

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 14. september 2022 blev i sag nr. 98286:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 24/5 2022 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

...

Gennem min arbejdsgiver indtrådte jeg i en pensionsforsikring hos Danica Pension med forsikringsnummer ... med ikrafttrædelse den 1. januar 2022.

Forsikringen dækker blandt andet ved kritisk sygdom.

Den 15. februar 2022 fik jeg konstateret brystkræft. Jeg anmeldte dette til Danica Pension online for at få udbetalt dækning ved kritisk sygdom.

Den 29. marts 2022 fik jeg afslag på dækning, jf. bilag 1. Jeg klagede skriftligt over afslaget, jf. bilag 2, men modtog med brev af 27. april 2022 endnu et afslag, jf. bilag 3. Mit skadesnummer hos Danica Pension er ...

Da jeg føler, at jeg ikke kommer videre med sagen hos Danica Pension, vil jeg gerne hermed klage til Ankenævnet for Forsikring over Danica Pensions afgørelse.

Min mening om sagen

I forbindelse med tegning af pensionsforsikringen spurgte jeg udtrykkeligt ind til dækningen ved kritisk sygdom, da jeg tidligere har haft brystkræft. Jeg fik i den forbindelse oplyst, at jeg uanset min tidligere sygdom var dækket, men at der dog var en 7-års periode, hvor jeg ikke vil være dækket i tilfælde af tilbagefald af min tidligere kræftsygdom.

I februar 2022 fik jeg desværre igen konstateret brystkræft. Der er tale om en anden type brystkræft, end den jeg tidligere har haft, og kræften sidder i det modsatte bryst. Der er altså ikke tale om et tilbagefald. Dette er bekræftet ved en skriftlig erklæring fra min læge, bilag 4. Jeg har med-

delt dette til Danica Pension og sendt dem kopi af erklæringen, og Danica Pension har ikke bestridt oplysningen. Der er altså enighed om, at der ikke er tale om et tilbagefald.

Da jeg ringede til Danica Pension for at høre, hvordan jeg skulle forholde mig i relation til forsikringen i forhold til min nye kræftsygdom, fik jeg da også at vide af den pågældende medarbejder ... at der ikke ville blive problemer med udbetalingen, når der ikke var tale om tilbagefald.

En uges tid senere blev jeg imidlertid ringet op af en anden medarbejder fra Danica Pension, ..., som gerne ville vide, hvor længe jeg havde været raskmeldt mellem de to sygdomme. Jeg gav derfor samtykke til, at Danica Pension måtte indhente mine journaloplysninger fra [hospital1].

Den 29. marts 2022 ringede [medarbejderen] mig op igen og meddelte, at jeg alligevel ikke kunne få dækning ved kritisk sygdom, fordi jeg ikke havde været raskmeldt i 7 år, men kun i 6 år og 10,5 måned. Jeg forklarede endnu en gang, at der ikke var tale om tilbagefald, men om en ny sygdom, men medarbejderen holdt bare fast i sit standpunkt.

Senere modtog jeg et skriftligt afslag fra Danica Pension (bilag 1). Jeg forstod brevet på den måde, at Danica Pension mente, at jeg havde fået et tilbagefald indenfor 7-års fristen, og at jeg derfor ikke kunne få dækning. Derfor klagede jeg over afslaget og fremsendte den ovenfor nævnte erklæring fra min læge om, at der ikke var tale om et tilbagefald, til selskabet (bilag 2). Først da jeg modtog det andet afslag (bilag 3), gik det op for mig, at Danica Pension nu mente, at også en ny kræftsygdom – og ikke bare et tilbagefald – var omfattet af 7-års fristen.

Da det var første gang, jeg blev præsenteret for denne opfattelse, rekvirerede jeg mine forsikringsbetingelser fra Danica Pension og har nu nærlæst dem.

Den bestemmelse, som selskabet henviser til, lyder sådan her:

'Har eller har den forsikrede haft en kritisk sygdom, før han/hun træder ind i forsikringen, udbetaler vi ikke dækning som beskrevet under det tilsvarende punkt i afsnittet 'Kritiske sygdomme, der giver ret til udbetaling'. Dog er der følgende særlige regler for punkt 1. Kræft og skærpede vilkår for de sygdomme, der er beskrevet under punkterne 3, 4, 5, 6, 11, 23 og 24.

Kræft

Har den forsikrede haft kræft, kan han/hun få udbetalt en dækning efter punkt 1. Kræft, hvis - der er gået mindst syv år, siden behandlingen for den første sygdom blev afsluttet – kontrolbesøg tæller ikke som behandling

- der ikke er konstateret tilbagefald i de syv år, der er gået, siden behandlingen sluttede.'

Formålet med bestemmelsen er rimeligt klart: Danica Pension vil ikke forsikre og dermed tage ansvar for en allerede eksisterende sygdom, så hvis man har eller har haft en kræftsygdom, når man træder ind i forsikringen, vil selskabet prøve at sikre sig med en 'ansvarsfri' periode. Det forstår man godt, men bortset fra denne undtagelse, så sælger Danica Pension (og alle andre som sælger forsikringer) netop sikkerhed mod mulige, fremtidige skader, og de må derfor bære den risiko, at nogle

af de mulige skader bliver realiseret, og forsikringssummen skal udbetales. Det taler derfor fuldstændigt mod formålet med og den almindelige forbrugers forståelse af, hvad et betyder at tegne en forsikring, at selskabet ikke skulle dække for nye skader – her et nyt sygdomstilfælde – som opstår i forsikringsperioden.

Når man så nærlæser selve bestemmelsen, vil man derudover se, at den udelukkende taler om tilbagefald:

For det første omhandler bestemmelsen efter sin ordlyd kun forsikringstagere, som har eller har haft kræft, dvs. personer som kan få tilbagefald. Forsikringstagere, som får kræft efter indtræden i forsikringen, er ikke omfattet, og må derfor høre under hovedreglen om dækning under Punkt 1.

Kræft. Jeg har fået en helt anden, ny kræftsygdom efter indtræden og hører altså under hovedreglen.

For det andet omhandler bestemmelsen efter sin ordlyd kun tilbagefald, som er udtrykkeligt nævnt. Ny sygdom er slet ikke nævnt.

For det tredje må bestemmelsens to betingelser forstås som sammenhængende og ikke to separate betingelser, således at hvis den forsikrede har haft kræft, kan han/hun få udbetalt en dækning efter punkt 1. Kræft, hvis der er gået mindst syv år, siden behandlingen for den første sygdom blev afsluttet ... og [min tilføjelse] der ikke er konstateret tilbagefald i de syv år, der er gået, siden behandlingen sluttede.' Dels henviser 'de syv år' (bestemt form) i den sidste betingelse rent sprogligt direkte tilbage til de syv år nævnt i den første betingelse, dels er de to betingelser i forsikringsbetingelserne ikke adskilt af et punktum, selv om et sådan pludseligt (formentligt ved en fejl) er dukket op i Danica Pensions gengivelse af bestemmelsen i brev af 29. marts 2022 (bilag 1). Man kan altså ikke bare - som Danica Pension prøver at gøre - anvende betingelsen i første 'pind' separat og sige, at den så også gælder ny sygdom, og skære delen om tilbagefald væk, når det passer bedst ind i ens interesser. Hvis Danica Pension ville have haft, at der stod punktum eller 'eller' mellem de to betingelser, skulle de have skrevet det.

Det er således efter min opfattelse forkert, når Danica Pension i sit brev af 27. april 2022 (bilag 3) begrundet sit afslag med: 'Som det fremgår af forsikringsbetingelserne under Undtagelser efter en kritisk sygdom ved punktet Kræft, skelner man ikke om der er tale om tilbagefald af en kræftdiagnose eller om der er tale om en ny kræftdiagnose.'

Dette fremgår netop ikke af forsikringsbetingelserne. Det er muligt, at det er det, som Danica Pension gerne har villet have til at fremgå af bestemmelsen, men det er ikke, det der rent faktisk står, og da det er Danica Pension, som har formuleret bestemmelsen, må det være deres risiko, at den ønskede mening ikke er kommet klart og utvetydigt frem.

Jeg fastholder derfor, at jeg er berettiget til udbetaling af dækning ved kritisk sygdom i anledning af min nye kræftsygdom, som ikke har nogen forbindelse til min tidligere kræftsygdom, idet Danica Pensions tidligere oplysninger til mig om 7-års fristen og særligt den undtagelsesbestemmelse med 7-års fristen i forsikringsbetingelserne, som Danica Pension selv henviser til, efter sit formål og sin ordlyd kun omfatter tilbagefald.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Udbetaling af 166.400 kr. fra min forsikring som dækning ved kritisk sygdom."

Selskabet har i brev af 10/6 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Hvilken forsikring er der tale om?

Klager blev via sin ansættelse omfattet af firmapensionsordning pr. 1. februar 2020, hvor der blandt andet var forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme.

Forsikringen yder dækning med en engangsudbetaling, hvis der i forsikringstiden stilles en dækningsberettigende diagnose og øvrige betingelser for udbetaling er opfyldt.

For dækningen gælder Danica Pensions almindelige forsikringsbetingelser nr. 110-78 samt tillæg fra 1. januar 2022. De almindelige forsikringsbetingelserne vedlægges som Bilag A og tillægget som Bilag B.

Hvori består uenigheden?

Klager mener, at Danica Pension uberettiget har givet klager afslag på udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme med henvisning til, at der ikke var gået 7 år fra afslutningen af behandlingen for hendes tidligere brystkræftsygdom og diagnosticeringen af hendes anmeldte brystkræftsygdom.

Klager begrundet dette med, at der ikke var tale om tilbagefald af hendes oprindelige kræftsygdom, og at klager mener, at forsikringsbetingelsernes krav om, at der skal være gået mindst syv år kun kan gøres gældende af selskabet, hvis der er tale om tilbagefald.

Det er Danica Pensions opfattelse, at de gældende forsikringsbetingelser klart foreskriver, at der ved flere tilfælde af kræftsygdomme – værende sig forskellige eller tilbagefald af samme - kun kan ske udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, hvis kravet om den 7-årige mellemperiode er opfyldt.

Da denne betingelse ikke er opfyldt i forhold til klagers anmeldte kræftsygdom, har selskabet med rette afvist at udbetale forsikringssummen.

Sagsfremstilling

Ved anmeldelse af 20. februar 2022 søgte klager om udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme på grund af diagnosticering af kræft (Bilag C).

Klager oplyste i anmeldelsen, at hun den 15. februar 2022 var blevet diagnosticeret med brystkræft med en tumor i det højre bryst. Klager oplyst også, at hun tidligere havde været sygemeldt på grund af brystkræft i det venstre bryst med heraf følgende sygemelding pr. 5. september 2014.

Danica Pension kontaktede klager telefonisk den 26. februar 2022 (Bilag D). Ved samtalen oplyste klager, at hun var blevet behandlet for den venstresidige brystkræft med operation på [hospital2] og efterbehandlet med kemoterapi og strålebehandling på [hospital1]. Behandlingen var blevet afsluttet 1. april 2015. Det fremgår af telefonnotatet, at man havde informeret klager om, at hun, ud fra disse oplysninger, ikke umiddelbart opfyldte kravet om, at der skulle være gået 7 år fra endt behandling til ny kræftdiagnose, men at man ville sørge for at indhente hendes journal til brug for endelig vurdering heraf.

Samme dag sendte Danica Pension et brev til klager, hvor modtagelsen af hendes anmeldelse ved visse kritiske sygdomme blev bekræftet. Det fremgik endvidere, at der, som aftalt i telefonen, var skrevet til [hospital1] med henblik på såvel aktuelle som tidligere helbredsoplysninger i forbindelse med klagers to kræftforløb (Bilag E).

Danica Pension modtog de lægelige oplysninger fra [hospital1] den 10. marts 2022 (Bilag F). Følgende relevante uddrag fremgår heraf:

Journalnotat side 29:

...

'Pt. kendt med c. mamma operata netop afsluttet adjuverende stråleterapi den 1.4.2015.'

Således dokumenteret behandlingsafslutning for klagers primære brystkræft den 1. april 2015.

Prøvesvar på side 60:

...

'Diagnoser: højre mamma feminina, maligne tumorceller, finnålsaspirat'

[...]

'Mikroskoperet af [anonymiseret] den 15.02.2022 kl. 10:34'

...

Således dokumenteret diagnose af klagers efterfølgende brystkræft den 15. februar 2022.

Ved afgørelse af 29. marts 2022 gav Danica Pension afslag på udbetaling ved visse kritiske sygdomme, da selskabet vurderede, at betingelserne for udbetaling ikke var opfyldt (Bilag G).

Klager kontaktede Danica Pensions Skadeafdeling telefonisk samme dag og oplyste, at hun følte sig misinformeret og skuffet, og at hun ønskede at klage (Bilag H).

Den 13. april 2022 skrev klager til Danica Pensions Skadeafdeling og anmodede om fornyet behandling af hendes sag om udbetaling ved visse kritiske sygdomme (Bilag H). Anmodningen var bi-lagt en udtalelse fra onkolog ... dateret den 5.april 2022, hvoraf det fremgik:

'Patienten blev i november 2014 diagnosticeret og opereret for venstresidig brystkræft. Det drejer sig om et 18 mm invasivt duktalt karcinom grad III, østrogen receptor negativ, HER2 normal ekspression uden spredning til lymfeknuder. Patienten er i marts 2022 diagnosticeret med og opereret for højresidig brystkræft. Det drejer sig om et 7 mm stort invasivt duktalt karcinom, grad II, østrogen receptor negativ, HER2 normal ekspression uden spredning til lymfeknuder. Da det drejer sig om ny østrogen receptor negativ brystkræft er det tolket som en ny primær cancer.'

Klagen og den lægelige udtalelse af 5. april 2022 gav ikke Danica Pension anledning til at ændre afgørelsen (Bilag I).

Klage er herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Selskabets begrundelse for at fastholde afgørelsen

Danica Pension bemærker indledningsvis, at forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme bygger på et diagnoseprincip, og at forsikringsbetingelsernes kriterier for udbetaling skal være opfyldt for, at der er ret til udbetaling af forsikringssummen.

Det er sædvanlig praksis i de selskaber, der tilbyder forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme at afgrænse dækningen til visse foruddefinerede diagnoser/behandlinger, herunder at stille bestemte krav til, hvordan diagnosen er stillet, behandlingen er udført mv.

På side 10 i de fremlagt forsikringsbetingelser (Bilag A), som er gældende for klagers forsikringsaftale, fremgår de foruddefinerede diagnoser, der er omfattet af dækningen ved visse kritiske sygdomme. Diagnosen 'kræft' fremgår af punkt 1.

På side 16 i forsikringsbetingelserne afgrænses udstrækningen af dækningen ved visse kritiske sygdomme i de tilfælde, hvor forsikringstager har eller har haft en kritisk sygdom før forsikringens start eller i forsikringstiden. Følgende fremgår:

Undtagelser efter en kritisk sygdom før forsikringens start eller i forsikringstiden

Har eller har den forsikrede haft en kritisk sygdom, før han/hun træder ind i forsikringen, udbetaler vi ikke dækning som beskrevet under det tilsvarende punkt i afsnittet 'Kritiske sygdomme, der giver ret til en udbetaling'. Dog er der følgende særlige regler for punkt 1. Kræft og skærpede vilkår for de sygdomme, der er beskrevet under punkterne 3, 4, 5 og 6.

Det fremgår således, at det overordnede udgangspunkt for forsikringsaftalen er, at der ikke er ret til en forsikringsudbetaling ved visse kritiske sygdomme, hvis klager allerede har eller har haft en kritisk sygdom, som fremgår af den foruddefinerede liste.

I afsnittet henvises der dog videre til særlige regler, hvis der er tale om diagnosen kræft, og det fremgår umiddelbart efterfølgende af forsikringsbetingelserne:

Kræft

Har den forsikrede haft kræft, kan han/hun få udbetalt en dækning efter punkt 1. Kræft, hvis

- der er gået mindst syv år, siden behandlingen for den første sygdom blev afsluttet – kontrolbesøg tæller ikke som behandling*
- der ikke er konstateret tilbagefald i de syv år, der er gået, siden behandlingen sluttede.*

Det fremgår således, at Danica Pension alligevel tilbyder udbetaling ved kræft, selvom forsikringstager har eller har haft kræft tidligere, forudsat at kravene i de efterfølgende oplyste punkter er opfyldt i det konkrete tilfælde.

På baggrund af klagers bemærkninger i ankeskrivelsen, skal selskabet i den forbindelse gøre opmærksom på, at der i bestemmelsens første linje blot henvises til 'kræft'. Heraf følger således utvetydigt, at bestemmelsen ikke kun omfatter tilbagefald, men at muligheden for udbetaling, trods tidligere kræftdiagnose, omfatter forsikringstagere, der mere end én gang får stillet diagnosen kræft, hvad end det er to forskellige eller samme type kræftsygdom.

De i bestemmelsen oplyste punkter definerer herefter, at der, fra tidspunktet for den anmeldte kræftdiagnosticering, skal være gået mindst 7 år siden afslutningen af behandlingen for den første kræftsygdom, og at der i den 7-årige periode ikke må være konstateret tilbagefald:

Undtagelseskravet i første punkt, opstiller krav til perioden mellem de to kræftsygdomme. Punktets brede formulering 'den første sygdom' forstås naturligt som den kræftsygdom, der ligger først i tid, uden at der herved opstilles krav til typen af kræftsygdomme, hverken i forhold til kræftsygdom 1 eller kræftsygdom 2. Punktet opstiller således en 7-årige 'karantæne-periode', der regnes fra behandlingsophør til diagnosetidspunkt.

Det betyder, at dersom der faktisk er gået 7 år eller mere mellem behandlingsafslutningen for kræftsygdom 1 og diagnosticeringen af kræftsygdom 2, vil Danica Pension alligevel udbetale forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme, uanset om der er tale om to forskellige typer kræft eller tilbagefald.

Undtagelseskravet i punkt to opstiller et krav om, at der i den 7-årige periode ikke må være diagnosticeret tilbagefald. Tilbagefald vil således altid afbryde og 'nulstille' den 7-årige karantæneperiode, uanset om tilbagefaldet har givet anledning til behandling eller ej.

Selskabet bestrider på denne baggrund klagers påstand om, at undtagelsesbestemmelsen, ud fra sin ordlyd, kun omfatter forsikringstagere, der får tilbagefald.

Selskabet bestrider også klagers påstand om, at fraværet af punktum efter bestemmelsens første punkt må føre til, at 7-års-kravet kan indskrænkes til kun at gælde ved tilbagefald/samme kræftsygdom.

Selskabet henviser til ovenstående gennemgang af bestemmelsen korrekte og naturlige forståelse og bemærker, at korrekt tegnsætning ved punkttopstilling er, at der kun skal sættes punktum, hvis hvert enkelt punkt indeholder en eller flere helsætning. Hvis punkterne – som her - fuldender den sætning, der står før selve punkttopstilling, skal hvert punkt påbegyndes med lille bogstav, og der skal kun sættes punktum efter sidste punkt.

Selskabet skal herudover bemærke, at den af klager angivne forståelse af forsikringsbestemmelsen heller ikke giver mening i lyset af måden punkttopstilling anvendes i de øvrige bestemmelser i klagers forsikringsbetingelser. Punkttopstilling er gennemgående anvendt som læsevenlig opstilling af sideordnede/supplerende krav.

I nærværende sag har der ikke været tvist om, at klager fik afsluttet behandlingen af sin første kræftsygdom den 1. april 2015 og diagnosticeret sin næste kræftsygdom den 15. februar 2022, som dokumenteret i journaloplysningerne fremlagt som Bilag F.

Der har heller ikke været tvist om, hvorvidt klagers senest anmeldte kræftsygdom er tilbagefald eller en ny kræftsygdom. Når Danica Pension har afvist kravet om udbetaling af forsikringssummen

med, at der ikke er gået fulde 7 år mellem behandlingsafslutning og den senere diagnosticering (Bilag G og I), har Danica Pension ikke haft behov for at forholde sig til, om der er tale om tilbagefald eller ny kræftsygdom.

Spørgsmålet i ankenævnsagen vedrører således alene, hvorvidt klager opfylder undtagelsesbetingelsen for udbetaling ved visse kritiske sygdomme, når hun tidligere har haft kræft.

Klagers journal dokumenterer, at der er gået 6 år og 10,5 måned fra klager fik afsluttet behandlingen af sin første kræftsygdom, til hun fik diagnosticeret sin næste kræftsygdom.

Eftersom der ikke er gået 7 år mellem behandlingsafslutningen for kræftsygdom 1 og diagnosticeringen af kræftsygdom 2, er klagers tilfælde ikke omfattet af de undtagelsestilfælde, hvor Danica Pension alligevel kan udbetale forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme.

Det forhold, at der næsten er gået 7 år, kan ikke føre til andet resultat i forhold til forsikringsbetingelsernes klare periodiske afgrænsning.

Konklusion

Danica Pension fastholder, at der ikke er gået 7 år mellem afslutningen af behandlingen for klagers første kræftsygdom og diagnosticeringen af klagers senest anmeldte kræftsygdom, at kriterierne for udbetaling derfor ikke er opfyldt, og at selskabet med rette har givet afslag på udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme."

Klageren har i brev af 14/6 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har følgende bemærkninger:

- Jeg er enig i, at der ikke er tvist om datoerne, jf. Danica pensions svar side 6 nederst.
- Jeg har noteret mig, at Danica Pension - trods et meget langt og udførligt svar - ikke vil bestride, at der er tale om en ny sygdom. Der er altså heller ikke tvist om denne del af sagen.
- Jeg bemærker, at min første telefonsamtale med Danica Pension ved medarbejder ..., se min klage, ikke er medtaget på Danica Pensions bilag D, som angiveligt skulle indeholde sagens telefonnotater – det gør det så ikke. Danica Pension bedes fremlægge alle telefonnotater.
- Jeg glæder mig dog over, at Danica Pension nu erkender, at jeg er blevet misinformeret, jf. bilag D, notat fra 29. marts 2022, hvor det direkte er anført: 'Jeg har beklaget, at hun er blevet så misinformeret.' Dette citat har – trods en meget lang og udførlig redegørelse - desværre ikke fundet vej til Danica Pensions svar af 10. juni 2022, men må have forputtet sig i de mere end 150 sider bilag, som Danica Pension har fremlagt i sagen.
- Jeg bestrider, at det 'utvetydigt' (eller på nogen anden måde) skulle fremgå af ordet 'kræft', at Danica Pensions forsikringsbetingelser 'ikke kun omfatter tilbagefald', jf. Danica Pensions svar side 5 under midten.
- Jeg bestrider i det hele taget Danica Pensions udlægning af teksten, jf. Danica Pensions svar side 5 under midten til og med side 6 næstsidste afsnit, herunder at den skulle være den 'korrekte og naturlige forståelse'.
- Jeg gør opmærksom på, at spørgsmålet om punktummet er opstået, fordi Danica Pension selv i sin skrivelse af 29. marts 2022 (bilag G) i sin gengivelse af teksten har indsat et punktum, som ikke findes i den originale tekst i forsikringsbetingelserne – et punktum som lukker af ned til anden 'pind' og ordet 'tilbagefald', så anden 'pind' kan anvendes og bliver anvendt separat til (uberettiget) at bringe 'ny sygdom' ind under bestemmelsen.

Det jeg gør opmærksom på er, at uden dette punktum kan bestemmelsen ikke læses som omfattende 'ny sygdom', og at det er Danica Pension selv som ikke har indsat et punktum i den originale tekst og må tage ansvaret for det. Dette forhold viser – om ikke andet – at tegnsætningen og punktopstillingerne i Danica Pensions forsikringsbetingelser heller ikke 'giver mening' for Danica Pensions egne medarbejdere og derfor ikke kan anses for henholdsvis 'korrekt' eller 'læsevenlig' – slet ikke for en almindelig forsikringstager som mig.

Med disse bemærkninger – og særligt Danica Pensions erkendelse af, at jeg er blevet misinformeret – fastholder jeg min klage og begrundelserne for den, nemlig at jeg er blevet misinformeret om forsikringsbetingelserne, og at jeg af den grund og på grundlag af forsikringsbetingelsernes indhold, ordlyd og formål opfylder betingelserne for udbetaling af forsikringssummen for kritisk sygdom som følge af min nye kræftsygdom."

Selskabet har i brev af 27/6 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Danica Pension har i det tidligere fremlagte Bilag D samlet alle registrerede telefonnotater, hvor dækning ved visse kritiske sygdomme ses at indgå direkte eller indirekte. Der er således ikke yderligere telefonnotater at fremlægge.

Danica Pension finder også anledning til at bemærke, at klagers subjektive beskrivelse af et forløb med misinformation, ikke er bekræftet af selskabet ved, at en skadebehandler den 29. marts 2022 har mødt klager med forståelse ved en telefonsamtale, hvor klager tilkendegav frustration i umiddelbar forlængelse af at have modtaget afslaget på udbetaling ved visse kritiske sygdomme. Danica Pension finder det selvfølgelig altid beklageligt, når selskabets kunder oplever et sagsbehandlingsforløb som frustrerende, men dette forhold ændrer fortsat ikke på, at kravene i forsikringsbetingelserne skal være opfyldt, førend der kan ske udbetaling af forsikringssummen.

Det er uændret Danica Pensions opfattelse, at kernen i nærværende ankenævns sag er, hvorvidt klager opfylder forsikringsbetingelserne i forhold til udbetaling ved visse kritiske sygdomme, når klager tidligere har haft kræft.

Med henvisning til sit tidligere indlæg af 10. juni 2022 fastholder Danica Pension, at der ikke er gået 7 år mellem afslutningen af behandlingen for klagers første kræftsygdom og diagnosticeringen af klagers senest anmeldte kræftsygdom, at kriterierne for udbetaling derfor ikke er opfyldt, og at selskabet har givet afslag på udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme."

Til dette har klageren fremsendt brev af 1/7 2022, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg har følgende bemærkninger:

- Det må være Danica Pensions ansvar og risiko, at der, efter hvad Danica Pension oplyser, ikke findes et telefonnotat vedrørende min samtale med medarbejderen ..., hvor hun oplyste mig om, at der ikke ville blive problemer med udbetalingen, når der ikke var tale om tilbagefald.
- Det må også være Danica Pensions ansvar og risiko, at indholdet af deres egne telefonnotater er rigtigt og til at stole på. Hvad er formålet med et telefonnotat, hvis det ikke gengiver telefonsamtalen korrekt? Og hvilken retsstilling giver det kunderne, hvis telefonnotaterne ikke er rigtige, og Danica Pension alligevel vil bruge dem i en klagesag, som her? Man kan da ikke både fremlægge notaterne i sagen og så bagefter sige, at man ikke kan regne med det, der står i dem.
- I telefonnotatet fra 29. marts 2022 (bilag D) står der direkte: '.... hun er blevet så misinformeret.' Hvis det ikke er en bekræftelse, så ved jeg ikke, hvad det er.
- Indholdet af telefonnotatet svarer fuldkommen til og bekræfter det, som Danica Pension lidt nedladende – synes jeg – kalder min 'subjektive beskrivelse', og det betyder, at min gengivelse af sagsforløbet dermed ikke længere 'kun' er subjektiv.
- Medarbejderens beklagelse af eller 'forståelse' for, at jeg er blevet misinformeret, kan være meget godt, men retter jo ikke op på situationen, hvor jeg bliver nægtet, hvad der tilkommer mig, nemlig udbetaling af 166.400 kr. fra min forsikring som dækning ved kritisk sygdom.
- Jeg har fra starten gjort opmærksom på min tidligere kræftsygdom, og jeg har fra starten fået at vide af Danica Pension, at den ikke betød noget, så længe jeg ikke fik tilbagefald indenfor 7 år, og jeg er derfor – med det standpunkt som Danica Pension nu giver udtryk for - gået ind i forsikringsforholdet på falske vilkår og forudsætninger.

Ankenævnet for Forsikring

10.

98286

Jeg fastholder derfor – og på grundlag af mine tidligere indlæg i klagesagen – at Danica Pension er forpligtet til at udbetale dækning for kritisk sygdom til mig i anledning af min nye kræftsygdom, da det er det, som Danica Pension har lovet mig, og da det derudover er det, som fremgår af Danica Pensions forsikringsbetingelser, når man læser dem som almindelig kunde/forbruger."

Hertil har selskabet i meddelelse af 13/7 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har ikke yderligere til sagen, der nu kan videregives til behandling ved nævnets jurister."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af mikroskopi svar af 29/8 2014 fremgår bl.a.:

"Diagnoser:

01: Venstre mamma feminina
karcinom
nålebiopsi."

Af hospitalsjournal fremgår bl.a.:

"05-09-2014

...

Har fået foretaget fornyet biopsi, som bekræfter den radiologiske diagnose, invasivt karcinom i venstre mamma øvre laterale kvadrant.

...

02-10-2014

...

C. mammae operatae, venstresidig lumpektomeret d. 9.9.14, triple negativ. Planlagt adjuverende behandling i form af standard kemoterapi og stråler.

...

17-02-2015

...

Objektivt

Der er ingen tegn på lokalrecidiv i venstre bryst og ingen turneres i højre bryst. Der er ingen forstørrede lymfeknuder hverken periklavikulært eller aksillært på begge sider, heller ikke på halsen. Patienten starter også i dag adjuverende strålebehandling.

...

10-04-2015

...

Pt. kendt med c. mamma operata netop afsluttet adjuverende stråleterapi den 1.4.2015.

...

29-06-2015 ...

Patienten kommer til første kontrol efter kemobehandling.

...

Objektivt

Der er ingen tegn på lokalrecidiv i venstre bryst og der er ingen tumores i højre bryst.

...
11-09-2015

...
Patienten kommer til svar på klinisk mammografi fra d. 31.8.15. Denne viste ikke tegn på tilbagefald.

...
15-02-2022

...
Møder til svar på biopsi fra hø bryst den 08-02-22 ifm kontrol klinisk mammografi.

Patologi viser karcinom, ER negativ og HER2 normal.

Klinisk mammografi den 08.02.22: Palpabel forandring kl 12 i hø mamma 5 cm fra hø papil, frit forskydelig. Mammografi uden suspekter forandringer. UL genfinder forandring (beskrives som overvejende benign), forsøgt aspireret, men solidt indhold, hvorfor der laves GNB."

Af mikroskopi af 15/2 2022 fremgår bl.a.:

"Diagnoser:

01:
Højre mamma feminina
karcinom
østrogenreceptor negativ
HER2 receptor normal ekspression
Nålebiopsi.

...
Mikroskoperet af: ... den 15.02.2022 kl. 10:11."

Af anmeldelse af visse kritiske sygdomme af 20/2 2022 fremgår bl.a.:

"1. Hvad hedder lidelsen/hvad fejler du? Brystkræft i højre side.

...

3. Hvornår er diagnosen stillet? 15.02.2022.

...

6. Hvor er du blevet behandlet? ... ingen behandling

...

7. Har du tidligere haft samme lidelse? Ja
Hvornår var din første sygedag 05.09.2014."

Af selskabets telefonnotater fremgår bl.a.:

"Tekst indsat af ... 26.02.22 ...

Har talt med [klageren]. Hun oplyser, at hun havde brystkræft i det ve bryst i sept 2014 og efterfølgende fik kemo og stråler. Beh sluttet på [hospital1] 1. april 2015. Operation fundet sted på [hospital2]. Det er [hospital1] der følger hende for ny brystkræft i hø bryst. Har givet info, at der jo desværre ikke er gået helt 7 år fra endt behandling. Ny diagnose er 15/2-22. Har dog lovet at jeg lige henter journal og så må vi se.

Tekst indsat af ... 29.03.22 ...

Haft en længere snak med [klageren]. Hun blev virkelig skuffet over afslag. Hun følte at sagsbehandlingen har været umenneskelig lang og hun er har fået forskellige svar omkring udsigt til udbetaling. Hun var af pensionsmægler oplyst at det hed 5 år og ikke 7 år, og da hun først anmeldte har hun talt med en person, der lovede hende en sagsbehandling på 14 dage, hvorefter hun ville få pengene udbetalt. Jeg har beklaget, at hun er blevet så misinformeret. Jeg kan godt forstå, at hun er skuffet. Hun vil gerne klage, og jeg har sagt, at det kan hun gøre og forklaret, at der kommer en klagevejledning sammen med afslag til eboks.

...

Tekst indsat af ... 25.04.22 ...

Hun vil gerne høre om der snart er nyt.

...

Hun går til A-nævnet siger hun, hvis ikke vi kan give os på 7-årsreglen. Jeg har sagt, at jeg vil lade sagen gå videre til sagsbehandler, men at det er korrekt der skal gå 7 år mellem kræftdiagnoserne (afsluttet behandling fra første til næste diagnose)."

Af selskabets afgørelse af 29/3 2022 fremgår bl.a.:

"Som jeg oplyste i telefonen, må jeg desværre meddele dig, at du ikke er berettiget til en udbetaling fra din dækning ved visse kritiske sygdomme.

Årsagen er, at du i september 2014 fik konstateret brystkræft, og at der ikke er gået syv år siden behandlingen for denne sygdom blev afsluttet.

...

Af din journal fremgår det, at din behandling for brystkræft blev afsluttet den 1. april 2015. Du har efterfølgende fået konstateret en ny brystkræft den 15. februar 2022 i henhold til patologisvaret af samme dato."

Af brev fra hospital af 5/4 2022 fremgår bl.a.:

"Patient blev i november 2014 diagnosticeret og opereret for venstresidig brystkræft. Det drejede sig om et 18 mm invasivt dukalt karcinom grad 111, østrogen receptor negativ, HER2 normal ekspression uden spredning til lymfeknuder.

Patient er i marts 2022 diagnosticeret med og opereret for højresidig brystkræft. Det drejer sig om et 7 mm stor invasivt duktalt karcinom, grad I, østrogen receptor negativ, HER2 normal ekspression uden spredning til lymfeknuder. Da det drejer sig om ny østrogen receptor negativ brystkræft er det tolket som en ny primær cancer."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"Dækning ved visse kritiske sygdomme

...

For at vi kan udbetale dækningen, skal

- den forsikrede have en diagnose på en af de kritiske sygdomme, der giver ret til udbetaling ifølge afsnittet 'Kritiske sygdomme, der giver ret til en udbetaling' - en fejldiagnose giver ikke ret til en udbetaling

- diagnosen stilles af en læge i Danmark
- lægen stiller diagnosen, efter forsikringen er trådt i kraft
- dækningen ved kritisk sygdom være i kraft, når lægen stiller diagnosen - stilles diagnosen, efter dækningen af den ene eller den anden grund er faldet væk, har den forsikrede ikke ret til udbetaling
- den forsikrede være i live, når lægen stiller diagnosen.

Vi udbetaler kun dækningen ved kritisk sygdom en gang, også selvom den forsikrede får flere kritiske sygdomme på samme tid.

...

1. Kræft

Forsikringen dækker ondartede kræftsvulster, der vokser ukontrolleret ind i normalt væv. Eventuelt kan det være ondartede celler, der spreder sig, så der kommer dattersvulster i andet væv eller andre organer. Derudover er modernærkekræft (malignt melanom) og prostatakræft Gleason 7 eller med spredning svarende til T2N0M0 også dækket.

...

Undtagelser efter en kritisk sygdom før forsikringens start eller i forsikringstiden

...

Kræft

Har den forsikrede haft kræft, kan han/hun få udbetalt en dækning efter punkt 1. Kræft, hvis

- der er gået mindst syv år, siden behandlingen for den første sygdom blev afsluttet - kontrolbesøg tæller ikke som behandling
- der ikke er konstateret tilbagefald i de syv år, der er gået, siden behandlingen sluttede."

Nævnet udtaler:

Klageren fik i 2014 diagnosticeret brystkræft i venstre bryst og behandlingen blev afsluttet den 1/4 2015. Hun fik den 15/2 2022 diagnosticeret kræft i højre bryst. Selskabet gav den 29/3 2022 afslag på udbetaling ved kritisk sygdom, idet der ikke var gået 7 år mellem, at behandlingen i venstre bryst blev afsluttet og kræften i højre bryst blev konstateret.

Klageren ønsker udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Hun har anført, at hun ved tegning af forsikringen udtrykkeligt spurgte om dækningen ved kritisk sygdom, og at hun fik oplyst, at der var en 7-årig periode, hvor hun ikke ville være dækket i tilfælde af tilbagefald af den tidligere kræftsygdom. Da hun fik konstateret brystkræft i højre bryst i 2022, var der ikke tale om et tilbagefald, da der var tale om en anden type brystkræft. Hun har også anført, at selskabet telefonisk indledningsvis oplyste, at udbetaling af forsikringssummen ikke ville udgøre et problem, da der ikke var tale om et tilbagefald. Hun har videre anført, at hun ikke er enig i

selskabets fortolkning, da undtagelsesbestemmelsen, som selskabet henviser til, efter hendes vurdering alene omhandler tilbagefald. Hun har uddybende anført, at bestemmelsens to betingelser – om, at der skal være gået mindst syv år, siden behandlingen for den første sygdom blev afsluttet og der ikke må være konstateret tilbagefald i de syv år der er gået, siden behandlingen sluttede – må forstås som sammenhængende og ikke som to separate betingelser, og at bestemmelsen derfor ikke undtager dækning ved ny kræftsygdom.

Selskabet har anført, at forsikringsbetingelserne klart foreskriver, at der ved flere tilfælde at kræftsygdomme, såvel ved tilbagefald som ved nye kræftsygdomme – kun kan ske udbetaling af forsikringssum, hvis kravet om den 7-årige mellemp periode er opfyldt. Selskabet har anført, at der er dokumenteret behandlingsafslutning for klagerens kræft i venstre bryst den 1/4 2015 og dokumenteret diagnose af klagerens kræft i højre bryst den 15/2 2022. Journalen dokumenterer derfor, at der er gået 6 år og 10,5 måned fra afslutningen af behandlingen af kræftsygdom 1 og diagnosticeringen af kræftsygdom 2. Selskabet har anført, at der i betingelserne alene henvises til 'kræft', og at bestemmelsen derfor ikke kun omfatter tilbagefald. Selskabet har anført, at "dersom, der faktisk er gået 7 år eller mere mellem behandlingsafslutningen for kræftsygdom 1 og diagnosticeringen af kræftsygdom 2, vil Danica Pension alligevel udbetale forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme, uanset om der er tale om to forskellige typer kræft eller tilbagefald". Derudover er der i betingelserne opstillet et krav om, at der i den 7-årige periode ikke må være diagnosticeret et tilbagefald, idet tilbagefald vil 'nulstille' den 7-årige karantæneperiode.

Om selskabets rådgivning har selskabet over for nævnet bl.a. anført: "Danica Pension finder også anledning til at bemærke, at klagers subjektive beskrivelse af et forløb med misinformation, ikke er bekræftet af selskabet ved, at en skadebehandler den 29. marts 2022 har mødt klager med forståelse ved en telefonsamtale, hvor klager tilkendegav frustration i umiddelbar forlængelse af at have modtaget afslaget på udbetaling ved visse kritiske sygdomme. Danica Pension finder det selvfølgelig altid beklageligt, når selskabets kunder oplever et sagsbehandlingsfor-

Ankenævnet for Forsikring

15.

98286

løb som frustrerende, men dette forhold ændrer fortsat ikke på, at kravene i forsikringsbetingelserne skal være opfyldt, førend der kan ske udbetaling af forsikringssummen."

Af hospitalsjournalnotat af 10/4 2015 fremgår: "Pt. kendt med c. mamma operata netop afsluttet adjuverende stråleterapi den 1.4.2015".

Af hospitalsjournalnotat af 15/2 2022 fremgår: "Møder til svar på biopsi fra høj bryst den 08-02-22 ifm kontrol klinisk mammografi. Patologi viser karcinom, ER negativ og HER2 normal".

Af mikroskopi af 15/2 2022 fremgår: "**Diagnoser:** 01:Højre mamma feminina karcinom østrogenreceptor negativ HER2 receptor normal ekspresion Nålebiopsi".

Af selskabets telefonnotater fremgår: "Tekst indsat af ... 26.02.22 ... Har talt med [klageren] Hun oplyser, at hun havde brystkræft i det venstre bryst i sept. 2014 og efterfølgende fik kemo og stråler. Beh sluttet på [hospital] 1. april 2015 ... Har givet info, at der jo desværre ikke er gået helt 7 år fra endt behandling. Ny diagnose er 15/2-22. Har dog lovet at jeg lige henter journal og så må vi se ... Tekst indsat af ... 29.03.22 ... Haft en længere snak med [klageren]. Hun blev virkelig skuffet over afslag. Hun følte at sagsbehandlingen har været umenneskelig lang og hun er blevet forskelligt svar omkring udsigt til udbetaling. Hun var af pensionsmægler oplyst at det hed 5 år og ikke 7 år, og da hun først anmeldte har hun talt med en person, der lovede hende en sagsbehandling på 14 dage, hvorefter hun ville få pengene udbetalt. Jeg har beklaget, at hun er blevet så misinformeret. Jeg kan godt forstå, at hun er skuffet. Hun vil gerne klage, og jeg har sagt, at det kan hun gøre og forklaret, at der kommer en klagevejledning sammen med afslag til eboks".

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a., at før selskabet kan udbetale dækning, skal den forsikrede have en diagnose på en af de kritiske sygdomme, der giver ret til udbetaling. Det fremgår om kræft punkt 1, at hvis den forsikrede har haft kræft, kan han eller hun få udbetalt dækning, hvis "

Ankenævnet for Forsikring

16.

98286

- der er gået mindst syv år, siden behandlingen for den første sygdom blev afsluttet – kontrolbesøg tæller ikke som behandling
- der ikke er konstateret tilbagefald i de syv år, der er gået, siden behandlingen sluttede".

Nævnet finder, at bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 1 om kræft og 'Undtagelser efter en kritisk sygdom før forsikringens start eller i forsikringstiden' i overensstemmelse med det som selskabet har anført, må forstås således, at der skal være gået mindst 7 år mellem to kræftdiagnoser – uanset om der måtte være tale om tilbagefald eller ny diagnose – for at opnå ret til udbetaling ved kritisk sygdom.

Nævnet finder på denne baggrund ikke anledning til at kritisere, at selskabet har afvist dækning under henvisning til den anførte undtagelsesbestemmelse.

Nævnet har navnlig lagt vægt på, at det af hospitalsjournalnotat af 10/4 2015 fremgår, at klageren fik afsluttet behandlingen af kræftsygdommen i venstre bryst den 1/4 2015, og at det af svar på mikroskopi af 15/2 2022 fremgår, at hun fik diagnosticeret kræft i højre bryst den 15/2 2022.

Hvad angår klagerens bemærkninger om, at hun telefonisk har fået tilsagn om dækning finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at selskabet har givet et sådant tilsagn.

Nævnet finder herudover, at klageren ikke har bevist, at selskabet har ydet ansvarspådragende fejlagtig eller mangelfuld rådgivning. Nævnet bemærker, at selskabets notat af 29/3 2022 ikke kan føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Ankenævnet *for* Forsikring

17.

98286

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen
formand