M-komponent (tidl IgM svært suppr) d.d.
KK om 3 mdr."

Af journalnotat af 11/1 2022 fremgår bl.a.:

"Ubeh CLL, del 13q, IGHV mut, normal TP53 siden 2011. KM fra 2015 med >90 % CLL-celler. CT HTA april 2019 med beskeden lymphadenopati og splenomegali til 17,5 cm. Over tid haft meget svingende hæmatologi, men stort set uændret seneste 3-4 år. Venter på at blive inkluderet i den kommende CLL17-protokol."

Af journalnotat af 26/1 2022 fremgår bl.a.:

"Har gennemlæst deltager information til CLL17 og haft tid til at overveje dette. Ønsker inklusion og underskriver deltager information."

Af anmeldelse af 2/2 2022 fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

25.

98042

1. Hvilken diagnose er stillet?	Behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi
2. Hvornår blev diagnosen stillet?	25. januar 2022 (lægenotat dateret 26. januar 2022 vedlagt)
3. Hvornår mærkede du de første symptomer? (angiv så præcis en dato som muligt)	Juli 2021
4. Hvornår blev den første lægehjælp ydet?	16. juli 2021
5. Hvem ydede den første lægehjælp?	Læge
6. Hvem har stillet diagnosen?	Læge
7. Hvis diagnosen i punkt 1 er en kræftsygdom, beder vi dig oplyse, om du tidligere har haft en kræftsygdom.	☒ Nej ☐ Ja Hvilken og hvornår?
9. Er du sygemeldt?	☐ Nej ☐ Ja Delvist, driver egen virksomhed på nedsat kraft. Var syg og helt uarbejdsdygtig i juli og august samt november-december frem til julen 2021. Øvrig tid regnet fra juli 21 med nedsat funktionsniveau. Fra hvornår?
10. Vedlæg journal og udskrivningsbreve / undersøgelsesresultater samt histologi- / mikroskopisvar.	1. Lægenotat fra den 26. januar 2022 2. Lægenotat fra den 11. januar 2022
11. Særlige bemærkninger eller kommentarer	Den oprindelige CLL diagnose er stillet ved årsskiftet 2010/2011. Sygdommen har fulgt en wait-and-watch tilgang frem til sommeren 2021.

Af brev af 10/2 2022 fra Pensionsselskab 1 fremgår bl.a.:

"Vi har behandlet din ansøgning og har vurderet, at du er berettiget til at få udbetalt forsikringssummen fra din forsikring ved kritisk sygdom. Vi udbetaler derfor 487.437,00 kr. til dig. Beløbet bliver overført til din NemKonto inden for de næste 5 arbejdsdage."

Af materiale fra Kræftens Bekæmpelse vedrørende kronisk lymfatisk leukæmi fremgår bl.a.:

"Kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) er en form for blodkræft, der udvikler sig langsomt og giver færre symptomer end f.eks. den blodkræfttype, der hedder akut lymfatisk leukæmi (ALL).
...

Det er vigtigt for lægen at danne sig et overblik over, hvor udbredt sygdommen er, for at kunne give den rette behandling.

Lægen bruger en stadieinddeling, som er et system, der baserer sig på de steder på kroppen, hvor man har hævede lymfeknuder (lymfeknuderegioner) og på knoglemarvsfunktionen.

Der findes forskellige systemer, men det simpleste og mest brugte i Danmark er Binet-systemet, som inddeler i tre stadier: A, B, eller C.

Stadium A og B afhænger af antallet af regioner med hævede lymfeknuder, og om milt eller lever er forstørret. Lymferegionerne er halsen, armhulerne og lysken. Milt og lever tæller med som hver sin region.

Stadium A: I dette stadie har man hævede lymfeknuder i højst to regioner eller lever- og miltforstørrelse

Stadium B: Her har man hævede lymfeknuder i mindst tre regioner eller forstørret milt eller lever

Stadium C: Her har man knoglemarvssvigt med enten blodmangel eller lavt antal af blodplader, uanset om der er hævede lymfeknuder eller forstørret milt eller lever

I tidlige stadier behøver man muligvis ikke behandling

Stadieinddelingen siger dels noget om, hvor udbredt sygdommen er på det tidspunkt, man får stillet sin diagnose. Dels kan den give et statistisk fingerpeg om, hvordan sygdommen vil forløbe.

Hvis man kun er i stadium A eller B, er der stor sandsynlighed for, at man ikke behøver behandling endnu."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"3 Dækning

Stk. 1. I dækningsskemaet nedenfor har vi beskrevet, hvilke diagnoser Forsikring ved visse kritiske sygdomme dækker. Ved en diagnose forstås de sygdomme eller tilstande der er beskrevet i afsnit A-Æ i dækningsskemaet nedenfor. Diagnoser, der ikke er beskrevet i dækningsskemaet eller ikke opfylder kravene, berettiger ikke til udbetaling.

Stk. 2. En kritisk sygdom skal været beskrevet i dækningsskemaet samt være diagnosticeret i forsikringstiden, før den er omfattet af forsikringsdækningen. Diagnosen skal dog stilles tidligst 3 måneder efter ikrafttrædelsesdatoen, medmindre andet fremgår af aftalen. Det er diagnosedatoen, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

Stk. 3. Forsikringen dækker ikke, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en diagnose, som forsikrede også har fået stillet før forsikringstiden. Det betyder, at hvis du eksempelvis har fået stillet en kræftdiagnose (fx lungekræft) før forsikringstiden, er du ikke dækket for nogen form for kræftdiagnose (fx tarmkræft) i forsikringstiden – se dog stk. 4 nedenfor. Forsikringen dækker heller ikke, hvis du får stillet en diagnose som nævnt i afsnit A i dækningsskemaet, hvis du før forsikringstiden har fået stillet en diagnose som nævnt i afsnit B i dækningsskemaet eller omvendt.

Stk. 4. For kræft gælder dog, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst 10 år.

...

Ankenævnet for Forsikring

27.

98042

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
A	Kræft, leukæmi og lymfomer – med undtagelse af mindre aggressive former	En ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastaserings). Modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom) er dækket. Prostatakræft er kun dækket, hvis den er histologisk klassificeret med en Gleason score på 6 eller derover eller med klinisk spredning svarende til mindst T₂NoMo.	Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller en biopsi heraf, vurderet af en speciallæge i vævs- og celleundersøgelser (patologisk anatomi).	a. Tumorer klassificeret som præmaligne, non-invasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valgt behandling) b. Alle former for hudkræft inklusive lymfomer i hud bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom) c. Blærepapillomer d. Svulster opstået under forløbet af HIV-infektion, herunder Karposi's sarkom e. Prostatakræft med en Gleason score på 5 eller derunder	Dækningen forudsætter, at der ikke er sket udbetaling efter afsnit B i dækningsskemaet, og at der ikke inden forsikringstiden er stillet en diagnose som nævnt i afsnit B i dækningsskemaet, se dog punkt 3, stk. 4.
B	Kræft i blod og bloddannende organer – med undtagelse af mindre aggressive former	Ondartede (maligne) sygdomme opstået i blod, lymfe eller knoglemarvens bloddannende celler, karakteriseret ved et atypisk blodbillede med ukontrolleret vækst af blodceller og tendens til progression og recidiv. Dækningen omfatter: - Akut leukæmi, kronisk leukæmi (CML) i accelereret fase eller blaskrise og behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) - Hodgkins lymfom stadie II til IV, non-Hodgkins lymfom stadie II til IV samt Burkitts lymfom (alle stadier) - Højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS) og kronisk my-		Kronisk lymfatisk leukæmi stadie I og II, Hodgkins lymfom stadie I samt alle præleukæmiske former og forstadier til leukæmi (herunder myeloproliferative og myelodys-platiske sygdomme).	Dækningen forudsætter, at der ikke er sket udbetaling efter afsnit A i dækningsskemaet, og at der ikke inden forsikringstiden er stillet en diagnose som nævnt i afsnit A i dækningsskemaet, se dog punkt 3, stk. 4.

Ankenævnet for Forsikring

28.

98042

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
		elomonocystisk leukæmi (CMML) type 2 • Behandlingskrævende myelomato-se/solitært myelom • Essentiel trombocytose • Polycytæmia vera • Myelofibrose			

Nævnet udtaler:

Klageren, som er født i 1960'erne, er omfattet af forsikring for kritisk sygdom gennem en firmapensionsordning via sin tidligere arbejdsgiver. Klageren blev ansat den 1/4 2021 og fratrådte den 30/6 2021, hvorefter han valgte at videreføre forsikringen for kritisk sygdom.

Klageren anmeldte den 2/2 2022, at han havde fået stillet diagnosen behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CCL) den 25/1 2022. Han fik stillet diagnosen CLL- kronisk lymfatisk leukæmi i 2011. Sygdommen var på dette tidspunkt på et stadie, hvor den ikke var behandlingskrævende.

Klageren ønsker udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme for diagnosen, behandlingskrævende CCL, som klageren fik stillet i januar 2022. Han har anført, at der er tale om to forskellige diagnoser i form af diagnosen "ikke-behandlingskrævende CCL", som er undtaget dækning i forsikringsbetingelserne, og diagnosen "behandlingskrævende CCL", som er dækningsberettigende.

Klageren har også anført, at såfremt diagnoserne i 2011 og 2022 må betragtes som ens i forsikringsbetingelsernes forstand, er han alligevel berettiget til dækning, idet han opfylder bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 4, hvorefter klageren er dækningsberettiget så længe, der er gået mere end 10 år mellem diagnoserne.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at diagnosen, CLL - kronisk lymfatisk leukæmi, blev stillet før forsikringstiden. Selskabet har anført, at det forhold, at sygdommen inddeles i stadier, ikke er ensbetydende med, at en ændring af stadie medfører, at der stilles en ny diagnose. Der er tale om samme sygdom og dermed samme diagnose, og der stilles derfor ikke en ny diagnose i forsikringstiden. Klagerens sygdom har udviklet sig, sådan at sygdommen først i januar 2022 blev behandlingskrævende. Bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 4 derfor ikke er relevant i klagerens sag.

Selskabet har også anført, at hvis nævnet finder, at klageren har fået stillet en ny diagnose i forsikringstiden, så er klageren ikke berettiget til dækning efter bestemmelsen, da det fremgår af journalen, at der i 2015 blev set en vis forværring af sygdommen. Ifølge punkt 3, stk. 4 er det en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst 10 år. Forværringen i 2015 må betragtes som et tilbagefald (recidiv) efter en periode, hvor sygdommen så at sige har "holdt sig i ro".

Af journalnotat af 11/1 2022 fremgår det vedrørende klagerens sygdom, at "Ubeh CLL, del 13q, IGHV mut, normal TP53 siden 2011. KM fra 2015 med >90 % CLL-celler. CT HTA april 2019 med beskeden lymphadenopati og splenomegali til 17,5 cm. Over tid haft meget svingende hæmatologi, men stort set uændret seneste 3-4 år. Venter på at blive inkluderet i den kommende CLL17-protokol."

Af journalnotat af 26/1 2022 fremgår det, at klageren "Har gennemlæst deltager information til CLL17 og haft tid til at overveje dette. Ønsker inklusion og underskriver deltager information."

Af anmeldelse af 2/2 2022 fremgår det, at klageren har oplyst, at han fik stillet diagnosen, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi den 25/1 2022. Det fremgår også, at den oprindelige CCL-diagnose blev stillet ved årsskiftet 2010/2011, og at sygdommen blev fulgt med en "wait and watch" tilgang frem til sommeren 2021.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 2, at en kritisk sygdom skal været beskrevet i dækningsskemaet samt være diagnosticeret i forsikringstiden, før den er omfattet af forsikringsdækningen.

Af punkt 3, stk. 3, fremgår det, at forsikringen ikke dækker, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en diagnose, som forsikrede også har fået stillet før forsikringstiden. Det anføres præciserende: "Det betyder, at hvis du eksempelvis har fået stillet en kræftdiagnose (fx lungekræft) før forsikringstiden, er du ikke dækket for nogen form for kræftdiagnose (fx tarmkræft) i forsikringstiden – se dog stk. 4 nedenfor". Af stk. 4 fremgår det dog, at der for kræft gælder, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst 10 år.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 5, litra B (Kræft i blod og bloddannende organer - med undtagelse af mindre aggressive former), at forsikringen dækker ondartede (maligne) sygdomme opstået i blod, lymfe eller knoglemarvens bloddannende celler, karakteriseret ved et atypisk blodbillede med ukontrolleret vækst af blodceller og tendens til progression og recidiv. Dækningen omfatter akut leukæmi, kronisk leukæmi (CML) i accelereret fase eller blastkrise og behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CLL). Det fremgår desuden, at forsikringen ikke dækker kronisk lymfatisk leukæmi stadie I og II.

Nævnet bemærker, at det efter almindelige forsikringsretlige principper er klageren, der skal bevise rigtigheden og størrelsen af sit krav.

Nævnet må lægge til grund, at klageren i forsikringstiden den 25/1 2022 fik stillet diagnosen "behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)", hvilken diagnose er dækningsberettigende, jf. forsikringsbetingelsernes pkt. 3, stk. 5, litra B.

Nævnet finder, at dækningsafgrænsningen i forsikringsbetingelsernes pkt. 3, stk. 3 – og den tilhørende særregel vedrørende kræftdiagnoser i pkt. 3, stk. 4 – efter ordlyden og sammenhængen med pkt. 3, stk. 1, må fortolkes som vedhørende situationer, hvor der inden forsikringstiden er stillet en diagnose, som er dækningsberettigende i henhold til forsikringsbetingelserne. Dette er ubestridt ikke tilfældet i den foreliggende sag. Da forløbet i forbindelse med indtegningen ved ansættelsen og den pr. 1/5 2021 skete forhøjelse ikke kan føre til et andet resultat

b e s t e m m e s :

Topdanmark Livsforsikring A/S, skal udbetale summen ved kritisk sygdom til klageren med tillæg af renter i henhold til forsikringsaftalelovens § 24.

Ankenævnet *for* Forsikring

32.

98042

Klagegebyret tilbagebetales.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings', written in a cursive style.

Peter Thønnings