

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 11. juni 2025 blev i sag nr. 102669:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

TJM Forsikring
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I brev af 25/11 2024 har klagerens advokat bl.a. anført:

"PÅSTAND:

Klager påstår, at indklagede skal anerkende, at skaden den 21. september 2023 er omfattet af forsikringsdækningen.

SAGSFREMSTILLING:

Klagerens ægtefælle tegnede ulykkesforsikring hos indklagede som var gældende fra den 11. november 2022. Forsikringsbetingelserne fremlægges som **bilag 1** og forsikringsbeviset fremlægges som **bilag 2**.

Den 21. september 2023 fik klagerens ægtefælle en hjerneblødning. Denne skade blev anmeldt til indklagede den 25. september 2023. Efterfølgende afgik klagerens ægtefælle ved døden den 26. september 2023.

Den 22. december 2023 afviste indklagede at yde dækning med henvisning til, at dækningen ikke kunne bringes i anvendelse ved dødsfald. Afvisningen af den 22. december 2023 fremlægges som **bilag 3**.

Indklagede har i forsikringsbetingelserne oplistet de tilfælde, hvor forsikringen ikke dækker, jf. pkt. 4.2.3. Herunder nævnes *ikke*, at forsikringen ikke dækker ved efterfølgende død. Der fremgår desuden ikke andet i forsikringsbetingelserne, som kan hjemle eller redegøre for den retstilling, som indklagede mener, der foreligger.

Ankenævnet for Forsikring

2.

102669

Klageren fastholdt sit krav på forsikringsdækning den 5. februar 2024 med henvisning til, at det ikke fremgik af betingelserne, at dækningen udelukkende kunne bringes i anvendelse ved dødsfald. Klageren opfordrede indklagede til at oplyse, hvilken betingelse/hjemmel selskabet henviste til i forbindelse med afvisningen.

Indklagede fastholdt den 7. marts 2024 sin afvisning. Som begrundelse for afvisningen skrev indklagede nu, at de ikke havde haft mulighed for at tage stilling til, om hjerneblødningen medførte blivende lammelser eller taleforstyrrelser, samt at et krav på méngodtgørelse ikke kunne rejses af de efterladte efter forsikredes død. Brevet af den 7. marts 2024 fremlægges som **bilag 4**.

Den 8. marts 2024 fastholdt klageren sit krav, med henvisning til, at forsikringsbetingelserne var opfyldt, og indklagede havde haft mulighed for fastsættelse af méngraden forinden forsikringstageren afgik ved døden, idet anmeldelse af kravet var sket i forsikringstagerens levende live.

Indklagede fastholdt den 4. juni 2024 sin afvisning, med henvisning til, at selskabet ikke havde haft mulighed for at undersøge, hvorvidt hjerneblødningen ville have medført blivende lammelser eller taleforstyrrelser. Brevet af den 4. juni 2024 fremlægges som **bilag 5**.

Klageren fremsendte den 20. juni 2024 bemærkninger til indklagedes afvisning af den 4. juni 2024. Indklagede fastholdt den 27. juni 2024 deres afvisning.

Den 8. juli 2024 fremsendte klageren al korrespondance mellem klageren og indklagede til Kvalitetsafdelingen hos Tryg, som henvist til i indklagede skrivelse af den 27. juni 2024.

Indklagede fastholdt herefter den 5. september 2024 deres afvisning, hvilket årsag til nærværende klage. Afvisningen af den 5. september 2024 fremlægges som **bilag 6**.

Der er enighed om, at ovennævnte forsikring har været i kraft siden den 11. november 2022, og sygdommen er derfor opstået efter karensperioden.

Der er ligeledes enighed om, at forsikringen omfatter klagerens ægtefælles sygdom, jf. diagnosekode I63 og I61.

Det gøres gældende, at indklagedes begrundelse er uden hjemmel, idet det ikke følger af betingelserne for dækning, at klagerens ægtefælle skulle overleve indtil ménvurderingen var foretaget.

Af forsikringsbetingelserne fremgår det under pkt. 4.2.1, at sygdomsforsikringen dækker, hvis klagerens ægtefælle har fået diagnosticeret en af de sygdomme, som er nævnt i tabellens pkt. 4.2.4.

