882/11

Den 30. december 2011 blev i sag nr. 79.939:

xxxxx xxxxxx xxxxxx
xxxxxxxxxxxxx xxx
xxxx xxxxxxxxxxxxx x

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede er omfattet af en gruppelivsforsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Han klager over den diagnosedato, som selskabet har lagt til grund for sin afgørelse i forbindelse med en anmeldt kritisk sygdom.

Forsikringen er oprettet med udvidet dækning, hvilket betyder, at forsikringen kan give ret til udbetaling mere end én gang. Det er dog en betingelse for udbetaling mere end én gang, at der er forløbet mindst 6 måneder mellem det tidspunkt, hvor den sidste dækningsberettigende diagnose blev stillet, og tidspunktet for den nye diagnose.

Klageren har anmeldt to kritiske sygdomme, og selskabet har fastsat diagnosetidspunkterne til den 4/6 2010 og den 17/11 2010. Da der er forløbet mindre end 6 måneder mellem diagnoserne, har selskabet afvist at yde dækning for den sidst stillede diagnose.

Det er klagerens opfattelse, at den første diagnose er stillet den 28/4 2010 og ikke den 4/6 2010, og at der derfor er forløbet mere end 6 måneder mellem de to diagnoser. Klagen til nævnet vedrører, hvilken diagnosedato der er den rigtige for den først anmeldte kritiske sygdom.

Det fremgår af sagen, at klageren i slutningen af maj 2010 ansøgte om udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme. Ansøgningen blev begrundet med, at han led af "angina pectoris".

Til brug for sagens behandling modtog selskabet journaloplysninger fra to hospitaler.

Af journalkontinuation fremgår bl.a.:

"**28.04.10 Afslutningsnotat**
…
Myocardiescint. viser således delvis reversibel perfusionsdefekt i LCA.
Pt. har typisk anginøse sympt.,
rp. KAG

Opstartes i rp. tbl. Selozok 50 mg x 1

Vi diskuterer tidshorisont vedr. KAG og evt. PCI [ballonudvidelse].
Forklarer at pt. hører fra den indkaldende afd., dvs. enten … el. … indenfor 2-3 uger mhp. indkaldelse til KAG
…
Pt. er informeret om indgrebets art og natur og risici.

Det viser sig, at pt. har en Hgb. på 6,5.
Har haft meget hård aff. på det seneste, og har blod på papiret. Formentlig hæmorroide, men der har aldrig været blod i aff. el. sortfarvning af denne.

I første omgang rp. kontrol Hgb., jernstatus
rødt blodbillede,

Vi afventer med evt. udredning af GI blødning til pt. er blevet revaskulariseret.

Der er overhovedet ingen dyspeptiske sympt.

Afventer med PPI.

Pt.s se-kolesterol 2, 7, og derved aktuelt intet behov for statiner.

Er indstillet på og accepterer hjerterehab. efter KAG."

Af hospitalsepikrise dateret 11/6 2010 fremgår bl.a.:

"Indlagt: 02.06.2010 Udskrevet 05.06.2010

DIAGNOSER:
A DI209 Angina pectoris uden specifikation

OPERATIONER:
04.06.10

3. 79.939

P KFNG05 Perkut. translum. plastik på kor-a. (PTCA) m. stent
\+ KZFX20 Perkutan lukning af kateteradgang

Undersøgelser:
04.06.10 UXAC85A Koronar arteriografi via arteria femoralis

EPIKRISE:
Henvises fra … Hospital på mistanke om angina pectoris.

Der er foretaget en myokardieskintigrafi, som er positiv.
KAG viser diffus koronar-arterie-sygdom med ateromatose i samtlige kar. En subtotal okkluderet PDA og D1.
Fra ve. koronar-arterie genåbnes med ballon-behandling alene.
En stenose på ramus circumflexus behandles med ballon og bare metal stent, og pt. skal således have Plavix i en måned.

Behandlingsstrategien er valgt, idet pt. har utilsigtet vægttab på 4-5 kg, er anæmisk og som eneste forklaring, selv angiver, at det muligvis er hæmorider.

Aktuelt hgb er på: 6,0 mmol/l.
Der er i øvrigt meget lave kolesterol-tal på mulig malign lidelse. Og da pt. har veludtalt dyspnø, foreslår jeg, at man foretager CT-skanning af thorax, såfremt dette ikke allerede er foretaget."

På baggrund af sagens oplysninger anerkendte selskabet lidelsen som dækningsberettigende. Dette blev meddelt klageren ved brev af 28/6 2010, hvoraf fremgår:

"**Udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme**

Vi har modtaget din ansøgning samt journaloplysninger. Vi har gennemgået sagen, og har vurderet dig berettiget til udbetaling af forsikringssummen efter forsikringsbetingelserne § 8 C Ballonudvidelse.

Forsikringssummen 100.000 kr.
overføres til din Nemkonto og vil være til disposition i løbet af få dage.

Beløbet er skattefrit.

Du er fortsat dækket ved visse kritiske sygdomme, dog med det forbehold, at forsikringen ikke dækker den eller de diagnoser, der har medført udbetaling fra forsikringen, jf. forsikringsbetingelserne § 3, b."

I slutningen af november 2010 ansøgte klageren igen om at få udbetalt forsikringssum ved visse kritiske sygdomme. Ansøgningen blev denne gang begrundet med, at han havde fået diagnosticeret Waldenströms makroglobulinæmi.

Til brug for sagens behandling modtog selskabet journaloplysninger fra det behandlende hospital.

Selskabet meddelte klageren sin afgørelse ved brev af 29/12 2010. Af dette brev fremgår bl.a.:

> "Vi har modtaget din ansøgning om udbetaling ved kritisk sygdom, hvor du søger om udbetaling på grund af Waldenström makroglobulinemia - malign blodsygdom.
>
> Du har fået foretaget en ballonudvidelse den 4. juni 2010 og du fik udbetalt forsikringssum ved kritisk sygdom på baggrund af den diagnose.
>
> Det fremgår af de modtagne journaloplysninger fra …, at diagnosedatoen for Waldenström makroglobulinemia - malign blodsygdom, er den 17. november 2010.
>
> For at kunne få udbetalt forsikringen som følge af Waldenström, jf. vedlagte forsikringsbetingelser § 8 A, skal der være gået 6 måneder mellem de to diagnoser, jf. § 3 b), afsnit 2.
>
> I dit tilfælde, er der gået mindre end 6 måneder mellem de to diagnosedatoer, og vi kan derfor ikke udbetale forsikringssummen."

Klageren var utilfreds med afgørelsen og anmodede derfor ved brev af 30/12 2010 selskabet om at revurdere sagen.

Efter fornyet gennemgang af sagen fastholdt selskabet afgørelsen ved brev af 5/1 2011 til klageren.

Efterfølgende sendte klageren nogle mails til selskabet. Vedhæftet modtog selskabet bl.a. et udateret brev, som klageren påtænkte at sende til nævnet. Af det vedhæftede og udaterede brev fremgår bl.a.:

> "Klage over Forenede Gruppelivs afvisning af erstatning som følge af Waldenström makroglobulinemia.
>
> FG har i breve af 29. december 2010 og 5. januar 2011 ikke villet godkende udbetaling af erstatning med henvisning til, at der ikke er forløbet 6 måneder siden sidste dækningsberettigede diagnose blev stillet ved kritisk sygdom.
>
> I den konkrete sammenhæng er det diagnosetidspunktet for hjertelidelsen, idet det accepteres, at diagnosetidspunktet for Waldenström makroglobulinemia er den 17. november 2010.
>
> Som beskrevet i mit brev af 30. december 2010 blev der foretaget en række undersøgelser, som den 28. april 2010 gav grundlag for at stille diagnosen og henvisningen til …
> …

Uden diagnosen den 28. april 2010 ville en henvisning til og efterfølgende ballonudvidelse ikke have været mulig.

Der er intet i forsikringsbetingelse, der godtgør, at der i hjertetilfælde skal være sammenfald mellem diagnose og behandling, og derfor må det fastholdes, at diagnosetidspunktet i det konkrete tilfælde er den 28. april 2010, hvilket giver 6 måneder og 20 dage."

Selskabet fastholdt igen afslaget ved brev af 20/1 2011 til klageren.

Den 7/2 2011 har klageren indbragt sagen for nævnet. Af klageskemaet fremgår bl.a.:

"**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …**
Sagen fremgår af mail den 17. januar 2010 vedlagt udateret brevudkast samt Forenede Gruppelivs svar herpå af 20. januar 2010.

Forenede Gruppeliv fremfører, at diagnosetidspunkt for hjertetilfældet er behandlingstidspunktet den 4. juni 2010, hvorimod jeg må fastholde, at diagnosetidspunktet er den 28. april 2010 på grundlag en række grundige forudgående undersøgelser.

Af lægejournalen fra den 28. april 2010 fremgår det også, at ballonudvidelse (PCI) var på tale. Ved indkaldelsen til … var vedlagt såvel en brochure, der beskrivelse KAG såvel som PCI.

Sidstnævnte underbygger, at man herfra tillige kalkulerede med PCI-muligheden.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
At Forenede Gruppeliv anerkender, at diagnosetidspunktet er 28. april 2010, og at Forenede Gruppeliv ikke i henhold til forsikringsbetingelserne har godtgjort, at der i det foreliggende tilfælde er et udtrykkeligt krav om, at indgrebet og skal være diagnosen."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse ved brev af 3/3 2011. Til støtte herfor har selskabet bl.a. anført, at den første diagnose er stillet den 4/6 2010, hvor ballonudvidelsen blev foretaget, og at den anden diagnose er stillet den 17/11 2010. Der er således ikke forløbet 6 måneder mellem de to diagnoser, og selskabet har derfor afvist at imødekomme klagerens krav om ny udbetaling.

Hertil har klageren i brev af 23/3 2011 til nævnet bemærket:

"Det anføres, at det er et krav for at opnå en sum ved kritisk sygdom, at der er sket en ballonudvidelse. Dette er jeg enig i.

Men Forenede Gruppeliv kæder dette krav sammen med diagnosetidspunktet, og dette er jeg uenig i. Der er tale om en fortolkning eller forvaltningspraksis, der ikke kan udledes af forsikringsbetingelserne.

Af lægejournalen den 28. april 2010 fremgår det, at der er behov for et indgreb. Som et led i denne proces foretages en såkaldt PCI, der skal vise omfanget af indgrebet, som i det konkrete tilfælde bliver ballonudvidelser og indlægning af stent.

Sagt med andre ord ville der aldrig været sket en henvisning til …, hvis ikke diagnosen havde foreligget den 28. april 2010, nemlig at der skulle foretages et indgreb.

Grundet ventetiden blev indgrebet først foretaget den 4. juni 2010.

I givet fald må det processuelle forløb kunne underbygges med en udtalelse fra en speciallæge."

Herefter har selskabet i brev af 7/4 2011 til nævnet anført:

"Klager skriver, at der i journalnotat fra 28. april 2010 fremgår, at der er behov for et indgreb og der skulle foretages en PCI, der skulle vise omfanget af et eventuelt indgreb.

Dette er ikke korrekt. Det fremgår af journalnotat fra … Hospital af 28. april 2010, at klager skulle indkaldes til KAG af enten … eller … Hospital med henblik på en klarlægning af, om der var indikation for en PCI (ballonudvidelse).

Den 4. juni 2010 fik klager foretaget en KAG på …, og ud fra resultatet af denne undersøgelse, besluttede man at foretage en PCI den 4. juni 2010. Det er først på det tidspunkt, klager opfyldte forsikringsbetingelserne under § 8 C."

Efterfølgende har klageren i brev af 18/4 2011 til nævnet anført:

"Forenede Gruppelivs argumentation med henvisning til journalnotat af 28. april 2011 ser bort fra det faktiske forløb, som er det, der må lægges til grund for behandlingsforløbet.

Og det samme gælder Forenede Gruppelivs beskrivelse af forløbet på … den 4. juni 2011, som heller ikke kan lægges til grund al den stund, at Forenede Gruppeliv ikke var til stede denne dag, og derfor ikke kan drage den nævnte konklusion, som ligner et forsøg på en lægefaglig vurdering.

Derfor må mit hidtidige standpunkt fastholdes, jf. mit brev af 23. marts 2011."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§2.** Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karensperiode.
…
Ved en diagnose forstås de sygdomme, der er nævnt i overskrifterne til § 8 A-V.
…
§ 3. Det fastsættes i gruppelivsaftalen om dækning ved kritisk sygdom ophører efter udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom, se nedenfor under a), eller om der fortsat er dækning ved kritisk sygdom, se nedenfor under b):
…
b) Når der er sket udbetaling efter § 8, dækker forsikringen ikke længere den eller de diagnoser, der har medført udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Er der sket udbetaling efter § 8 B eller C, dækker forsikringen ikke længere § 8 B og C.

Det er en betingelse for udbetaling af mere end én dækning, at der er forløbet mindst 6 måneder siden sidste dækningsberettigede diagnose blev stillet og tidspunktet for den nye diagnose. Er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes 6-månedersfristen først fra foretaget operation.

…

§ 8. Ved kritisk sygdom forstås:

A. Kræft

…

C. Bypass-operation eller ballonudvidelse ved kranspulsåreforkalkning.
Planlagt eller foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) omfattende en eller flere kranspulsårer med anlæggelse af vene- og/eller arteriegrafts.

Krav: Ved planlagt bypass-operation er det et krav, at forsikrede er accepteret på venteliste. Ved ballonudvidelse med eller uden stentanlæggelse skal operation være gennemført."

Nævnet udtaler:

Således som forsikringsbetingelserne er formuleret, finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har fastsat diagnosedatoen for den førte kritiske sygdom til den 4/6 2010. Idet diagnosedatoen for den nyeste kritiske sygdom ubestridt er den 17/11 2010, er der således ikke forløbet 6 måneder mellem de omhandlede diagnoser. Det, som klageren i øvrigt har anført, kan efter nævnets opfattelse ikke føre til et andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen