706/04

Den 27. september 2004 blev i sag nr. 62.739:

xxxxx xxxx
xxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har forsikring mod kritisk sygdom i PFA Pension, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning.

Selskabet har afvist at yde erstatning for den anmeldte blodprop under henvisning til, at klageren tidligere har haft samme diagnose.

Klageren gør gældende, at han siden den første blodprop i 2000 har været fuldstændig rask og arbejdsdygtig. Klageren gør endvidere gældende, at der ikke er sammenhæng mellem blodproppen i hjertekammeret i 2000 og forsnævringen i hovedkranspulsåren, der blev konstateret i 2003.

Selskabet har ved skrivelse af 10/12 2003 til nævnet redegjort for sagen således:

> "Den 15. september 2003 modtager vi ansøgning om udbetaling ved Kritisk Sygdom vedlagt udskrivningsepikrise fra Rigshospitalet. (Bilag B).
>
> Den anmeldte diagnose var en blodprop i hjertet og diagnosen blev stillet den 3. august 2003. Af ansøgningen fremgik det ligeledes, at forsikrede har haft en blodprop i hjertet i december/januar 2001.

Vi har efterfølgende indhentet journaludskrifter fra Centralsygehuset i Nykøbing F. vedrørende diagnosen stillet i januar 2001 og den anmeldte diagnose, som blev stillet i august 2003. (Bilag C).

På baggrund af de lægelige oplysninger vurderede vi, at den blodprop i hjertet, som forsikrede havde i december/januar 2001, var en diagnose, som opfyldte definitionen i forsikringsbetingelsernes § 6, stk. 1.

Ligeledes opfyldte den anmeldte diagnose, stillet i august 2003, definitionen i betingelsernes § 6, stk. 1.

Af journaloplysninger fremgår det ligeledes, at forsikrede fik konstateret forsnævring af 2 kranspulsårer og fik foretaget en ballonudvidelse med indsættelse af stent.

Denne diagnose har direkte sammenhæng med de blodpropper i hjertet, som forsikrede har haft og er derfor ikke dækket af forsikringen, jf. forsikringsbetingelsernes § 8, stk. 5.

Vores stillingtagen

Vi meddelte herefter forsikrede i vort brev af 13. oktober 2003 (Bilag D), at den anmeldte blodprop i hjertet, ikke var dækket af forsikringen, fordi han tidligere (inden forsikringen trådte i kraft) har haft samme dækningsberettigede diagnose, jf. forsikringsbetingelsernes § 8, stk. 5."

Hertil har klageren ved skrivelse modtaget i ankenævnet den 29/12 2003 bl.a. anført:

"… at jeg var blevet forsikret for kritisk sygdom, uden spørgsmål eller evt. en lægeerklæring? Det er jo som om, at havde der været det fra PFA's side dengang, kunne de godt have udbetalt erstatning."

Klageren finder endvidere, at der hersker uoverensstemmelse mellem forsikringsbetingelsernes § 8, stk. 5 og § 7, stk. 3. Endelig mener klageren, at han har betalt til en forsikring uden grund.

Selskabet har heroverfor ved skrivelse af 29/12 2003 til nævnet anført:

"Forsikringen mod PFA Kritisk Sygdom er tilknyttet pensionsordningen, uden at de forsikrede skal afgive helbredsoplysninger. Til gengæld er der i forsikringsbetingelsernes § 8, stk. 5, aftalt den undtagelse, at hvis forsikrede på et tidligere tidspunkt har fået stillet diagnose for en dækningsberettiget kritisk sygdom, kan den forsikrede ikke få erstatning samme diagnose eller diagnoser, som har en direkte eller indirekte sammenhæng med den dækningsberettigede kritiske sygdom.

Denne fremgangsmåde ved aftaleindgåelsen er valgt i samarbejde med arbejdsgiveren for at undgå en omstændelig antagelsesprocedure, når nye medarbejdere skal optages i en obligatorisk pensionsordning og derfor skal have forsikringsdækning fra den første dag i det nye job.