Af tabellens pkt. 4.2.4 er blandt andet nævnt "*Apopleksi (hjerneblødning/blodprop i hjernen), diagnosekode I63 og I61*", hvilket klagerens ægtefælle fik diagnosticeret den 21. september 2023.

Betingelserne indeholder ingen begrænsning i forhold til, hvis forsikringstageren efterfølgende afgår ved døden.

Erstatningen er ikke anmodet om som arv, men netop er anmeldt i forsikredes levende live og udbetaling skal ske til afdødes bo. Der henvises i den forbindelse til ankenævnskendelse nr. 88.650.

I kendelsen krævede boet efter afdøde ménerstatning i henhold til en tegnet ulykkesforsikring. Afdøde var udsat for et ulykkestilfælde den 3. april 2013 og afgik ved døden den 5. april 2013. Skaden blev anmeldt den 9. april 2013. Nævnet fandt, at boet ikke havde krav på ménerstatning, da selskabet på tidspunktet for dødsfaldet ikke havde modtaget oplysninger, der gav selskabet mulighed for at fastsætte en méngrad og dermed fastslå eksistensen af et eventuelt krav på ménerstatning.

Af kendelsen fremgår dog:

'Nævnet finder efter en gennemgang af sagen at måtte lægge til grund, at afdøde forsikrings-tagers ulykkesforsikring i selskabet var i kraft på datoen for ulykkestilfælde og først ophørte i forbindelse med dødsfaldet den 5/4 2013.'

Ifølge kendelsen ophører forsikring dermed først ved dødsfaldet. Det følger yderligere:

'Selskabet har anført, at kravet på ménerstatning ikke var forfaldet til betaling, jf. forsikringsaf-talelovens § 24, stk. 1, 1. pkt., da forsikringstageren afgik ved døden den 5/4 2013. Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere selskabets afgørelse. Nævnet har i denne forbindelse lagt vægt på, at selskabet ikke på tidspunktet for dødsfaldet havde fået oplysninger, der gav mulighed for at fastsætte en eventuel méngrad og dermed fastslå eksistensen af et eventuelt krav på ménerstatning.'

I ankenævnskendelse nr. 101166 af den 3. april 2024 fik selskabet medhold i deres afvisning. Modsat nærværende sag, blev ansøgningen om udbetaling af engangsbeløbet ved kritisk sygdom i kendelse nr. 101166 først modtaget, efter forsikringstageren var afgået ved døden. Dette lagde nævnet vægt på.

Det sammen gjorde sig gældende i kendelse nr. 91550 af den 25. april 2018, hvor nævnet ikke kunne kritisere selskabets afvisning, da forsikringstagers ægtefælle ansøgte om udbetaling af engangsbeløb, efter at forsikringstager var afgået ved døden.

Nærværende sag adskiller sig fra ovenstående praksis, idet anmeldelsen er sket skriftligt inden forsikringstageren, er afgået ved døden.

Indklagede henviste i deres afvisning af den 7. marts 2024 til, at et krav på méngodtgørelse ikke kan rejses af de efterladte *efter* forsikredes død. Det er klageren enig i, jf. også kendelse nr. 88.650. Dette er dog heller ikke tilfældet i nærværende sag, idet skaden blev anmeldt den 25. september 2023, og forsikringstageren først afgik ved døden den 26. september 2023.

Kravet er – modsat ovenstående kendelser – anmeldt inden dødsfaldet. Indklagede havde dermed inden dødsfaldet fået oplysninger, der gav mulighed for at fastsætte en eventuel méngrad og dermed fastslå eksistensen af et eventuelt krav på ménerstatning.

At denne fastsættelse ikke er sket fra indklagedes side, kan og skal ikke komme forsikringstageren til ugunst.

Af indklagedes betingelser fremgår, at hjerneblødninger med diagnose I63 og I61 er omfattet af forsikringen. Forsikringstageren blev netop diagnosticeret med I61 – dybtliggende blødning i hjernehemisfære, jf. udskrivningsepikrise som fremlægges som **bilag 7**.

Der er intet i indklagedes betingelser som ansvarsfraskriver på det grundlag, som indklagede argumenterer for i deres afvisninger.

Det faktum, at indklagede ikke har nået at vurdere sagen inden afdødes død, kan ikke være relevant for sagens anerkendelse af erstatning. Hvis erstatningsretten foregik sådan, at folk skulle være status quo den tilstand de havde, som gjorde dem erstatningsberettiget, ville dette medføre, at skadelidte ville miste deres ret til erstatning, så snart deres tilstand ændrede sig.

Klager er indforstået med, at kravet ikke kan rejses efter afdødes død. Dette er dog heller ikke tilfældet. Kravet rejses den 25. september 2023."

Selskabet har den 9/1 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klagerens afdøde ægtefælle havde på skadestidspunktet personforsikring med vilkår 20T0. Vilkårene fremlægges som **bilag A**.

Sagen vedrører, at klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist dækning fra sygdomsdækningen. Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klagerens afdøde ægtefælle, ikke havde aktualiseret et krav forud for dødsfaldet.

Sagsfremstilling

Afdøde tegnede sygdomsdækning på sin personforsikring den 11. november 2022 med en karenperiode på 2 måneder.

Den 25. september 2023 modtog selskabet en telefonisk anmeldelse fra klageren om at afdøde havde fået en hjerneblødning. Vi bad samme dag om at få tilsendt journalmateriale til brug for sagens videre behandling. Selskabets brev til klageren af 25. september 2023 fremlægges som **bilag B**.

Afdøde døde den 26. september 2023.

Klageren sendte den 27. september 2023 journalnotat fra akutmodtagelsen til selskabet, der fremlægges som **bilag C**.

Selskabet afviste dækning den 20. oktober 2023. Selskabets første afgørelse fremlægges som **bilag D**.

Den 24. oktober 2023 fremsendte klageren en mail, hvor skifteretsattesten blandt andet var vedhæftet. Klagerens mail og skifteretsattest fremlægges som **bilag E**.

Klagerens advokat fremsendte en klage over selskabets afgørelse den 5. december 2023. Klagen fra klagerens advokat fremlægges som **bilag F**.

Den 22. december 2023 fastholdt selskabet sin afgørelse, der fremlægges som **bilag G**.

Klagerens advokat skrev til selskabet den 27. december 2023 og 9. januar 2024 og gjorde selskabet opmærksom på, at selskabet ikke havde vedhæftet de lægelige akter, som selskabet havde oplyst i bilag G, at de ville.

Selskabet sendte en kopi af de lægelige akter til klagerens advokat den 12. januar 2024 og beklagede, at de ikke var kommet med i første omgang.

Klagerens advokat fremsendte den 5. februar 2024, hvor klagerens advokat blandt andet oplyste, at han imødeså en begrundelse for selskabets afvisning. Brevet af 5. februar 2024 fremlægges som **bilag H**.

Den 7. marts 2024 fastholdt selskabet igen sin tidligere afgørelse, der fremlægges som **bilag I**.

Klagerens advokat fremsendte en ny henvendelse den 8. marts 2024, der fremlægges som **bilag J**.

Den 20. juni 2024 modtog selskabet yderligere henvendelse fra klagerens advokat, der fremlægges som **bilag K**.

Selskabet svarede klagerens advokats henvendelse den 27. juni 2024, der fremlægges som **bilag L**.

Klagerens advokat klagede til selskabets klageansvarlige afdeling, Kvalitet, den 8. juli 2024. Klagen til Kvalitet fremlægges som **bilag M**.

Kvalitetsafdelingen svarede den 5. september 2024. Svar fra Kvalitet fremlægges som **bilag N**.

Forsikringsbetingelser

Af forsikringsbetingelsernes punkt 4.2.1, fremgår det, at forsikringen dækker, hvis du får diagnosticeret en af de sygdomme, som er nævnt i tabellen i punkt 4.2.4.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 4.2.2, at forsikringen ikke dækker sygdom, der viser symptomer eller diagnosticeres før eller indenfor de første 2 måneder efter, at forsikringen trådte i kraft (karenstid).

Sygdomme omfattet af forsikring - under forudsætning af at øvrige betingelser opfyldt - er blandt andre hjerneblødning/blodprop i hjernen med diagnosekode I63 og I61, jf. forsikringsbetingelserne punkt 4.2.4, det er endvidere en betingelse, at blødningen eller blodproppen i hjernen, medfører blivende lammelser i ben eller arm eller taleforstyrrelser.

Selskabets vurdering

Klagerens advokat har i sin klage til nævnet anført, at klagerens krav var anmeldt inden dødsfaldet, hvorfor selskabet inden dødsfaldet havde fået oplysninger, der gav mulighed for at fastsætte en eventuel méngrad og dermed fastslå eksistensen af et eventuelt krav på ménerstatning.

Af forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, fremgår det, at:

'Forsikringsydelsen kan kræves betalt 14 dage efter, at selskabet har været i stand til at indhente de oplysninger, der er nødvendige til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse. Er det, forinden endelig opgørelse kan finde sted, givet, at selskabet i alt fald skal betale en del af det krævede beløb, kan denne del forlanges udbetalt efter bestemmelsen i 1. pkt.'

På baggrund af sagens oplysninger er det selskabets vurdering, at selskabet på tidspunktet for afdødes dødsfald ikke var i besiddelse af oplysninger, der gav mulighed for at fastslå, hvorvidt forsikringsbetingelserne var opfyldt forud for dødsfaldet.

Selskabet har i sin vurdering lagt vægt på, at det eneste, selskabet var i besiddelse af forud for afdødes dødsfald den 26. september 2023, var en telefonisk anmeldelse vedrørende afdødes sygdom.

Det er derfor selskabets opfattelse, at afdøde forud for sin død ikke havde aktualiseret et krav, idet selskabet på dødsfaldstidspunktet, ikke havde tilstrækkelige oplysninger, der gav mulighed for at fastslå, hvorvidt forsikringsbetingelserne var opfyldt blandt andet i forhold til, om sygdommen havde vist symptomer før sygdomsdækningen trådte i kraft eller om sygdommen ville have medført blivende lammelser i ben eller arm eller taleforstyrrelser, som er betingelser for dækning.

Udbetaling af godtgørelse på sygdomsdækningen er en personlig erstatning, som tilfalder den forsikrede i levende live, og dermed ikke falder i arv. Kravet kan således ikke rejses af de efterladte efter forsikredes død.

Selskabet bemærker, at der på sygdomsdækningen ikke fastsættes en méngrad, som ved vurdering af varigt mén. På sygdomsdækningen er der fastsat en given procent ud fra den pågældende sygdom, der udbetales til forsikrede, såfremt forsikringsbetingelserne er opfyldt, hvilket selskabet ikke har haft mulighed for at vurdere forud for afdødes død.

Det kan ikke føre til en ændret vurdering, at klagerens advokat har anført, at skaden var anmeldt til selskabet inden afdøde døde, idet anmeldelsen skete dagen før, afdøde døde og selskabet først den 27. september 2023 modtog et journalnotat fra den 22. september 2023, hvoraf det fremgik, at afdøde blev akut indlagt, hvilket var efter afdødes død.

Sammenfatning

Sammenfattende er det selskabets opfattelse, at klageren ikke er berettiget til udbetaling af mén-godtgørelse, idet afdøde forud for dødsfaldet ikke havde aktualiseret et krav mod forsikringen, der kunne falde i arv, jf. FAL § 24. Selskabet fastholder derfor sin afgørelse af sagen."

Klagerens advokat har i brev af 27/1 til nævnet bl.a. anført:

"Indklagede mener, at afdøde forud for sin død ikke havde aktualiseret et krav.

Det er klagers opfattelse, at afdøde ved hjerneblødningen den 21. september 2023 aktualiserede et krav. Det er ved pådragelsen af den skade, som er dækket af forsikringen, at kravet aktualiseres. Klager oplyste den 25. september 2023 indklagede om, at afdøde havde pådraget sig en hjerneblødning og forklarede ligeledes afdødes tilstand. Indklagede har dermed været i besiddelse af oplysninger herom samt om skadens alvor den 25. september 2023.

Det er klagers opfattelse, at trods erstatningen ikke er forfaldet til udbetaling inden afdødes død, så er kravet netop aktualiseret i afdødes levende live, og en eventuel senere udbetaling vil skulle ske til boet efter afdøde.

Den af indklagede fremlagte kendelse – Ankenævnskendelse af 29. november 2010 i sag nr. 77.736 – vedrører mén godtgørelse, hvorfor der i denne situation kræves omfattende materiale samt tid for at vurdere disse. Dette er ikke tilfældet i nærværende sag, idet forsikringen vedrører kritisk sygdom og ikke en mén godtgørelse. Klager mener på grund af ovenstående ikke, at Ankenævnskendelse i sag nr. 77.736 kan sammenlignes med nærværende sag.

Som indklagede bemærker i svarskriftet, så skal der på sygdomsdækningen ikke fastsættes en méngrad, som ved vurdering af varigt mén. På sygdomsdækningen er der fastsat en given procent ud fra den pågældende sygdom, der udbetales til forsikrede, såfremt forsikringsbetingelserne er opfyldt.

Da klager den 25. september 2023 anmeldte hjerneblødningen telefonisk til indklagede, forklarede klager ligeledes at afdøde var blevet lam i den ene side af kroppen og at han ikke kunne bevæge sig. Indklagede meddelte herved i samtalen den 25. september 2023, at udbetaling af forsikringssummen efter det oplyste kunne gennemføres.

Indklagede oplyste *ikke*, hverken telefonisk eller ved efterfølgende mail, klager om, at det anmodede journalmateriale var nødvendigt at fremskaffe hurtigst muligt, eller i hvert fald inden afdødes død, for at forsikringen kunne træde i kraft.

Da forsikringsbetingelserne er opfyldt, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 4.2.4, og indklagede har haft tilstrækkelige oplysninger til at vurdere dette inden afdødes død, er indklagede forpligtiget til at udbetale forsikringssummen til boet efter afdøde.

Som det fremgår af den i sagen fremlagte korrespondance mellem klager og indklagede, er indklagede kommet med mange forskellige begrundelser for, hvorfor der ikke skal ske udbetaling af forsikringsydelsen. Klager anser dog kun de punkter som indklagede har medtaget i sit svarskrift som relevante, hvorfor klager ikke kommenterer på indklagedes yderligere begrundelser."

Selskabet har i brev af 13/3 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Klagerens advokat har i sit svar af 27. januar 2025 anført, at klageren oplyste til selskabet den 25. september 2023, at afdøde havde pådraget sig en hjerneblødning og forklarede ligeledes afdødes tilstand. Det er derfor klagerens advokats opfattelse, at selskabet den 25. september 2023 var i besiddelse af oplysninger herom samt om skadens alvor.

Selskabet fastholder, at selskabet på dødsfaldstidspunktet ikke havde været i stand til at indhente de oplysninger, der var nødvendige til bedømmelse af forsikringsbegivenheden, idet selskabet den 25. september 2023 kun havde modtaget en telefonisk anmeldelse fra klageren om at afdøde havde fået en hjerneblødning og samme dag bedt om at få tilsendt journalmateriale til brug for sagens videre behandling.

Afdøde døde den 26. september 2023.

Klageren sendte den 27. september 2023 journalnotat fra akutmodtagelsen til selskabet.

Det er derfor selskabets vurdering, at selskabet ikke havde været i stand til at indhente de oplysninger, der var nødvendige til bedømmelse af forsikringsbegivenheden, idet afdøde døde dagen

efter, at selskabet modtog telefonisk anmeldelse af sygdommen og bedt om yderligere oplysninger, og selskabet først modtog journalmaterialet efter afdødes død."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af e-mail fra selskabet til klageren af 25/9 2023 fremgår bl.a.:

"Som aftalt sender vi dig en mail, du har mulighed for at besvare med det journalmateriale der er fra hændelsen i fredags. Vi ønsker jer alt det bedste."

Af journalnotat printet den 25/9 2023 fremgår bl.a.:

"Modtages som trombolysekandidat.

Aktuelt

Tidligere rask mand som stadig er erhvervsaktiv. Debut kl 11.15 med pludseligt indsættende venstresidig svær parese af arm og ben samt hængende venstre mundvig og dysartri. Ankommer i FAM kl 11.55. Her også indtryk af neglect mod venstre. NIHSS 13. Modtages direkte i CT skanneren.

Tom CT viser stor parenkymbldning højresidigt i basalganglierne.

Midtlinje forskydning. Opringning til neurokirurgisk BV kl. 12.12. De har ingen tilbud til patienten. BT 240/120

Der påsættes minitran og blodtrykket falder til 195/108

Suppleres med Trandate og falder 195/92

...

Objektiv undersøgelse standard

Neurologisk: Vågen, fuldt orienteret. Angiver været træt og falder let hen. Åbner dog øjnene spontant. GCS 15

Normalt sprog. Talen er dysartrisk.

Der ses udtalt central facialisparese venstresidigt.

Patienten kan bevæge venstre arm men ikke holde den fra lejet.

Ligeledes bevægelse i venstre ben som ikke kan løftes fra lejet. Angiver nedsat sensibilitet for berøring. Derudover orienterer patient sig kun mod højre. Svarer ikke på tiltale når man står på venstre side. Der er også inattention.

EKG beskrivelse

EKG foretaget den: 23.09.23

Sinus bradykardi. 1 grads AV blok.

Konklusion og plan

Stor spontant i ICH formentlig på baggrund af hypertension. Intet neurologisk tilbud. GCS 15 men træt.

Hypertension som er svær at korrigere. Der er givet i alt 40 mg trandate.

BT ved overflytning til afdeling 149/94

Da patienten er meget bradykard på telen. Ned til p 45 ordineres

Telemtri i forbindelse med trandatebehandling

Patienten indlægges i afdelingen i CH regime. Ved fald i GCS på 2 eller derover kontakt til FV. Patientens hustru informeret om planen og fælles beslutningstagen"

Af e-mail fra klageren til selskabet af 27/9 2023 fremgår bl.a.:

"Hermed et billede af journal fra da [ægtefælle] kommer ind i fredags på akutmodtagelsen.

Giv endelig lyd, hvis du skal bruge mere."

Af epikrise af 28/9 2023 fremgår bl.a.:

"Aktionsdiagnose

DI610A Dybtliggende blødning i hjernehemisfære

Epikrise:

Resumé af behandlingsforløb

... mand der forud for aktuelle har været fuldstændig rask. Får ingen medicin.

Indlægges 22. september med pludselig opstået venstre hemiparese.

CT-scanning af hjerne viser blødningen i capsula interna og basalganglier på højre side.

Behandles efter vores vanlige retningslinjer ift. forebyggelse af reblødning.

23. september udvikler han pludselig forværring og en ny scanning viser tegn på reblødning.

Man afstår, på baggrund af udsigt til svære blivende udfald fra operativ behandling.

Tilstanden forværres og han afgang ved døden d. 26. september kl. ..."

Af selskabets brev til klagerens advokat af 5/9 2024 fremgår bl.a.:

"Sygdomme omfattet af forsikring - under forudsætning af at øvrige betingelser opfyldt - er blandt andre hjerneblødning/blodprop i hjernen med diagnosekode I63 og I61, jf. forsikringsbetingelserne punkt 4.2.4, det er endvidere en betingelse, at blødningen eller blodproppen i hjernen, medfører blivende lammelser i ben eller arm eller taleforstyrrelser.

På baggrund af sagens oplysninger er det vores vurdering, at vi på tidspunktet for dødsfaldet ikke var i besiddelse af oplysninger, der gav mulighed for fastslå, hvorvidt forsikringsbetingelserne var opfyldt forud for dødsfaldet.

Ved vurderingen har vi lagt vægt på, at vi forud for dødsfaldet den 26. september 2023 alene havde modtaget en telefonisk anmeldelse vedrørende afdødes sygdom. Det er derfor vores opfattelse, at vi på dødsfaldstidspunktet ikke havde haft oplysninger, der gav mulighed for at fastslå, hvorvidt forsikringsbetingelserne var opfyldt herunder blandt andet, hvorvidt hjerneblødningen ville have medført blivende lammelser i ben eller arm eller taleforstyrrelser.

Det kan ikke føre til en ændret vurdering, at vi den 27. september 2023 - efter dødsfaldet - modtog et journalnotat fra den 22. september 2023, hvor afdøde blev akut indlagt.

Vi bemærker, at udbetaling af godtgørelse på sygdomsdækningen er en personlig erstatning, som tilfalder den forsikrede i levende live, og dermed ikke falder i arv. Et krav på méngodtgørelse kan derfor ikke rejses af de efterladte efter forsikredes død.

Vores vurdering af sagen er efter vores opfattelse i overensstemmelse med praksis fra Ankenævnet for Forsikring. Vi henviser i den forbindelse til Ankenævnets afgørelse i sagen 77736, som er vedhæftet i dette svar

'I sagen klagede klageren over afvisning af invaliditetserstatning i forbindelse med et ulykkestilfælde. Klagerens søn var den 21. august 2008 involveret i et færdselsuheld, og blev indlagt på hospitalet senere samme dag. Klagerens søn afgik ved døden den 22. oktober 2008.

Nævnet fandt, at selskabet modtog skadesanmeldelsen den 14/10 2008, og at klagers søn afgik ved døden otte dage senere. På dette tidspunkt havde selskabet kun modtaget journaludskrift fra ét af de tre behandlende hospitaler, og var således alene i besiddelse af lægelige oplysninger for perioden 21/9 2008 – 26/9 2008. På denne baggrund fandt nævnet, at selskabet på tidspunktet for klagers søns død ikke var i besiddelse af tilstrækkelige oplysninger til at fastslå eksistensen af et eventuelt, foreløbigt erstatningskrav.

Erstatningen var således ikke forfaldet på tidspunktet for klagers søns død, jf. forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, og der forelå derfor ikke et erstatningskrav, der kunne falde i arv til klager.'

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"4.2 Sygdom

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

...

Sygdom	Erstatning i procent af forsikringssummen
Apopleksi (hjerneblødning/blodprop i hjernen), diagnosekode I63 og I61 Blødning eller blodprop i hjernen, der medfører blivende lammelser i ben eller arm eller taleforstyrrelser. Skaden skal påvises ved CT- eller MR-scanning.	25 %

"

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte telefonisk den 25/9 2023, at ægtefællen havde fået en hjerneblødning den 22/9 2023. Ægtefællen døde den 26/9 2023. Klageren ønsker, at selskabet betaler erstatning for sygdom. Selskabet har afvist at betale erstatning med henvisning til, at ægtefællen ikke havde et aktualiseret krav mod forsikringen.

Selskabet har anført, at afdøde forud for dødsfaldet ikke havde aktualiseret et krav mod forsikringen, der kunne falde i arv, jf. forsikringsaftalelovens § 24. Selskabet har anført, at udbetaling af sygdomsdækningen er en personlig erstatning, som tilfalder den forsikrede i levende live, og dermed ikke falder i arv. Selskabet har anført, at selskabet på dødsfaldstidspunktet ikke var i besiddelse af oplysninger, der gav selskabet mulighed for at fastslå, om forsikringsbetingelserne var opfyldt forud for dødsfaldet – bl.a. fordi det er et krav, dels at sygdommen ikke må have vist symptomer, før sygdomsdækningen trådte i kraft, dels fordi sygdommen skal have medført blivende lammelser i ben eller arme eller taleforstyrrelser. Selskabet har anført, at det eneste selskabet var i besiddelse af – da ægtefællen døde – var den telefoniske anmeldelse. Selskabet modtog først journalmaterialet efter ægtefællens død.

Klageren har anført, at forsikringsbetingelserne ikke indeholder begrænsning i forhold til, hvis forsikringstageren efterfølgende afgår ved døden. Klageren har anført, at kravet blev aktualiseret den 25/9 2023, hvor ægtefællen var i live, og at en senere udbetaling skal ske til boet. Klageren har anført, at hun den 25/9 2023 oplyste selskabet om, at ægtefællen havde fået en hjerneblødning, og forklarede om ægtefællens tilstand. Klageren har anført, at der ikke har været uenighed om, at ægtefællens sygdomskriterie for en hjerneblødning har været opfyldt, og at der modsat fastsættelsen af en méngrad, alene fastsættes en given procent ud fra den pågældende sygdom som forsikringstageren pådrager sig ved en sygdomsdækning. Klageren har anført, at det faktum – at selskabet ikke nåede at vurdere sagen inden ægtefællens død – ikke er relevant for anerkendelsen af en erstatning, hvorfor dette ikke bør komme klageren til ugunst. Klageren har anført, at selskabet hverken telefonisk eller i mailen informerede klageren om, at "det anmodede journalmateriale var nødvendigt at fremskaffe hurtigst muligt, eller i hvert fald inden afdødes død, for at forsikringen kunne træde i kraft".

Det fremgår af mail fra selskabet til klageren af 25/9 2023: "Som aftalt sender vi dig en mail, du har mulighed for at besvare med det journalmateriale der er fra hændelsen i fredags. Vi ønsker jer alt det bedste".

Det fremgår af journalnotat printet den 25/9 2023, at ægtefællen "Modtages som trombolyse-kandidat. Aktuelt. Tidligere rask mand som stadig er erhvervsaktiv. Debut kl 11.15 med pludseligt indsættende venstresidig svær parese af arm og ben samt hængende venstre mundvig og dysartri. Ankommer i FAM kl 11.55. Her også indtryk af neglect mod venstre. NIHSS 13. Modtages direkte i CT skanneren. Tom CT viser stor parenkymbldning højresidigt i basalganglierne ... Der ses udtalt central facialisparese venstresidigt. Patienten kan bevæge venstre arm men ikke holde den fra lejet. Ligeledes bevægelse i venstre ben som ikke kan løftes fra lejet. Angiver nedsat sensibilitet for berøring. Derudover orienterer patient sig kun mod højre. Svarer ikke på tiltale når man står på venstre side. Der er også inattention".

Det fremgår af mail fra klageren til selskabet af 27/9 2023: "Hermed et billede af journal fra da [ægtefælle] kommer ind i fredags på akutmodtagelsen. Giv endelig lyd, hvis du skal bruge mere".

Det fremgår af epikrise af 28/9 2023: "Aktionsdiagnose. DI610A Dybtliggende blødning i hjernehemisfære. Epikrise: Resumé af behandlingsforløb... mand der forud for aktuelle har været fuldstændig rask. Får ingen medicin. Indlægges 22. september med pludselig opstået venstre hemiparese. CT-scanning af hjerne viser blødningen i capsula interna og basalganglier på højre side. Behandles efter vores vanlige retningslinjer ift. forebyggelse af reblødning. 23. september udvikler han pludselig forværring og en ny scanning viser tegn på reblødning. Man afstår, på baggrund af udsigt til svære blivende udfald fra operativ behandling. Tilstanden forværres og han afdør ved døden d. 26. september".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 4.2.1, at forsikringen dækker, hvis der bliver diagnosticeret en af de sygdomme, der er nævnt i tabellen i punkt 4.2.4. Det fremgår af punkt 4.2.4, at følgende sygdom er omfattet af forsikringen: "Apopleksi (hjerneblødning/blodprop i hjernen), diagnosekode I63 og I61. Blødning eller blodprop i hjernen, der medfører blivende lammelser i ben eller arm eller taleforstyrrelser. Skaden skal påvises ved CT- eller MR-scanning". Den procentvise erstatning er 25 % af forsikringssummen.

Ankenævnet for Forsikring

13.

102669

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at betale forsikringssummen for sygdom, idet ægtefællen forud for dødsfaldet ikke havde et aktualiseret krav mod forsikringen, som kan falde i arv, jf. forsikringsaftalelovens § 24.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet – forud for dødsfaldet – alene havde modtaget skadesanmeldelse den 25/9 2023, som ikke indeholder tilstrækkelige oplysninger til at selskabet kunne fastslå, om forsikringsbetingelsernes krav (om blandt andet blivende lammelser i ben eller arm eller taleforstyrrelser) var opfyldt forud for dødsfaldet den 26/9 2023.

Nævnet har ikke grundlag for at statuere, at selskabet skulle have gjort klageren opmærksom på, at der hurtigt skulle indsendes mere dokumentation for – i tilfælde af dødsfald – at kunne få etableret et aktualiseret krav mod forsikringen.

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