787/08

Den 21. januar 2008 blev i sag nr. 71.474:

xxxx xxxxxxxx xxxxxxxxxx
xxxxx xxxxx xxx xxxx xx xxx
xxxx xxxxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der har forsikring med dækning ved kritisk sygdom i PFA Pension, klager over, at selskabet kun har udbetalt forsikringssummen én gang i forbindelse med to anmeldte kritiske sygdomme.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen mere end én gang med henvisning til, at de to dækningsberettigende diagnoser blev stillet samtidigt, jf. forsikringsbetingelsernes § 5, stk. 2.

Af den til nævnet fremsendte klageskrivelse fremgår:

> "Jeg har modtaget kr. 100.000 fra PFA som erstatning i.f.m. min kritiske sygdom …
>
> Min anke går på at jeg mener at jeg opfylder 2 (to) kritiske diagnoser - som er blevet diagnosticeret på forskellige tidspunkter! …
>
> PFA forsikring afviser idet de henviser til en tolkning af diagnose-begrebet som uklart fremgår af et nyere sæt forsikringsbetingelser. …
>
> Jeg har naturligvis taget afsæt i forsikringsbetingelserne fra tidspunktet for tegning af forsikringen. I disse forekommer det mig enklere beskrevet.
> …
> Jeg benægter ikke PFA's ret til at omskrive forsikringbetingelserne - uden at fremsende dem til Deres kunder. Som kunde undres jeg - og spørger: Hvilke betingelser gælder for min forsikring?

Sagens kerne (for mig) er: Er PFA's tolkning af diagnosebegrebet forsikringsjuridisk holdbar? Er 'diagnose' defineret som indledt behandling (evt. indskrevet på venteliste)?

PFA overser ganske - hvis jeg har ret i at 'diagnose' er 'bestemmelse af sygdommens art' - mine undersøgelser på F. Hospital.

Som forsikringstager undrer jeg mig over PFA egentolkning af egne bestemmelser - hvorfor jeg fremsætter påstand om at få udbetalt erstatning for begge lidelser."

Heroverfor har selskabet i skrivelse af 13/4 2007 til nævnet anført:

"**Forsikringsdækning - policenummer …- Kritisk Sygdom**
Forsikrede har haft dækning for Kritisk Sygdom siden 1. september 2002, og på tegningstidspunktet var Forsikringsbetingelser den 1. oktober 2001 - Kritisk Sygdom - Obligatorisk gruppeforsikring gældende (Bilag …). Pr. 1. april 2004 yder vi præmiefritagelse på Kritisk sygdoms dækningen indtil det fyldte 67. år. På diagnosetidspunktet gælder *Forsikringsbetingelser den 1. januar 2005 - PFA Kritisk Sygdom - Obligatorisk gruppeforsikring* (Bilag …). De nye forsikringsbetingelser er varslet i brev af 29. november 2004 overfor forsikringstageren, HK Kommunal.

**Sagsfremstilling**
Den 27. oktober 2006 modtager vi *Ansøgning vedrørende Kritisk Sygdom* (Bilag …) sammen med journaloplysninger fra hhv. F. Hospital (Bilag …), B. Hospital (Bilag ..) og *operationsbeskrivelse* fra Rigshospitalet (Bilag …).

Ifølge ansøgningen anmeldes diagnoserne by-pass og hjerteklapoperation. Det fremgår af de lægelige akter, at forsikrede den 29. august 2006 fik foretaget en koronararteriografi (KAG), hvor lægerne konstaterede forsnævringer af kranspulsårer i hjertet, samt en forsnævring af hjerteklappen mellem venstre hjertehalvdel og hovedpulsåren.

Det bevirkede, at forsikrede bliver indstillet til både udskiftning af hjerteklap og koronarbypass operation den 31. august 2006. Ifølge *operationsbeskrivelsen* fra Hjertecentret på Rigshospitalet (Bilag …) foretages begge operationer samtidigt den 11. oktober 2006.

**De dækningsberettigede diagnoser stilles den 31. august 2006**
Ifølge forsikringsbetingelsernes § 6, stk. 2b - Iskæmisk hjertesygdom - er der stillet en dækningsberettiget diagnose, når der er påvist forsnævringer af en eller flere kranspulsårer, og forsikrede er optaget på venteliste (indstillet) til behandling med enten by-pass eller ballonudvidelse.

Ifølge forsikringsbetingelsernes § 6, stk. 3 - Hjerteklapsygdomme - er der stillet en 2/3 dækningsberettiget diagnose, når forsikrede er optaget på venteliste (indstillet) til operation med indsættelse af ny hjerteklap.

I journaloplysninger fra KAG undersøgelsen den 29. august 2006 oplyses det, at der konstateres forsnævringer i kranspulsårerne i hjertet, samt en aortastenose. Ved lægekonference den 31. august 2006 indstiller lægerne forsikrede til både by-pass og en hjerteklapoperation, og forsikrede behandles kirurgisk for begge diagnoser den 11. oktober 2006.

Begge diagnoser opfylder ovennævnte kriterier på samme dato - den 31. august 2006 - og derfor mener vi, at diagnoserne er stillet på samme tidspunkt.

**Vores begrundelse for at fastholde afgørelsen**
Ifølge betingelsernes § 5, stk. 2 (Bilag …) bliver forsikringssummen kun udbetalt én gang, hvis den forsikrede får stillet flere dækningsberettigede diagnoser samtidigt.

I de forsikringsbetingelser der var gældende ved tegningen af forsikringen Forsikringsbetingelser den 1. oktober 2001 - Kritisk Sygdom - Obligatorisk gruppeforsikring (Bilag …), findes denne bestemmelse under § 7 stk. 4. Det er derfor ikke afgørende, om sagen skal afgøres efter forsikringsbetingelserne på tegningstidspunktet eller på diagnosetidspunktet.

På baggrund af de lægelige oplysninger er det vores opfattelse, at forsikrede fik stillet de anmeldte diagnoser - by-pass og hjerteklapoperation - på samme tidspunkt, hvilket betyder, at forsikringssummen for Kritisk Sygdom kun bliver udbetalt én gang, jf. vores brev til forsikrede fra den 19. december 2006 (Bilag …)."

Hertil har klageren i udateret skrivelse modtaget af nævnet den 30/4 2007 bemærket:

"Selskabets svar indeholder ikke nye oplysninger - men overser (igen) det væsentlige punkt i min anke: Diagnosetidspunktet.

Diagnose - som jeg ser beskrevet det i forsikringsbestemmelserne - bestemmes af tidspunktet hvor sygdommen konstateres. Selskabet har en anden tolkning - idet de omskriver 'diagnose' til 'dækningsberettiget diagnose'.

Det oversete er min påstand - se mine breve - om at hjerteklappens misfunktion konstateres ved skanninger på F. hospital d. 9. maj og 27. juni. Jeg bliver her informeret om klapfejlen som værende behandlingskrævende.

At klapfejlen ligeledes kan ses ved den senere KAB på B. Hospital d. 29-30. august samtidigt med at forsnævringerne i kranspulsårerne konstateres og derfor også optræder i en samlet diagnosticering ændrer ikke ved det faktum at jeg er blevet diagnosticeret tidligere.

Min anke går således på hvad samtidighed er? For det er ligeledes begrebet som forsikringsbetingelserne opererer med.

En strid om ord - næh, jeg læser forsikringsbetingelserne med en lægmands (forsikringstagers) øjne og forståelse. Og det er vel også meningen med forsikringsbestemmelserne."

Herefter har selskabet i skrivelse af 22/5 2007 til nævnet anført:

"Tidspunktet for hvornår en diagnose er dækket af forsikringen for Kritisk Sygdom er, når alle kriterierne under den relevante bestemmelse er opfyldt. Når det er tilfældet benævnes det en dækningsberettiget diagnose.

I det aktuelle sygdomsforløb er der ikke stillet diagnose, som opfylder alle kriterierne, før den 31. august 2006, hvor forsikrede indstilles til kirurgisk behandling for begge diagnoser, jf. beskrivelsen i vores brev fra den 13. april 2007.

Ingen af de anmeldte diagnoser har på et tidligere tidspunkt i sygdomsforløbet opfyldt alle kriterierne i forsikringsbetingelserne § 6, stk. 2b og stk. 3, og har derfor ikke været dækket af forsikringen.

Vi fastholder derfor, at forsikrede har fået stillet begge diagnoser samtidig, hvilket betyder at summen kun udbetales én gang, jf. forsikringsbetingelsernes § 5, stk. 2."

Klageren er efterfølgende fremkommet med yderligere bemærkninger i skrivelse af 5/6 2007 til nævnet.

Af de på diagnosetidspunktet gældende forsikringsbetingelser fremgår bl.a.:

"**Dækning**
§ 5. Forsikringen dækker, hvis en diagnose, som er dækningsberettiget ifølge disse forsikringsbetingelsers § 6, stilles i forsikringstiden.

Stk. 2. Hvis den forsikrede får stillet flere dækningsberettigede diagnoser samtidigt (f.eks. under samme hospitalsindlæggelse), vil forsikringssummen kun blive udbetalt én gang. …

**Dækningsberettigede diagnoser**
§ 6. De i stk. 2-18 anførte diagnoser anses for kritiske sygdomme, der kan give ret til udbetaling.

Stk. 2.
…
b) *Iskæmisk hjertesygdom (åreforkalkning i hjertets kranspulsåre)*
Defineret som en angiografisk påvist forsnævring af en eller flere kranspulsårer med samtidig tilstedeværende typiske symptomer (angina pectoris) foreneligt med nedsat blodforsyning til områder af hjertemuskulaturen, behandlet kirurgisk med koronar By-pass (CABG) eller med ballonudvidelse af påviste forsnævringer (PCI). Hvis forsikrede optages på en af Sundhedsstyrelsen godkendt venteliste, sidestilles dette med operation.

Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling eller af kardiologisk speciallæge. Den forsikrede skal være i live en måned efter operationen. Ved optagelse på venteliste skal den forsikrede være i live en måned efter optagelse på ventelisten.

Stk. 3. *Hjerteklapsygdomme*
Defineret som en åben hjertekirurgisk behandling af medfødte eller erhvervede hjerteklapfejl med indsættelse af kunstig mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese, homeo2raft eller klapplastik. Hvis forsikrede optages på en af Sundhedsstyrelsen godkendt venteliste til en af de nævnte behandlinger, sidestilles dette med operation.

Udbetaling forudsætter, at den forsikrede er i live en måned efter operationen eller i tilfælde af optagelse på venteliste en måned efter optagelsen."

Nævnet udtaler:

Efter nævnets opfattelse skal såvel diagnose som eventuelle krav til diagnosen - i dette tilfælde optagelse på venteliste - være sket i forsikringstiden. Da dette efter det oplyste er sket samtidig for begge lidelser på lægekonferencen den 31/8 2006, kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

---

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand