

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 16. november 2022 blev i sag nr. 98580:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har "Personforsikring. Ulykke, Tand, Sygdom og Sundhed". I klageskema af 12/8 2022 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Vi har købt et tillægsdækning til min eksisterende forsikring, omfattende: tandbehandling, tyggeskade og sygdom/kritisk sygdom, hos forsikringsrådgiver, ... hos Trygforsikring, den 13. august 2020.

Den 4. januar 2021 anmelder jeg min kræftsygdom. Jeg modtager den 6. januar 2021 en afvisning af min sygdom, Tryg henviser til betingelserne 1810 punkt 4.2.4.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At de anerkender min anmeldte sygdom som omfattet af forsikringen, som [forsikringsrådgiver] solgte os den 13. august 2020."

Selskabet har i brev af 5/9 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Indledning

Sagen vedrører, at klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist udbetaling ved kritisk sygdom for hans diagnose tarmkræft.

Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klageren aldrig har haft dækning ved kritisk sygdom på sin forsikring, og at han – selv hvis han havde haft dækningen – ikke opfyldte alderskriteriet i forsikringsbetingelserne.

Klageren var på skadetidspunktet omfattet af personforsikring med forsikringsbetingelserne 1810. Forsikringsbetingelserne fremlægges som **bilag 1**.

Sagsfremstilling

Klageren var i august 2020 i kontakt med selskabet i hvilken forbindelse klagerens personforsikring blev omtegnet.

Selskabet medarbejder sendte i den forbindelse en mail til klageren, hvoraf det bl.a. fremgik, at:

'Tak for en behagelig samtale – håber I er kommet godt udenfor og nyder solen så længe det varer

Her er en oversigt over hvad vi har aftalt i dag:

[Klageren] har fået 3 nye dækninger med Tandbehandling, tyggeskade og sygdom/kritisk sygdom – for en samlet pris på 172,41 kr. om måneden.

...

Det hele starter fra d.d. som aftalt

Jeg har også vedlagt en PDF fil med betingelserne på tandbehandling, tyggeskade, tandskade, sygdom mm. Der kan I læse alt nødvendigt uden at det bliver for tungt OG I kan læse om sundhedsforsikringen.'

Mailen fra selskabets medarbejder ses fremlagt af klageren.

Samme dag udstedte selskabet en ny police til klageren, hvoraf det bl.a. fremgik, at:

...

Polisen af den 13. august 2020 fremlægges som **bilag 2**.

Den 11. december 2020 kontaktede klageren selskabet telefonisk for at anmelde skaden. Selskabet

sendte i den forbindelse en skadeanmeldelsesblanket til klageren, som blev modtaget udfyldt den 4. januar 2021. Skadeanmeldelsesblanketten fremlægges som bilag 3.

Selskabet afviste dækning den 6. januar 2021, da kræftdiagnosen ikke var omfattet af forsikringens

sygdomsdækning. Selskabets afvisning fremlægges som **bilag 4**.

Klagerens advokat sendte den 11. januar 2021 en indsigelse til selskabet, hvori der blev henvist til mailen af den 13. august 2020 fra selskabets medarbejder. Indsigelsen fremlægges som **bilag 5**.

Den 20. januar 2021 fastholdt selskabet sin afgørelse i sagen dels med henvisning til, at kræftdiagnosen ikke var omfattet af sygdomsdækningen, dels med henvisning til, at klageren ikke opfyldte alderskriteriet i forsikringsbetingelserne, selv hvis han havde haft dækningen for kritisk sygdom på sin forsikring. Selskabets fastholdelse fremlægges som **bilag 6**.

Advokaten indsendte den 3. marts 2021 en klage til selskabets klageansvarlige afdeling, Kvalitet, hvor der igen blev henvist til mailen fra selskabets medarbejder som begrundelse for, at selskabet

på erstatningsretligt grundlag skulle udbetale erstatning til klageren. Klagen fra advokaten fremlægges som **bilag 7**.

Kvalitetsafdelingen besvarede klagen den 4. oktober 2021 og fastholdt, at klageren ikke var berettiget til udbetaling for kritisk sygdom. Svaret fra Kvalitet fremlægges som **bilag 8**. Sagen er herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Forsikringsbetingelser

Af forsikringsbetingelsernes punkt 4, fremgår det bl.a., at:

'4. Sygdom

4.1 Kritisk sygdom

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

4.1.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, og udbetaler et engangsbeløb straks efter, at diagnosen for den kritiske sygdom er stillet.

Forsikringen omfatter de kritiske sygdomme, der er nævnt i punkt 4.1.3, når diagnose er stillet inden du fylder 25 år.

...

4.2 Sygdom

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

4.2.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, hvis du får diagnosticeret en af de sygdomme, der er nævnt i tabellen i punkt 4.2.4.'

Selskabets vurdering

Klageren har i klageskemaet til Nævnet angivet, at selskabet skal anerkende, at hans sygdom er omfattet af forsikringen, som er blevet solgt til ham.

Selskabet har på baggrund af klagen til Nævnet foretaget en fornyet gennemgang af sagen. På baggrund af denne gennemgang har selskabet fundet, at der ikke er anledning til at ændre afvisningen af klagerens krav.

Det er selskabets opfattelse, at mailen sendt af selskabets medarbejder ikke har givet klageren en berettiget forventning om, at han var dækket for kritisk sygdom på sin forsikring.

Dette skyldes, at de tilføjede dækninger af medarbejderen beskrives som tre dækninger, mens der oplistes fire, hvis man skulle læse teksten på samme måde, som klageren mener, at man bør gøre.

Dertil kommer det faktum, at betegnelsen 'kritisk sygdom' er skrevet som 'sygdom/kritisk sygdom' i mailen, hvilket betyder sygdom eller kritisk sygdom, hvor de øvrige dækninger er adskilt med et komma og et mellemrum.

Medarbejderen vedhæftede desuden forsikringsbetingelserne til den fremsendte mail, hvor klageren kunne have læst, at det er et kriterie for dækning, at diagnosen bliver stillet, inden man fylder 25 år, hvilket ikke ville have givet mening, når klageren er født i 1960'erne.

Tilsvarende fremgår det tydeligt af forsikringsbetingelserne, at dækningen ved kritisk sygdom kun gælder, hvis det fremgår af forsikringsaftalen (police).

Samme dag som mailen blev sendt, udstedte selskabet en police, hvor kritisk sygdom ikke er nævnt en eneste gang, og hvor alene sygdomsdækningen er angivet som omfattet af forsikringen.

Såfremt forsikringen havde været tegnet med dækning ved visse kritiske sygdomme, havde der også været en tekst på policeen med følgende ordlyd:

'Sygdom

Kritisk sygdom og sygdomsinvaliditet

Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser de første symptomer eller diagnosticeres før eller indenfor de første 2 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft (karenstid).'

Klageren har således aldrig betalt for at have en dækning for kritisk sygdom, ligesom at klageren på baggrund af ovenstående ikke kunne have en berettiget forventning om, at han havde en dækning ved kritisk sygdom.

Sammen med policeen fulgte desuden et brev, hvor klageren blev opfordret til at læse policeen igennem særligt med henblik på, at dækningerne var korrekte.

Selskabet bemærker i den forbindelse, at klageren også har en forpligtelse til at læse aftalegrundlaget igennem for at sikre sig, at dækningerne er i overensstemmelse med det ønskede.

Selv hvis klageren reelt havde tegnet en dækning ved kritisk sygdom – eller hvis klageren på grund af en berettiget forventning skulle stilles som om, at dækningen var tegnet – så havde sygdommen alligevel ikke berettiget til udbetaling, idet diagnosen i så fald ikke ville være blevet stillet, inden klageren fyldte 25 år, jf. betingelsernes punkt 4.1.1.

Sammenfatning

Sammenfattende er det selskabets opfattelse, at klageren ikke havde en berettiget forventning om, at han havde tegnet en personforsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme, og at klageren på intet tidspunkt reelt havde denne dækning eller betalte for den.

Såfremt Nævnet måtte finde, at klageren havde en berettiget forventning herom, at det selskabets

opfattelse, at klageren alligevel ikke er berettiget til dækning, idet han ikke fik stillet diagnosen, inden han fyldte 25 år."

Klageren har i brev af 21/9 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Konsulenten hos Tryg, som solgte os de nye dækninger, han skriver 3 nye dækninger: Tandbehandling, tyggeskade og sygdom/kritisk sygdom, og det var det vi aftalte med ham.

Ankenævnet for Forsikring

5.

98580

Kvalitetskonsulentten skriver bl.a. dertil kommer det faktum at betegnelsen kritisk sygdom er skrevet som, sygdom/kritisk sygdom hvilket betyder sygdom eller kritisk sygdom, hvor de øvrige dækninger er adskilt med et komma og et mellemrum, hvordan kan jeg overhovedet vide det, jeg er jo ikke jurist.

Jeg starter med at betale det ekstra beløb, som jeg får at vide at de 3 dækninger koster ekstra, fra næste opkrævning.

Jeg må oprigtig sige at jeg at hvis jeg ikke har købt dækning, som var grunden til at vi sagde ja til de ekstra dækninger, hvorfor er det så overhovedet nævnt."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af e-mail af 13/8 2020 fremgår bl.a.:

"Her er en oversigt over hvad vi har aftalt i dag:

[Klageren] har fået 3 nye dækninger med Tandbehandling, tyggeskade og sygdom/kritisk sygdom - for en samlet pris på 172,41 kr. om måneden.

...

Det hele starter fra d.d. som aftalt

Jeg har også vedlagt en PDF fil med betingelserne på tandbehandling, tyggeskade, tandskade, sygdom mm. Der kan I læse alt nødvendigt uden at det bliver for tungt OG I kan læse om sundhedsforsikringen.

Hvis I har nogen spørgsmål vedr. Sundhedsforsikringen til [klageren] (Jeg kan gøre det til 192 kr.) så skriv til mig på mail eller ring."

Af selskabets brev af 13/8 2020 til klageren fremgår bl.a.:

"Ændring af Personforsikring

Din Personforsikring er blevet ændret. Derfor sender vi dig en ny forsikringsaftale (police).

Det er vigtigt, at du læser forsikringsaftalen grundigt igennem for at se, om dækninger og summer passer til dit behov. Desuden skal du sikre, at de øvrige oplysninger, som fremgår af forsikringsaftalen, er rigtige."

Af police af 13/8 2020 fremgår bl.a.:

"Forsikringens Betingelser

For denne forsikring gælder forsikringsbetingelserne for Personforsikring 1810. Forsikringsbetingelserne findes på Min side på www.tryg.dk/min-side eller i e-Boks. Du kan også kontakte os, hvis du ønsker betingelserne tilsendt.

...

Forsikringen omfatter

Pakkevalg Udvidet

Forsikringen dækker ved ulykkestilfælde hele døgnet

Varigt mén på mindst 5 % og en forsikringssum på 1.185.823 kr. (2020)

Behandlingsudgifter

Alle former for sport, inkl. farlig sport

MC-kørsel (mc, knallert 45/scooter)
Dødsfald med en forsikringssum på 52.010 kr. (2020)
Knæskader fra 5% mén
Forhøjet erstatning (dobbelterstatning, amputation, tab af syn og hørelse)
Strakserstatning ved knoglebrud o.lign. på 12.000 kr. (indeksreguleres ikke)
Tandskade ved ulykkestilfælde
Tyggeskade

Tandbehandling
Forsikringen dækker ikke, når behovet for tandbehandling er opstået indenfor de første 2 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft (karenstid).

Sygdom
Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser de første symptomer eller diagnosticeres før eller indenfor de første 2 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft (karenstid).

Forsikringen omfatter ikke

Udvidet hjælp
Sundhed"

Af forsikringsbetingelserne nr. 1810 fremgår bl.a.:

"4. Sygdom

4.1 Kritisk sygdom

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

4.1.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, og udbetaler et engangsbeløb straks efter, at diagnosen for den kritiske sygdom er stillet.

Forsikringen omfatter de kritiske sygdomme, der er nævnt i punkt 4.1.3, når diagnose er stillet inden du fylder 25 år.

...

4.1.3 Visse kritiske sygdomme omfattet af forsikringen

...

Kræft

Forsikringen dækker følgende former for kræft:

...

- Tarmkræft

...

4.2 Sygdom

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

4.2.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, hvis du får diagnosticeret en af de sygdomme, der er nævnt i tabellen i punkt 4.2.4.

...

4.2.4 Sygdomme omfattet af forsikringen

Forsikringen omfatter de sygdomme, der er nævnt i tabellen herunder.

...

Alzheimers, diagnosekode F00.0 ...

Parkinson, diagnosekode G20 ...

Apopleksi (hjerneblødning/blodprop i hjernen), diagnosekode I63 og I61 ...

Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme), eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse, diagnosekode I60 og I62 ...

Godartet hjernesvulst (hjernetumor), diagnosekode D32 og D33 ...

Aorta aneurisme (udposning af hovedpulsåren), diagnosekode I71.8 ...

Operationskrævende hjertesygdom ...

Multipel sklerose (MS), diagnosekode G35 ...

Amyotrofisk lateral sklerose (ALS), diagnosekode G12.2G ...

Nedsat syn ...

13.4.11 Nedsat hørelse ...

Leddegigt (reumatoid arthritis, leddegigt), diagnosekode M05 ...

Kronisk betændelse i tarmen (Colitis Ulcerosa/ulcerøs colit), diagnosekode K51 ...

Morbus Crohn (Chrons sygdom), diagnosekode K50 ...

Transplantation ...

Skizofreni, diagnosekode F20"

Nævnet udtaler:

Klageren, som er født i 1960'erne, aftalte den 13/8 2020 i forbindelse med et møde med selskabets medarbejder at tegne tillægsdækning til sin eksisterende personforsikring hos selskabet. Selskabet bekræftede aftalen samme dag i en e-mail og ved fremsendelse af en ny forsikringsaftale (police). Klageren anmeldte den 4/1 2021 kritisk sygdom i form af tarmkræft til selskabet. Selskabet afviste klagerens krav med henvisning til, at klageren ikke havde dækning ved kritisk sygdom på sin forsikring.

Klageren ønsker udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Han har anført, at han har købt tillægsdækning for kritisk sygdom den 13/8 2020, og at selskabets medarbejder har bekræftet dette i e-mail af 13/8 2020, hvori det er anført, at han har fået tre nye dækninger i form af tandbehandling, tyggeskade og sygdom/kritisk sygdom.

Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klageren aldrig har haft dækning ved kritisk sygdom på sin forsikring, og at han selv, hvis han havde haft dækningen, ikke opfyldte alderskri-

teriet i forsikringsbetingelserne. Selskabet har også anført, at e-mail af 13/8 2020 ikke har givet klageren en berettiget forventning om, at han var dækket for kritisk sygdom på sin forsikring. Selskabet har endvidere anført, at dækning ved kritisk sygdom ikke er nævnt på den fremsendte police, og at det fremgår af forsikringsbetingelserne, at dækningen ved kritisk sygdom kun gælder, hvis det fremgår af forsikringsaftalen (police).

Af selskabets e-mail af 13/8 2020 fremgår: "Her er en oversigt over hvad vi har aftalt i dag: [Klageren] har fået 3 nye dækninger med Tandbehandling, tyggeskade og sygdom/kritisk sygdom ... Det hele starter fra d.d. som aftalt. Jeg har også vedlagt en PDF fil med betingelserne på tandbehandling, tyggeskade, tandskade, sygdom mm. Der kan I læse alt nødvendigt uden at det bliver for tungt OG I kan læse om sundhedsforsikringen".

Af selskabets brev af 13/8 2020 til klageren fremgår: "Din Personforsikring er blevet ændret. Derfor sender vi dig en ny forsikringsaftale (police). Det er vigtigt, at du læser forsikringsaftalen grundigt igennem for at se, om dækninger og summer passer til dit behov. Desuden skal du sikre, at de øvrige oplysninger, som fremgår af forsikringsaftalen, er rigtige".

Af police af 13/8 2020 fremgår det blandt andet: "**Forsikringen omfatter** ... Tyggeskade. Tandbehandling ... Sygdom. Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser de første symptomer eller diagnosticeres før eller indenfor de første 2 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft (karenstid)".

Af forsikringsbetingelsernes punkt 4. Sygdom fremgår: "**4.1 Kritisk sygdom (Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)** ... Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, og udbetaler et engangsbeløb straks efter, at diagnosen for den kritiske sygdom er stillet. Forsikringen omfatter de kritiske sygdomme, der er nævnt i punkt 4.1.3, når diagnose er stillet inden du fylder 25 år ... **4.2 Sygdom (Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)** ... Forsikringen dækker, hvis du får diagnosticeret en af de sygdomme, der er nævnt i tabellen i punkt 4.2.4".

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

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren ikke har bevist, at selskabets medarbejder har givet ham vildledende oplysninger af en karakter, der var egnet til at give ham en berettiget forventning om at være omfattet af dækningen ved visse kritiske sygdomme.

Nævnet har herved bl.a. lagt vægt på, at klageren den 13/8 2020 modtog en ny forsikringsaftale (police), hvori dækningen "kritisk sygdom" ikke var nævnt, og at det fremgår af forsikringsbetingelserne, at punktet 4.1 (kritisk sygdom) kun gælder, hvis det fremgår af forsikringsaftalen. Videre har nævnet lagt vægt på, at det også fremgår af punkt 4.1, at forsikringen dækker de nævnte kritiske sygdomme, når diagnosen er stillet inden forsikringstageren fylder 25 år. Klageren er født i 1960'erne, og dækningen ved kritisk sygdom i punkt 4.1 var derfor ikke relevant for klageren på grund af alderskriteriet.

Nævnet har også lagt vægt på, at forsikringen i forbindelse med klagerens henvendelse i august 2020 blev udvidet til at omfatte dækningen "sygdom", der ligesom dækningen "kritisk sygdom" berettiger til sumudbetalinger ved en række alvorlige sygdomme. Det fremgår af dækningen "sygdom", at der ikke stilles krav om, at diagnosen er stillet, inden forsikringstageren fylder 25 år.

Under de foreliggende omstændigheder finder nævnet herefter, at selskabets e-mail af 13/8 2020 ikke har været egnet til at give klageren en berettiget forventning om at have dækning ved kritisk sygdom.

Ankenævnet for Forsikring

10.

98580

Nævnet bemærker, at selskabet med fordel i brevet af 13/8 2020 kunne have præciseret, at dækningen "kritisk sygdom" ikke var tegnet, og at klageren alene var omfattet af dækningen "sygdom".

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen

formand