891/12

Den 30. april 2012 blev i sag nr. 80.816:

xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxx xxx xxxxxxxxx
xxxx xxxxx x

mod

Genworth Financial
Kirkebjerg Allé 86b
2605 Brøndby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har i tilknytning til et banklån tegnet uarbejdsdygtighedsforsikring i Genworth Financial. Han klager over, at selskabet har afvist at yde dækning for anmeldt uarbejdsdygtighed.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, dels at klageren havde kendskab til eller søgte læge for sygdommen inden for 12 måneder før forsikringens tegning, dels at der ikke kan påvises objektive fysiske årsager til hans ryglidelse.

Den pågældende forsikring trådte i kraft den 13/1 2010.

Ved anmeldelsesblanket af 14/9 2010 søgte klageren om udbetaling ved midlertidig uarbejdsdygtighed. Han oplyste heri, at han den 16/8 2010 var blevet sygemeldt på grund af en diskusprolaps i ryggen, som opstod den 4/7 2010, da han rejste sig fra en sofa.

Af journal fra klagerens kiropraktor fremgår bl.a.:

"03-12-2009…
ANAMNESE:
Klage/lokalisation: skarpe smerter og ømhed lumbosakrale region, skiftende fra side til side.

Intensitet smerter: 4

Udstråling: trækker ned for og baglår, skiftende fra side til side, ned til lige over knæene.
…
Psykosociale forhold: er bekymret for at det skal udvikle sig til diskusprolaps.
…
14-12-2009 …
BEHANDLING:
Tilstand: I dag sådan set fint, i weekenden skidt. …

16-12-2009 …
BEHANDLING:
Tilstand: Vas.: 67 %.
I går fantastisk godt. Mærkede stort set intet.
I dag lidt ondt fra morgenen af. Lige nu meget rimeligt. Fortog sig til middag.
…
28-12-2009 …
BEHANDLING:
Tilstand: Lidt op og ned. I dag ikke lige så slemt.
Vas.: 52 %. Ikke ved at lave noget."

Det fremgår af sagen, at klageren er murerarbejdsmand.

Den 3/9 2010 fik klageren foretaget en MR-skanning, som viste en meget stor højresidig diskusprolaps i lænderyggen. Han blev opereret herfor den 17/9 2010.

Selskabet afviste først ved brev af 15/9 2010 at yde dækning med henvisning til, at der ikke fra lægeligt hold kunne påvises objektive fysiske årsager til hans ryglidelse, og fastholdt ved brev af 19/3 2011 afgørelsen med følgende begrundelse:

"Grunden er, at du inden forsikringen trådte i kraft den 11. februar 2010, har haft kendskab til gener og lidelse i ryggen.

Det fremgår af din anmeldelse med underskriftdato den 14. september 2010, at du sad i en sofa da du var på ferie i uge 31 (den 4. juli 2007). Da du ville rejse dig op sagde det bang i ryggen. Derudover skriver du på anmeldelsen, at du efterfølgende afventede operation for en discusprolaps.

Vi vurderer at dét at rejse sig fra en sofa ikke kan give en discusprolaps i ryggen. Vi vurderer, at det at rejse sig fra en sofa kan være den udløsende faktor. Vi vurderer endvidere, at det er den kendte og forudbestående lidelse i ryggen før forsikringstegning der ligger til grund for discusprolapsen.

Det fremgår af journalen fra din læge som vi modtog den 5. oktober 2010, under notat af den 6. august 2010, at du i januar var hos kiropraktor. Derfor har vi indhentet yderligere oplysninger hos din kiropraktor, hvoraf det fremgår, at du siden den 3. december 2009 har modtaget behandling for gener i ryggen. Det fremgår derudover, at du havde debut for gener i ryggen i maj 2009."

Klageren har indbragt sagen for nævnet ved klageskema modtaget den 29/6 2011. Han har redegjort for sagen således:

"I september 2009 køber jeg en ny bil, som financierens gennem et lån hos ... Jeg bliver efterfølgende kontaktet af …, som tilbyder mig en uarbejdsdygtighedsforsikring. Jeg husker dette som værende relativt kort tid efter, at jeg havde købt bil.

… påstår dog, at det er først i januar 2010, at de kontakter mig for tegning af en uarbejdsdygtighedsforsikring.

I august 2010 får jeg i forbindelse med, at jeg rejste mig fra en sofa en diskusprolaps i ryggen. Jeg har gennem 25 år haft hårdt fysisk arbejde, hvilket diskusprolapsen formentlig er et udtryk for.

Jeg anmelder uarbejdsdygtigheden som følge af diskusprolapsen til forsikringsselskabet, som dog afviser denne. I første omgang henviser de til, at der ikke kan påvises objektive fysiske årsager til lidelsen. Senere hen ændres begrundelse til, at jeg burde være bekendt med min ryglidelse.

Jeg var i december 2010 nogle gange til kiropraktor for at få nogle øvelser til min ryg. Jeg har endvidere flere gange fået lidt kiropraktisk behandling eller været ved lægen, dog uden at det på noget tidligere tidspunkt har påvirket min erhvervsevne."

Selskabet fastholder i brev af 15/7 2011 til nævnet sin afgørelse og henviser til forsikringsbetingelsernes punkt 19, stk. 2 og 3.

Af forsikringsbetingelserne fremgår:

"**17. Om vilkår for udbetaling ved midlertidig uarbejdsdygtighed**
…
Ydelser ved midlertidig uarbejdsdygtighed
Efter 30 sammenhængende hele dages midlertidig uarbejdsdygtighed (optjeningsperiode), betales en måneds ydelse i henhold til den oprindelige tilbagebetalingsplan.

Udbetaling sker ved førstkommende ydelses forfald, dog tidligst når vi har modtaget dokumentation for din midlertidige uarbejdsdygtighed i perioden og vi har anerkendt din anmeldelse (jf. punkt 8).
…
19. Om undtagelser i dækningen for midlertidig uarbejdsdygtighed.
Vi udbetaler ikke forsikringsydelser ved midlertidig uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden er opstået som en direkte eller indirekte følge af:

- Sygdom eller personskade, som du var, eller burde have været bekendt med, eller som du søgte læge for, indenfor 12 måneder før forsikringens ikrafttræden.
- Ryglidelser eller nakkelidelser eller skade på ryg eller nakke, medmindre der fra lægeligt hold kan påvises objektive fysiske årsager til sådan lidelse eller skade."

Nævnet udtaler:
Nævnet lægger til grund, at sygdommen, der førte til klagerens midlertidige uarbejdsdygtighed, var en diskusprolaps i lænderyggen, hvilken blev påvist ved en MR-skanning. Da klagerens lidelse således er lægeligt påvist, kan selskabet ikke afvise at yde dækning med henvisning til, at ryglidelser er undtaget dækning.

Det er ikke bevist, at klageren søgte læge for sin ryglidelse inden 12 måneder før forsikringens ikrafttræden. En kiropraktor kan i den forbindelse ikke sidestilles med en læge. Klageren havde smerter i ryggen umiddelbart inden, forsikringen trådte i kraft. På trods af dette finder nævnet det ikke bevist, at hans uarbejdsdygtighed er en følge af en sygdom, som han kendte eller burde kende.

På denne baggrund finder nævnet, at selskabet har været uberettiget til at afvise dækning for den anmeldte uarbejdsdygtighed, hvorfor

b e s t e m m e s :

Selskabet, Genworth Financial, skal anerkende, at det har været uberettiget til at afvise forsikringsdækning, og skal udbetale klageren den erstatning, han i henhold til forsikringsbetingelserne har krav på med tillæg af renter efter forsikringsaftalelovens § 24.

Poul Sørensen