

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 9. april 2025 blev i sag nr. 102763:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Bernstorffsgade 40
1577 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 15/12 2024 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Har anmeldt Kritisk sygdom til Danica som har overtaget forsikringen vedr. kritisk sygdom fra [andet forsikringsselskab] i 2024.

Har efterfølgende fået afslag på dækning begrundet i, at der tidligere har været observation på mit hjerte, hvor man har observeret en let aorta insufficiens.

Forsikringen blev oprindelig tegnet ved [andet forsikringsselskab] 2007 og [andet forsikringsselskab] var gjort bekendt med ovenstående dvs. hos [andet forsikringsselskab] var dette kendt og dokumenteret. [Andet forsikringsselskab] har forsikret mig om at jeg vil være dækket af kritisk sygdom på normale vilkår - se bl.a. vedhæftede mailkorrespondance.

Pointen er at jeg ikke fået stillet selve diagnosen at skulle have ny hjerteklap - før i maj 2024. En vigtig pointe er også at på tidspunktet for tegningen af forsikringen var let aortainsufficiens at betragte som en godartet tilstand. Det skal hertil bemærkes, at let aorta insufficiens er en hyppig observation i baggrundsbefolkningen. Jævnfør nationale og internationale retningslinjer kunne kontrollerne have været afsluttet ved stationære forhold efter 3 år (<https://nbv.cardio.dk/hjerteklapsygdom>).

Danica afviser skaden med begrundelse i betingelserne og ikke i den lægelige vurdering som jeg har bedt om, dvs. ønsket om denne vurdering er ikke blevet imødekommet.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Udbetaling af forsikring vedr. kritisk sygdom."

Selskabet har den 30/1 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Hvilken forsikring er der tale om?

Klager var forud for ordningen i Danica omfattet af en ordning hos [andet forsikringsselskab] ... fra 2007 og frem til leverandørskifte til Danica pr. 1. januar 2024.

Forsikringen i [andet forsikringsselskab] yder dækning med udbetaling af et engangsbeløb, hvis der stilles en dækningsberettigende diagnose i forsikringstiden, og øvrige kriterier for udbetaling er opfyldt. For ordningen gælder bl.a. [andet forsikringsselskabs] almindelige forsikringsbetingelser nr. KSS001 pr. 1. januar 2022 (**bilag A**).

Ved leverandørskifte overgik klager til at have ordning i Danica pr. 1. januar 2024. E-mail af 1. december 2023 vedrørende leverandørskifte samt klagers samtykke til overførsel af 21. januar 2024 vedlægges som **bilag B**.

Ved rådgivningssamtale af 17. januar 2024 hævdede klager sin dækning ved visse kritiske sygdomme med virkning pr. 1. februar 2024. Brev af 17. januar 2024, brev af 23. januar 2024 vedrørende ændringer af klagers ordning samt dækningsoversigt pr. 1. februar 2024 fremlægges samlet som **bilag C**.

Klager fik tilsendt Danicas almindelige forsikringsbetingelser nr. 110-78 henholdsvis pr. 1. januar 2024 og pr. 1. maj 2024. Forsikringsbetingelser pr. 1. januar 2024, kort overblik samt dækningsoversigt pr. 1. januar 2024 fremlægges som **bilag D** og forsikringsbetingelser pr. 1. maj 2024, kort overblik samt dækningsoversigt pr. 1. maj 2024 fremlægges som **bilag E**.

Forsikringen i Danica yder ligeledes dækning med udbetaling af et engangsbeløb, hvis der stilles en dækningsberettigende diagnose i forsikringstiden, og øvrige kriterier for udbetaling er opfyldt.

Hvori består uenigheden?

Sagen angår, om klager har ret til dækning ved visse kritiske sygdomme ved punkt '5. Operation af hjerteklapsygdom'.

Klager mener, at han har ret til udbetaling ved visse kritiske sygdomme. Klager har anført, at '*Pointen er at jeg ikke fået stillet selve diagnosen at skulle have ny hjerteklap - før i maj 2024*'. Klager har anført, at på tidspunktet for tegningen var hans sygdom - aortainsufficiens - en godartet tilstand. Klager mener, at let aortainsufficiens er en hyppig observation i baggrundsbefolkningen, og at kontrollerne kunne have været afsluttet ved stationære forhold efter 3 år. Han mener, at Danica skulle have foretaget en lægelig vurdering. Klager har anført, at [andet forsikringsselskab] forsikrede ham om, at han ville være dækket af kritisk sygdom på normale vilkår.

Det er Danicas opfattelse, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme, fordi han ikke har fået stillet en dækningsberettigende diagnose i forsikringstiden.

Sagsfremstilling

Den 18. oktober 2002 noterede speciallæge i kardiologi, at ekkokardiografi viste *'Der ses en let til moderat udtalt aortainsufficiens med et lateralt bagudrettet returjet til LV'* (Klagers bilag '18.10.2002 journaludskrift').

Den 13. oktober 2004 noterede speciallæge i kardiologi, at klager havde let aortainsufficiens (klagers bilag '13.10.2004 journaludskrift').

Den 10. oktober 2006 noterede speciallægen, at *'Graden af aortainsufficiensen bedømmes Uændret'* (klagers bilag '10.10.2006 journaludskrift').

I 2007 blev klageren omfattet af en ordning i [andet forsikringsselskab].

Pr. 1. januar 2024 blev klagerens ordning leverandørskiftet til Danica (bilag B, side 1 og side 3).

Den 27. maj 2024 blev klageren vurderet på hjerteklapkonference på ...hospital og lægen noterede, at *'Problemstillingen er svær aortainsufficiens. Præsentationen fulgt siden 2002 for asymptomatisk aortainsufficiens'* (**bilag F, side 3**).

Ved anmeldelse den 28. maj 2024 ansøgte klager om udbetaling ved visse kritiske sygdomme grundet operation af hjerteklapsygdom (**bilag G**). Klager angav diagnosedatoen til den 27. maj 2024.

Til brug for behandling af ansøgningen indhentede Danica journaloplysninger fra ...hospital (bilag F).

Den 28. juni 2024 vurderede Danica, at betingelserne for udbetaling fra klagers forsikring ved visse kritiske sygdomme ikke var opfyldt og gav afslag for udbetaling af forsikringssummen (klagers bilag "Danica Skadeafdeling_1 afsalg_28.06.2024"). Afslaget blev begrundet med, at klager ikke opfyldte kriterierne for udbetaling efter punkt 5. operation af hjerteklapsygdom, idet klager var kendt med asymptomatisk aortainsufficiens, før han blev omfattet af ordningen i Danica pr. 1. januar 2024.

Klager var ikke enig i afgørelsen og klagede via sin arbejdsgiver over afgørelsen. Klager anførte, at han efter indsendelse af helbredsoplysninger, ikke fik udstedt nogen klausuler på sine forsikringsdækninger hos [andet forsikringsselskab], at han ville have være berettiget til udbetaling ved visse kritiske sygdomme, hvis han var blevet hos [andet forsikringsselskab], samt at aortainsufficiens blev opdaget ved en tilfældighed i 2002 (klagers bilag 'Danica Skadeafdeling_2 afsalg_28.08.2024'). Som **bilag H** fremlægges samlet Danicas breve til klager af 31. juli 2024 og af 5. august 2024.

Den 5. august 2024 anmodede selskabet klager om at indsende forsikringsbetingelser fra [andet forsikringsselskab] fra oprettelsen og efterfølgende tillæg (bilag H, side 2).

Den 14. august 2024 oplyste klager både pr. e-mail og pr. telefon, at han ikke kunne fremskaffe forsikringsbetingelser fra [andet forsikringsselskab] fra 2007, men at han kunne skaffe de senest gældende forsikringsbetingelser fra 2022. Klagers e-mail af 14. august 2024 fremlægges som **bilag I**. Det fremgår af telefonnotat af 14. august 2024:

'[Klageren] ringer og oplyser at han ikke kan fremskaffe forsikringsbetingelser fra 2007. Han kan fremskaffe de senest gældende betingelser fra 2022 fra [andet forsikringsselskab], og disse vil han indsende til os.'

Den 15. august 2024 sendte klager forsikringsbetingelser fra [andet forsikringsselskab] gældende pr. 1. januar 2022 (Bilag A) samt e-mails fra Nordea Liv & Pension af 1. oktober 2007 (klagers bilag '28-09-2007_Mail med bekræftelse på fuld forsikring') og af 5. september 2011 (klagers bilag '05.09.2011_Pension - Antagelse på normale vilkår').

Det fremgår af e-mail af 1. oktober 2007, at
'Jeg skriver til dig, da jeg i går modtog materiale fra vores hovedkontor omkring tilbud om pension til dig.

Dette vil du modtage med posten i morgen. Det materiale du modtager fra os er delt op i forskellige 'afsnit'.

Og hvis jeg var kunde tror jeg, at jeg vil blive lidt forvirret.

Det er derfor jeg lige skriver til dig, så du får en 'dansk' forklaring fra mig.

Pga. de oplysninger du har givet os omkring dit helbred er der kommet en klausul mht. den indbetaling der kommer til at overstige 13% - de obl. 3% og de ekstra 10%. De 13% er det man i materialet refererer til som bunddækninger.

Udover de 13% blev vi enige om, at du skulle indbetale ekstra 5,7%. Det er disse 5,7% der er kommet klausulen på.

Klausulen der bliver påsat omkring de 5,7% betyder, at der ikke bliver præmiefritagelse for de 5,7%, hvis du bliver sygemeldt. Så bliver du sygemeldt vil Nordea Liv og Pension 'blot' gå ind og lave præmiefritagelse for de 13%.

Klausulen har med andre ord IKKE nogen negativ indflydelse på din forsikringsdækning.

Denne bliver som vi to aftalte.'

Det fremgår af e-mail af 5. september 2011, at

'Jeg vender lige tilbage mht. indbetaling på max 100.000 kr.

Jeg har talt med vores hovedkontor som oplyser at du er antaget på normale vilkår...altså at der ikke er skærperelser rent helbredsmæssigt. Så det er da en god ting :)'

Den 28. august 2024 fastholdt selskabet, at klager ikke var berettiget til udbetaling, idet klager havde fået stillet diagnosen aortainsufficiens i 2002, hvilket både var før, at han blev omfattet af ordningen i [andet forsikringsselskab] og af ordningen i Danica (klagers bilag 'Danica Skadeafdeling_2 afsalg_28.08.2024').

Den 13. september 2024 klagede klager over afgørelsen til selskabets klageansvarlige (klagers bilag '13.09.2024_Klage sendt til Danica Pension fredag d').

Den 24. september 2024 fastholdt den klageansvarlige i Danica, at klager ikke var berettiget til udbetaling med henvisning til, at det fremgik af forsikringsbetingelserne såvel i [andet forsikringsselskab] som i Danica, at der ikke er dækning for en kritisk sygdom - som ellers dækkes af forsikringen - hvis diagnosen af den kritiske sygdom er stillet, før klager blev omfattet af forsikringen (klagers bilag 'Danica Skadeafdeling_3 afsalg_24.09.2024').

Den 7. oktober 2024 forelagde selskabet sagen for selskabets interne medicinske lægekonsulent,

som vurderede:

'Diagnosen aortainsufficiens har været kendt i mange år før tegningen skete. At der er sket en forværring senere er underordnet. Sygdommen indbære jo en risiko for forværring. Derfor helt enig din vurdering'.

Den 4. november 2024 klagede klagers arbejdsgiver over afgørelsen. Arbejdsgiveren vedlagde opsummering fra speciallæge i hjertesygdomme af 1. november 2024. Arbejdsgiverens e-mail af 4. november 2024 samt opsummering fra speciallægen vedlægges samlet som **bilag J**.

Den 11. november 2024 fastholdt selskabet, at klager ikke har ret til udbetaling (klagers bilag 'Danica Skadeafdeling_4 afsalg_11.11.2024').

Sagen er efterfølgende indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Forsikringsbetingelserne

Danicas forsikringsbetingelser

Af forsikringsbetingelser nr. 110-78 – såvel gældende pr. 1. januar 2024 som pr. 1. maj 2024 – fremgår det, at operation af hjerteklapsygdom kan være dækket af forsikring ved visse kritiske sygdomme. Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5, at *"Forsikringen dækker, hvis den forsikrede har fået indopereret en kunstig eller biologisk hjerteklap på grund af en hjerteklapsygdom. Hvis sygdommen var kendt, da dækningen blev oprettet, dækker forsikringen ikke"*. Det fremgår videre af afsnittet *"Før vi udbetaler dækning ved kritisk sygdom"*, at det er en betingelse for udbetaling, at diagnosen stilles efter forsikringen er trådt i kraft (bilag D, side 21, 28 og 31 og bilag E, side 22, 30 og 32).

[Andet forsikringsselskabs] forsikringsbetingelser

Det fremgår af [andet forsikringsselskabs] Almindelige Forsikringsbetingelser af 1. januar 2022, at aortasygdom (sygdom i hovedpulsåren) kan være dækket af forsikring ved visse kritiske sygdomme (bilag A, side 3). Det fremgår af § 2 F, at forsikringen omfatter *'Aortaaneurisme (eventuelt med ruptur), aortadisektion eller aortaokklusion enten i bryst eller maveregionen. Dækningen omfatter den thorakale og den abdominale aorta men ikke dens grene. Krav: Diagnosen skal være stillet ved enten ultralyd af abdomen, ekkokardiografi, CT-scanning, MR-scanning eller eventuelt ved aortografi. Aorta skal være udvidet lokalt til over 5 cm i diameter, eller der skal være en ruptur i aortas indre lag med blødning ind i aortavæggen. Aortaokklusionen diagnosticeres på de kliniske fund og aortografi eller MR-angiografi'*.

Det fremgår af § 3, at *"Har forsikrede inden forsikringstidens begyndelse fået diagnosticeret (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen) eller modtaget behandling for en af de kritiske sygdomme, som dækkes af forsikringen, omfatter forsikringsdækningen ikke den/de pågældende kritiske sygdomme"* (bilag A, side 7).

Selskabets begrundelse for at fastholde afgørelsen

Det er Danicas opfattelse, at betingelserne for udbetaling ved visse kritiske sygdomme ikke er opfyldt, og at selskabet med rette har afvist udbetaling, idet klager fik stillet diagnosen aortainsufficiens inden forsikringen trådte i kraft - såvel i [andet forsikringsselskab] som i Danica.

Klager blev indtegnet i [andet forsikringsselskab] i 2007 og blev leverandørskiftet til Danica pr. 1. januar 2024. Han fik stillet diagnosen let til moderat aortainsufficiens den 18. oktober 2002 (Klagers bilag '18.10.2002 journaludskrift'). Diagnosen er således stillet forud for forsikringstiden.

Det fremgår af Danicas forsikringsbetingelser nr. 110-78 såvel af 1. januar 2024 som af 1. maj 2024, at forsikringen ikke dækker sygdomme, som var kendt, da dækningen blev oprettet, og at det er en betingelse for udbetaling, at diagnosen stilles efter at forsikringen er trådt i kraft, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 5 og afsnittet 'Før vi udbetaler dækning ved kritisk sygdom' (bilag D, side 21, 28 og 31 og bilag E, side 22, 30 og 32).

Det fremgår ligeledes af § 3 i [andet forsikringsselskabs] Almindelige Forsikringsbetingelser af 1. januar 2022, at forsikringen ikke dækker sygdom, som er diagnosticeret inden forsikringstidens begyndelse (bilag A, side 7).

Selskabet bemærker, at selskabet er opmærksom på, at der alene foreligger forsikringsbetingelser fra [andet forsikringsselskab] fra 1. januar 2022 og frem. Det har alene har været muligt at fremskaffe [andet forsikringsselskabs] forsikringsbetingelser fra denne dato. Det er selskabets opfattelse, at dette ikke har betydning for sagens udfald, da betingelse om at diagnosen på en dækningsberettigende sygdom skal stilles i forsikringstiden, er et sædvanligt vilkår ved dækning for visse kritiske sygdomme.

Klager har anført, at han ikke har *"fået stillet selve diagnosen at skulle have ny hjerteklap - før i maj 2024"*. Det er selskabets opfattelse, at det forhold, at klager i maj 2024 blev vurderet på hjerteklapkonference, ikke kan føre til, at han har ret til dækning. Der er tale om progression af aortainsufficiens, som blev diagnosticeret allerede i 2002.

Klager har anført, at *'Danica afviser skaden med begrundelse i betingelserne og ikke i den lægelige vurdering som jeg har bedt om, dvs. ønsket om denne vurdering er ikke blevet imødekommet'*.

Selskabet bemærker hertil, at selskabet for god ordens skyld forelagde sagen for en intern lægekonsulent den 7. oktober 2024, som bekræftede, at klager fik stillet diagnosen aortainsufficiens før indtegningen, og at der er tale om en forværring af samme sygdom. Det fremgår af den interne lægeudtalelse, at *'Diagnosen aortainsufficiens har været kendt i mange år før tegningen skete. At der er sket en forværring senere er underordnet'*.

Klager har anført, at [andet forsikringsselskab] var bekendt med, at han led af aortainsufficiens, og at [andet forsikringsselskab] forsikrede ham om, at han ville være dækket af kritisk sygdom på normale vilkår.

Selskabet bemærker hertil, at klageren blev indtegnet på normale vilkår uden klausul på sin forsikringsdækning ved kritisk sygdom. Selskabet bemærker, at den klausul, som der henvises til i e-mail af 1/10 2007 (klagers bilag "28-09-2007_Mail med bekræftelse på fuld forsikring"), ikke vedrører klagers forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme. Som tidligere nævnt, er det et sædvanligt vilkår, at der ikke er dækning for sygdomme, hvor diagnosen stilles inden forsikringen træder i kraft.

Selskabet bemærker i øvrigt, at det er klager, som skal bevise, at selskabet har handlet ansvarspådragende eller har handlet på en sådan måde, at klager har fået en berettiget forventning om at have ret til dækning, uanset at han fik stillet diagnosen forud for forsikringens ikrafttræden.

Det er selskabets opfattelse, at klager ikke har dokumenteret, at [andet forsikringsselskab] skulle have givet klager en berettiget forventning eller et dækningstilsagn om, at han kunne få udbetaling ved visse kritiske sygdomme – uanset at han forud for forsikringstiden havde fået stillet diagnosen aortainsufficiens.

Konklusion

Selskabet fastholder på den baggrund, at betingelserne for udbetaling ved visse kritiske sygdomme ikke er opfyldt, og at selskabet med rette har afvist udbetaling, idet klager fik stillet diagnosen aortainsufficiens inden forsikringen trådte i kraft."

Klageren har i brev af 9/2 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg fastholder min klage idet den lette aortainsufficiens på tidspunktet for tegningen af forsikringen var at betragte som en godartet tilstand. Kontrollerne kunne have været afsluttet ved stationære forhold efter 3 år (<https://nbv.cardio.dk/hjerteklapsygdome>)jævnfør nationale og internationale retningslinjer.

De stationære forhold dokumenteres i de fremsendte journaludskrifter:

- 18.10.2002_journaludskrift
- 19.10.2004_journaludskrift
- 10.10.2006_journaludskrift
- 14.10.2008_journaludskrift
- 26.10.2010_journaludskrift

I journaludskrifterne '18.10.2002_journaludskrift' og '19.10.2004_journaludskrift' vurderes det:

VURDERING: Pts elektrokardiografiske lette LV-hypertrofi,skyldes formentlig den lette dilatation af LV som må ses på baggrund af at han ... Dette giver typisk en let LV-dilatationuden hypertrofi. LV virker ikke hypodynamisk og der er ingen øget slutsystolisk diameter og der synes derfor ikke at være nogen hæmodynamisk konsekvens af den lette aortainsufficiens.

Ligeledes vil jeg gøre opmærksom på, at en let aortainsufficiens er en hyppig observation i baggrundsbefolkningen.

Grundet ovenstående er der derfor tale om en uforventelig udvikling, som kan ske for andre som jeg vil være ligestillet med på tidspunktet for tegningen af forsikringen. På tidspunktet for tegningen af forsikringen havde jeg ikke en kritisk sygdom og det kan man heller ikke have i 22 år.

Endelig vil jeg gøre opmærksom på, at det var ved en tilfældighed, at den lette aortainsufficiens blev fundet. Det skete i forbindelse med en undersøgelse, efter at have været tæt på lynnedslag. Med baggrund i ovenstående fastholdes min klage."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Det fremgår af skadeanmeldelsen:

"Hvad hedder lidelsen?

Ankenævnet *for* Forsikring

8.

102763

Operation af hjerteklapsygdom

Hvornår mærkede du de første symptomer på sygdommen?

Mindre end 3 måneder siden

Hvornår blev diagnosen stillet?

27. maj 2024

...

Har du tidligere haft den samme lidelse?

Nej

Har du særlige bemærkninger eller kommentarer?

På 1. spørgsmål blev jeg spurgt om hvornår jeg mærkede de første symptomer. Jeg har ikke tidligere følt nogle symptomer og gør det heller ikke nu. Tirsdag d. 14/5 henviste Speciallæge ... mig til hjerte CT scanning."

Det fremgår af journalen:

"18/10 2002

Søgte læge fordi han primo August blev ramt af et lyn.
Var ikke bevidstløs.

Ekg gav mistanke om LV-hypertrofi.

Han er nu fuldstændig velbefindende ...

...

EKG:SR,normal akse,der er let hypertrofi,ingen belastning eller iscæmi.
ECCOCARDIOGRAFI:LV er grænsedilateret med slutdiastolisk diameter på 59 mm.Ingen hypertrofi af LV. Der er fin kinetik i alle afsnit og normal EF på 70 %. Normal atriestørrelse og normal aortarodsdiameter. Aortafligene er tricuspid og velfungerende. Slanke mitralflige uden prolaps. Der ses en let til moderat udtalt aortainsufficiens med et lateralt bagudrettet returjet til LV.Pressure halftime udmålt til over 600 msec.Den antegrade flowhastighed er 1,5 m/sec hvilket er normalt.Ingen tegn til pulmonal trykforhøjelse.

VURDERING: Pts elektrokardiografiske lette LV-hypertrofi,skyldes formentlig den lette dilatation af LV som må ses på baggrund af at han ...

Dette giver typisk en let LV-dilatation uden hypertrofi. LV virker ikke hypodynamisk og der er ingen øget slutsystolisk diameter og der synes derfor ikke at være nogen hæmodynamisk konsekvens af den lette aortainsufficiens.

...

13/10 2024

Henvist efter aftale til eccocardiografi for aortainsufficiens
Pt er aldeles velbefindende ...

...

EKG:SR,let ve.sidig hypertrofi uden belastning

ECCOCARDIOGRAFI:LV er grænsedilateret med slutdiastolisk diameter på 60 mm.Ingen hypertrofi.LV er en smule hyperkinetisk og EF er udmålt til 76 %.Normal atriestørrelse.Normal aortarodsdiameter.Aortafligene er tricuspid og velfungerende.Slanke mitralflige.Over aortaostiet kan måles en marginalt øget flowhastighed på 1,5 m/sec samt en let aortainsufficiens uden hæmodynamisk signifikans

VURDERING:Den lette aortainsufficiens synes ikke at have nogen hæmodynamisk konsekvens.

Den lette dilatation af LV,er formentlig et led i sportshjerte

Afsluttes.

Jeg vil foreslå eccocardiografi hvert andet år

...

10/10 2006

Genhenvist efter aftale til kontrol af aortainsufficiens.

...

VURDERING: Status er uændret og LV synes hverken tryk- eller volumenbelastet.

Graden af aortainsufficiensen bedømmes uændret.

Afsluttes idet jeg vil foreslå ny eccocardiografi om to år.

...

14/10 2008

...

VURDERING: Status vurderes som uændret

...

26/10 2010

Møder til kontrol af aortainsufficiens

Pt er aldeles velbefindende og der har ikke været nogen ændring i tilstanden

...

VURDETING: Uændret let til moderat aortainsufficiens og ingen sikker hæmodynamisk påvirkning af

LV."

Det fremgår af hospitalsjournal, afdeling for hjertesygdomme:

"24.05.2024:

...

Beskrivelse: Hjerter CT-skanning

Hjerter CT forud for drøftelse på hjerteklapkonference med baggrund i svær aortainsufficiens.

...

Vurdering/konklusion:

Beskrivelse: Ingen betydende koronarsygdom, ingen glasaorta.

Videre drøftelse på MDT-klapkonf.

...

27.05.2024:

Konferencens navn: Hjerteklapkonference.

...

Vurdering:

Problemstillingen er svær aortainsufficiens.

Præsentationen fulgt siden 2002 for asymptomatisk aortainsufficiens ...

Kommer til kontrol i privat regi. Fortsat fuldstændig asymptomatisk.

...

Ekkokardiografi viser bikuspid aortaklap, svær insufficiens, måske flere mulige defekter. Venstre ventrikel er dilateret, måler diastolisk 54 mm, systolisk 50 mm. Beskrevet bevaret LVEF, ser dog lidt nedsat ud med globalt præg. GLS -18%.

Aorta måler 26 mm i annulus, 36 mm i sinus aortae og 31 mm på sinotubulær overgang. Aorta ascendes og aortabuen ikke dilaterede."

Det fremgår af andet forsikringsselskabs mail til klageren den 1/10 2007:

"Jeg skriver til dig, da jeg i går modtog materiale fra vores hovedkontor omkring tilbud om pension til dig.

Dette vil du modtage med posten i morgen. Det materiale du modtager fra os er delt op i forskellige 'afsnit'.
Og hvis jeg var kunde tror jeg, at jeg vil blive lidt forvirret.

Det er derfor jeg lige skriver til dig, så du får en "dansk" forklaring fra mig.

Pga. de oplysninger du har givet os omkring dit helbred er der kommet en klausul mht. den indbetaling der kommer til at overstige 13% - de obl. 3% og de ekstra 10%. De 13% er det man i materialet refererer til som bunddækninger.

Udover de 13% blev vi enige om, at du skulle indbetale ekstra 5,7%. Det er disse 5,7% der er kommet klausulen på.

Klausulen der bliver påsat omkring de 5,7% betyder, at der ikke bliver præmiefritagelse for de 5,7%, hvis du bliver sygemeldt. Så bliver du sygemeldt vil Nordea Liv og Pension "blot" gå ind og lave præmiefritagelse for de 13%.

Klausulen har med andre ord IKKE nogen negativ indflydelse på din forsikringsdækning. Denne bliver som vi to aftalte.

Ring endelig til mig på mandag, hvis det fremsendte giver anledning til spørgsmål, som jeg ikke har besvaret her.

Ellers bedes du indsende din accept, som er vedlagt materialet."

Det fremgår af andet forsikringsselskabs mail til klageren den 5/9 2011:

"Jeg vender lige tilbage mht. indbetalingen på max 100.000 kr.

Jeg har talt med vores hovedkontor som oplyser at du er antaget på normale vilkår...altså at der ikke er skærpelser rent helbredsmæssigt ..."

Det fremgår af tilbud om pensionsopsparing den 17/1 2024:

"Du har tilpasset din pensionsordning (tilbud)

Dækning ved visse kritiske sygdomme

...

Din dækning ved visse kritiske sygdomme træder i kraft den 1. februar 2024."

Det fremgår af selskabets mail til klageren den 5/8 2024:

"Vi har brug for yderligere oplysninger

Kære [klageren]

Det fremgår af din mail, at du mener, at du ville være berettiget til en udbetaling fra din dækning ved visse kritiske sygdomme, hvis du var blevet hos [andet forsikringsselskab].

Du oplyser, at din forsikring hos [andet forsikringsselskab] blev tegnet tilbage i 2007, og at du i den forbindelse ikke fik nogle forbehold efter indsendelse af helbredsoplysninger.

Til brug for revurdering af din sag, bedes du indsende en kopi af de forsikringsbetingelser du fik tilsendt i forbindelse med oprettelsen af din pensionsordning og efterfølgende tillæg.

Når vi har modtaget de ønskede oplysninger og vurderet disse hører du fra os igen."

Det fremgår af opsummering fra speciallæge i hjertesygdomme af 1/11 2024:

"Kære [klageren]

Jeg har som aftalt resumeret dit forløb i klinikken. Det er - som vi drøftede - en helt nøgtern opsummering af de journalførte kontakter.

Tekster lyder:

"01-11-2024

Patienten har i kontekst af forsikringssag anmodet om gennemgang af forløbet i Hjerterklinik ... og forud herfor hos speciallæge ... Nedenstående resumerer således journalførte kontakter fra 18.10.2002 til 17.05.2024.

...

2002 henvist til speciallæge ... på mistanke om kardiell hypertrofi. Asymptomatisk. Normotensiv. Ingen medicinsk behandling.

Ekkokardiografisk let til moderat aortainsufficiens uden hæmodynamisk betydning. LVEDD 59 mm. Ingen hypertrofi.

Frem til 2017 kontrol hvert til hvert andet år og derefter årligt. Pro-BNP (effektueret første gang 2020) vedvarende normal. Fortfarende asymptomatisk og med stabile ekkokardiografiske forhold.

De ekkokardiografiske forhold stationære frem til maj 2024. Der påvistes progression i sværhedsgraden af aortainsufficiens samt tiltagende dilatation af venstre ventrikel. Patienten blev på denne baggrund henvist til vurdering i regi af Hjertesygdomme, ...

Konklusivt var tilstanden stabil fra tidspunktet for diagnosen i 2002 frem til indeværende år, hvor der blev konstateret progression og viderehenvist til behandling i hospitalsregi."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne af 1/1 2024 og 1/5 2024:

"Vi har oprettet din pensionsordning fra 1. januar 2024.

...

Almindelige forsikringsbetingelser for Danica Balance

...

Dækning ved visse kritiske sygdomme

...

Ankenævnet *for* Forsikring

13.

102763

Før vi udbetaler dækning ved kritisk sygdom

For at vi kan udbetale dækningen, skal

...

- lægen stille 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

...

Kritiske sygdomme, der giver ret til en udbetaling

...

5. Operation af hjerteklapsygdom

...

5. Operation af hjerteklapsygdom

Forsikringen dækker, hvis den forsikrede har fået indopereret en kunstig eller biologisk hjerteklap på grund af en hjerteklapsygdom. Hvis sygdommen var kendt, da dækningen blev oprettet, dækker forsikringen ikke. Du skal være opmærksom på, at operationen skal være sket, før der er dækning."

Det fremgår af klagerens tidligere forsikringsselskabs forsikringsbetingelser af 1/1 2022:

" § 2. Hvad er kritisk sygdom?

...

E Hjerteklapkirurgi

En planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese eller gennemført perkutan udskiftning eller operation af aortaklap (TAVI) eller mitralklap (MitralClip eller lig-nende).

Krav: Ved planlagt operation er det et krav, at forsikrede er accepteret på venteliste.

...

§3. Indskrænkning i forsikringsdækningen

Der gælder følgende begrænsninger i den dækning, der er beskrevet i § 2:

Har forsikrede inden forsikringstidens begyndelse fået diagnosticeret (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen) eller modtaget behandling for en af de kritiske sygdomme, som dækkes af forsikringen, omfatter forsikringsdækningen ikke den/de pågældende kritiske sygdomme.

...

Det er en betingelse for dækning ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, og at der er tale om en dækningsberettiget diagnose jf. § 2. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Diagnosen må dog tidligst stilles efter **udløbet** af en eventuel karenperiode. Karenperioden er 1 måned, medmindre andet fremgår af den aftale, [andet forsikringsselskab] har indgået med forsikringstageren."

Ankenævnet for Forsikring

15.

102763

Nævnet udtaler:

Klageren fik forsikringsdækning i selskabet pr. 1/1 2024. Klageren ansøgte om udbetaling den 28/5 2024, fordi han var blevet opereret for hjerteklapsygdom. Selskabet har afvist udbetaling med henvisning til, at klageren ikke har fået stillet en dækningsberettigende diagnose i forsikringstiden. Klageren ønsker udbetaling.

Klageren har anført, at selskabet i 2024 overtog forsikringen fra et andet forsikringsselskab, og at man i det andet forsikringsselskab var bekendt med, at der tidligere var observeret en let aortainsufficiens. Klageren har anført, at det andet forsikringsselskab forsikrede ham om, at han ville være dækket af kritisk sygdom på normale vilkår. Klageren har anført, at den lette aortainsufficiens på tidspunktet for forsikringens tegning hos det andet forsikringsselskab i 2007 var en godartet tilstand. Klageren har anført, at det var en tilfældighed, at den lette aortainsufficiens blev fundet, idet han blev undersøgt efter at have været tæt på et lynnedslag. Klageren har anført, at kontrollerne kunne have været afsluttet ved stationære forhold efter 3 år og har vedhæftet journaludskifter, der dokumenterer stationære forhold. Klageren har anført, at der er tale om en uforudset udvikling, og at han ikke havde en kritisk sygdom på tidspunktet for forsikringens tegning. Klageren har anført, at han først fik stillet sin diagnose – at han skulle have en ny hjerteklap – i maj 2024. Klageren har anført, at selskabet afviste skaden med begrundelse i betingelserne og ikke i den lægelige vurdering, klageren havde bedt om, hvorfor klagerens ønske om vurderingen ikke blev imødekommet.

Selskabet har anført, at klageren var kendt med asymptomatisk aortainsufficiens, før han blev omfattet af ordningen i selskabet pr. 1/1 2024, og før forsikringen trådte i kraft i andet forsikringsselskab i 2007. Selskabet har anført, at klageren fik stillet diagnosen let til moderat aortainsufficiens den 18/10 2002. Selskabet har anført, at selskabet for god ordens skyld forelagde sagen for en intern lægekonsulent 7/10 2024, som bekræftede, at klageren fik stillet diagnosen aortainsufficiens før indtegningen, og at der er tale om en forværring af samme sygdom.

Det fremgår af anmeldelsen, at klageren fik "operation af hjerteklapsygdom". Det fremgår, at diagnosen blev stillet den 27/5 2024.

Det fremgår af journal af 18/10 2002, at "der ses en let til moderat udtalt aortainsufficiens med et lateralt bagudrettet returjet til LV ... LV virker ikke hypodynamisk og der er ingen øget slutsystolisk diameter og der synes derfor ikke at være nogen hæmodynamisk konsekvens af den lette aortainsufficiens".

Det fremgår af journal af 27/5 2024, at "problemstillingen er svær aortainsufficiens. Præsentationen fulgt siden 2002 for asymptomatisk aortainsufficiens ... Fortsat fuldstændig asymptomatisk ... Ekkokardiografi viser bikuspid aortaklap, svær insufficiens, måske flere mulige defekter. Venstre ventrikel er dilateret ...".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klageren ikke har fået stillet en dækningsberettigende diagnose i forsikringstiden.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af journal af 18/10 2002, at klageren havde let til moderat udtalt aortainsufficiens og af journal af 25/5 2024, at klageren havde "svær aortainsufficiens. Præsentationen fulgt siden 2002 for asymptomatisk aortainsufficiens".

Det, som klageren i øvrigt har anført – herunder, at klageren ikke har haft symptomer – kan ikke føre til andet resultat.

Nævnet bemærker, at klageren ikke har bevist, at han ville være berettiget til udbetaling af sum, hvis han havde bibeholdt dækningen i sit tidligere selskab, og at de fremlagte forsikringsbetingelser fra klagerens tidligere selskab heller ikke umiddelbart understøtter dette, da betingelserne i § 3 indeholder følgende dækningsbegrænsning: "Har forsikrede inden forsikringstidens begyndelse fået diagnosticeret (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen) eller modtaget behandling for en af de kritiske sygdomme, som dækkes af forsikringen, omfatter forsikringsdækningen ikke den/de pågældende kritiske sygdomme."

Ankenævnet *for* Forsikring

17.

102763

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Hans-Jørgen Nymark Beck