I den obligatoriske pensionsordning er der således ikke nogen mulighed for at vælge en anden version af forsikringsdækningen Kritisk Sygdom med afgivelse af helbredsoplysninger eller lægeerklæring.

Klageren gør gældende, at der er et modsætningsforhold mellem § 8, stk. 5, og § 7, stk. 3, i forsikringsbetingelserne, Heri er vi ikke enige:

- § 7, stk. 3, omhandler den situation, at PFA Pension har udbetalt forsikringsydelse for en dækningsberettiget diagnose og bestemmer, at der kun kan ske udbetaling én gang for en given diagnose.
- § 8, stk. 5, er derimod en generel undtagelsesbestemmelse, jf. overskriften til § 8. Formålet med bestemmelsen er forklaret ovenfor.

Klageren gør videre gældende, at de to sygdomme efter hans egen vurdering ikke har noget med hinanden at gøre. Heri er vi ikke enige, Det er vores opfattelse, at der er en direkte sammenhæng mellem de to sygdomme. Men selv om dette ikke skulle være tilfældet, er der tale om samme dækningsberettigede diagnose. Uanset hvilket argument der anvendes, finder § 8, stk. 5, således anvendelse og bevirker, at der ikke er dækning.

Klageren anfører endeligt, at han ikke ville have ønsket at tegne forsikringen, hvis han havde vidst, at vi undtog sådanne diagnoser, som forsikrede på et tidligere tidspunkt havde fået stillet. Det er vores opfattelse, at der her er tale om en efterrationalisering:

- Dels må det anføres, at klageren ikke havde noget valg, da der er tale om et element i en obligatorisk pensionsordning i ansættelsesforhold.
- Dels må vi henvise til forsikringsbetingelserne og påpege, at der foruden den omhandlede diagnose er tale om 16 andre diagnoser, som kan udløse udbetaling fra forsikringen."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Dækningsberettigede diagnoser**

§ 6. PFA Pension betragter de nedenfor anførte diagnoser som kritiske sygdomme, som ifølge disse forsikringsbetingelser, kan give ret til udbetaling af forsikringsydelse.

…

Stk. 2. *Hjerteinfarkt* (akut blodprop i hjertet) defineres som en akut tillukning af én eller flere kranspulsårer med nedsat/ophævet blodforsyning til et betydeligt område af venstre hjertekammermuskel. Diagnosen er baseret på mindst to af følgende karakteristika.

a. Tilstedeværelse af typiske centrale brystsmerter.
b. Ledsagende og relevante forandringer i elektrokardiogram.
c. Signifikant stigning i specifikke enzymer i blod foreneligt med akut og betydende henfald af hjertemuskelvæv.

…

Udbetaling

§ 7. Udbetaling ved kritisk sygdom finder sted, når forsikrede på grund af sygdom eller ulykke opstået i forsikringstiden får stillet én af de ifølge disse forsikringsbetingelser nævnte dækningsberettigede diagnoser. Det er dog en forudsætning, at forsikrede er i live i mindst én måned efter, at den dækningsberettigede diagnose er stillet.

…

Stk. 3. Når der er foretaget udbetaling af forsikringsydelse for en dækningsberettiget diagnose, kan der ikke på et senere tidspunkt ske udbetaling af forsikringsydelse for samme dækningsberettigede diagnose. Forsikringen kan dog fortsætte, hvis forsikrede ikke er sygemeldt, og hvis forsikrede har genoptaget sit ansættelsesforhold,

jævnfør ansættelseskontrakt eller dermed ligestillet, indgået mellem forsikringstager og forsikrede.

…

Undtagen risiko

…

Stk. 5. Har forsikrede på et tidligere tidspunkt fået stillet diagnose for en dækningsberettiget kritisk sygdom, ydes der ikke erstatning for samme diagnose eller diagnoser, som har en direkte eller indirekte sammenhæng med den dækningsberettigede kritiske sygdom."

Nævnet udtaler:

Nævnet har gennemgået sagen og finder ikke i den anledning grundlag for at kritisere selskabets afgørelse, der findes at være i overensstemmelse med de gældende forsikringsbetingelser.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen