704/04

Den 30. august 2004 blev i sag nr. 63.172:

xxxxxxxxx xxxxxx xxxxxxxxx
xxxx xxx xxxxx
xxxxx
xxx

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har tegnet udstationeringsforsikring i Topdanmark Forsikring A/S, påstår selskabet pligtig til at betale udgifter til behandling af hendes hoftelidelse samt til at undlade at indføre en hofteklausul på forsikringen.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til, at sygdommen var opstået og var symptomgivende før forsikringens ikrafttræden, og at selskabet – hvis det havde haft kendskab hertil – ville have undtaget dækning for sygdommen ved tegning af forsikringen.

Forud for en udstationering i Dubai sammen med familien udfyldte klageren den 9/1 2002 en begæring om tegning af en udstationeringsforsikring. Forsikringen trådte i kraft den 1/4 2002. Af begæringen fremgår bl.a. følgende risikospørgsmål og -svar:

"Er De fuldstændig rask og arbejdsdygtig? … Ja ☒ Nej ☐
(Men diabetiker)

Lider De af eller har De nogensinde lidt af en sygdom herunder fysiske som psykiske handicap? … Ja ☒ Nej ☐
Diabetes siden 1976

Har De nogen legemsfejl eller legemsmangler? … Ja ☒ Nej ☐
Hvis ja, hvilke: Dårlig bugspytkirtel

Har De været indlagt/undersøgt/behandlet af læge, herunder

speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut o.lign.?... Ja ☒ Nej ☐
Hvis ja, for hvilke sygdomme eller skader: Diabetes"

Det fremgår af sagen, at klagerens ægtefælle den 3/7 2003 kontaktede selskabets alarmcentral, SOS International a/s, hvor han oplyste, at klageren havde kraftige hoftesmerter. Den 19/8 2003 modtog selskabet de første kopier af klagerens lægelige oplysninger.

Af journalen fra ortopædkirurgisk afdeling på Rigshospitalet fremgår bl.a.:

"**14.08.03 amb.:**

38-årig kvinde bosat I Dubai, aktuelt hjemmegående. Patienten har i mange år haft bilat. hoftesmerter værst på højre side. Tager 1 tabl. Voltaren daglig for smerterne. Smerterne er relevant lokaliseret sv.t. lyskeområdet. Patienten møder med røntgenbill. fra Dubai af bækken forfra, som viser bilat. hoftedysplasi med en frontal CE-vinkel på højre side på 20 grader, på venstre side 17 grader. Der er nogen ledlinieafsmalning og cyster i acetabulum. Patienten har et inperativt behandlingsbehov.

Radiologisk er der tale om klar bilat. hoftedysplasi, men også med moderat udtalt artroseforandringer. Artroseforandringerne har et sådan omfang, som man næppe på sigt med en Ganz-osteotomi kan forhindre behov for kunstige hofter, men muligvis kan udskyde tidspunktet noget."

Den 9/9 2003 modtog selskabet en kopi af et brev fra klagerens tidligere danske læge. Heraf fremgår bl.a.:

"Jeg har haft C.A. [klageren] som patient siden år 2000. I oktober 2001 henvendte hun sig til mig p.gr.a. smerter I højre hofte, der havde stået på nogle år på det tidspunkt. Hun havde fået behandling hos massør.

Ved obj. undersøgelse fandt jeg normal bevægelighed i hoften, man smerter ved udadrotation. Der blev taget rtg. af hø. hofte på KAS-Gentofte, der viste normale artikulære og ossøse forhold. Jeg har ikke udskrevet noget medicin til pt. for hoftesmerterne.

Dette er den eneste kontakt jeg nogensinde har haft med pt. ang. hoftesmerter. Jeg har intet kendskab til, at hun skulle have hoftedysplasi. Jeg har gennemgået journalen fra pt.s tidligere læger B.P. og O.K. i H. og i denne, der startede i 1998, står der intet hverken om hoftesmerter el. hoftedysplasi."

Af journal fra klagerens røntgenundersøgelse af højre hofteled den 14/11 2001 på Gentofte Sygehus fremgår det, at der var normale ossøse og artrikulære forhold.

Ved skrivelse af 22/9 2003 afviste selskabet at dække udgifterne til afhjælpning af klagerens hofteproblemer. Desuden meddelte selskabet, at policen for fremtiden ville indeholde en hofteklausul, således at der ikke ville være dækning for de udgifter, der kunne relateres til hoftesmerterne.

Klageren er utilfreds med selskabets afgørelse og har i skrivelse af 14/1 2004 til nævnet kort redegjort for sagen således:

I. Jeg har i nogle år mærket gener i min ene (højre) hofte.
II. OKT 2002: Min egen læge sender mig til røntgenundersøgelse og det konkluderes på baggrund af denne, at der intet er galt med min hofte.
III. JAN 2003: Udfylder begæring om udstationeringsforsikring uden at nævne ovenstående.
    a) Min mand påfører dog en bemærkning om sin dårlige ryg, yderligere dokumentation fremsendes til Topdanmark (bilag 3) og der tages ikke forbehold i policen for evt. rygproblemer efter udrejse.
IV. APR 2002: Flytter til De Forenede Arabiske Emirater.
V. JUL 2003: Får efter en kort periode med akutte smerter i højre hofte stillet diagnosen dobbeltsidig hoftedysplasi.
VI. SEP 2003: Topdanmark afviser at betale for nødvendig operation i Danmark under henvisning til, at såfremt punkt I havde været nævnt i begæringen, ville Topdanmark have indhentet yderligere oplysninger og taget forbehold for mine hofter i policen.
    a) Yderligere oplysninger ville i denne sammenhæng have været udtalelsen fra min egen læge (bilag 4) om, at jeg intet fejlede.

b) Topdanmark hævder også, at uanset begæringer og forbehold, så dækker de ikke ved udrejse forudbestående sygdomme og lidelser. Dette harmonerer ikke med, at de rent faktisk dækkede udgifter til lægekonsultation og røntgenundersøgelse af min mands ryg kort tid efter vores udrejse."

Selskabet har i skrivelse af 3/2 2004 til nævnet redegjort for afslaget på forsikringsdækning således bl.a.:

"Vi har i forbindelse med sagens behandling forespurgt vores rådgivende læge om, hvad dennes svar havde været, hvis C.J.A. [klageren] ved forsikringens etablering havde oplyst, om hofteproblemerne og røntgenundersøgelse. Vores rådgivende læge svarede tilbage, at der helt sikkert vil have været taget klausul for begge hofter. Da vi spurgte samme læge om den konkrete årsag fik vi svaret, at det ikke er normalt, at en person med C.J.A. alder lider af hoftesmerter gennem flere år.

Vi har derfor afvist at betale for udgifter til behandlingen af hoftelidelsen, da der er tale om en sygdom der har været opstået og har været symptomgivende, inden Udstationeringsforsikringen blev etableret og som vi ville have undtaget dækning for, hvis vi havde været vidende om det, ved forsikringens tegning. Ifølge forsikringsvilkårenes punkt 1.1.B, dækker forsikringen kun sædvanlige, rimelige og nødvendige udgifter i tilfælde af akut sygdom eller tilskadekomst opstået i forsikringstiden.

…

C.J.A. skriver i sin anmeldelse til Ankenævnet for Forsikring, at hendes mand ved Udstationeringsforsikringens tegning havde dårlig ryg og at vi har dækket udgifter til behandling af ryggen.

I den forbindelse skal jeg oplyse, at C.J.A.'s mand i begæringen har oplyst, at han har haft ondt i ryggen 3-4 gange, første gang i 1980 og sidste gang i 2001 og at han er behandlet hos egen læge. Vi modtog efterfølgende journaloplysninger fra egen læge dateret 27.1.2001. Af oplysningerne fremgik det, at generne formentlig var muskulært betinget og rygmæssigt var i bero.

På grundlag af disse oplysninger, der ikke er så unormale, så vores rådgivende læge ikke anledning til at tage forbehold, idet der var tale om gener af 3 til 4 gange over en periode fra 1980 til 2001.

Vi har derfor også efterfølgende betalt for udgifter til et lægebesøg."

Heroverfor anfører klageren i skrivelse af 25/2 2004 bl.a., at hun ikke finder det godtgjort, at selskabet ville have taget forbehold for hendes hofte, hvis det havde fået forelagt de oplysninger, der var til stede på udrejsetidspunktet. Hvis hun selv på det tidspunkt havde været vidende – eller i det mindste havde haft en mistanke – om, hvad der var galt, havde familien formentlig udskudt deres rejse til efter, hun var blevet opereret i Danmark. Om årsagen til, at hoftesmerterne ikke blev nævnt i begæringen, anfører klageren således:

"Jeg kan naturligvis ærgre mig både gul og grøn over, at jeg ikke nævner min hofte i begæringen, men jeg havde jo min egen læges ord for, at jeg ikke fejlede noget. Efter at have født mit andet barn i forsommeren 2000, kommer jeg ikke rigtig i gang med mine 'massørordinerede' øvelser igen. Jeg opsøger således min læge i efteråret 2001, da jeg igennem en kortere periode har været generet af min højre hofte. I denne forbindelse, vil jeg gerne understrege, at min hoftelidelse ikke har afholdt mig fra hverken at tage på en årlig, alpin skiferie, eller på normal vis og uden smerter at gennemføre to graviditeter. Jeg har aldrig været sygemeldt, eller på anden måde ikke kunnet gennemføre aktiviteter på grund af min hofte. Jeg kan med andre ord roligt sige, at min diabetes - en kronisk, livstruende sygdom, er mere alvorlig end en hofte der i perioder har generet. Når Topdanmark jævnfører min situation med min mands ryg, kan jeg kun tilføje, at målt på vores egen 'alvorsskala' er min mands ryg på udrejsetidspunktet markant værre end min hofte. Han har været generet af den siden 1980, har 3-4 gange været meget dårlig og således både været sygemeldt og ude af stand til at gennemføre en lang række aktiviteter, inklusivt alpint skiløb!

Ud fra denne situation udfylder vi skemaet uden den kontakt med assurandør/sagsbehandler fra Topdanmark, som ellers nævnes i selv samme skema."

Selskabet har i skrivelse modtaget i nævnet den 17/3 2004 fastholdt sin afgørelse og har supplerende bemærket, at klageren kunne have kontaktet selskabet, herunder den assurandør, som var tilknyttet hendes mands ansættelsessted, såfremt hun havde været i tvivl om, hvorvidt hun skulle oplyse om hoftesmerterne ved tegning af forsikringen.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**1 Sygeforsikring**

1.1 Hospitals- og lægebehandling

A Forsikringssummen pr. person fremgår af policen.

B Forsikringen dækker sædvanlige, rimelige og nødvendige udgifter i tilfælde af akut sygdom eller tilskadekomst opstået i forsikringstiden"

Af ordlisten i forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Sygdommens opståen** er det tidspunkt, hvor sikrede første gang søger læge for symptomer på den pågældende lidelse. Komplikationer til sygdommen eller følgesygdomme med anden diagnose som værende en del af den oprindelige sygdom."

Nævnet udtaler:

Nævnet finder, at klageren har afgivet urigtige oplysninger ved ikke i begæringen bl.a. at oplyse om hoftesmerterne, den forudgående røntgenundersøgelse og behandling hos massør. Nævnet finder, at dette forhold må tilregnes klageren som en forsømmelse – også selv om klageren af sin egen læge har fået oplyst, at der ikke var påvist noget galt med hendes hofter. Da nævnet ikke finder grundlag for at tilsidesætte selskabets oplysning om, at forsikringen ikke ville have været antaget uden den omhandlede dobbelte hofteklausul, såfremt korrekte risikooplysninger havde foreligget ved forsikringens tegning, kan nævnet herefter ikke kritisere, at selskabet har indføjet den omhandlede

hofteklausul og har afvist at yde dækning for de udgifter, der er forbundet med hoftelidelsen.

Herefter, og da nævnet i øvrigt er enigt med selskabet i, at klagerens hoftelidelse - i forsikringsbetingelsernes forstand - er opstået før forsikringens tegning,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand