916/13

Den 7. maj 2013 blev i sag nr. 84.031:

xxxx xxxx
xxxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede er omfattet af en gruppeforsikring med dækning ved kritisk sygdom i PFA Pension. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssum i anledning af en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren tidligere har fået stillet samme diagnose.

Efter det oplyste blev klageren omfattet af forsikringen den 1/11 2012.

I klagen, som nævnet har modtaget den 20/2 2013, hedder det:

"**Sagsfremstilling.**
Jeg ringer til kritisk sygdom d.7-12-2012 og anmelder min ballon udvidelse, jeg får med det samme afslag fra PFA 's service funktion. Jeg beder om at få afslaget skriftligt på mail (vedlagt).

Jeg sender pr. e-mail min klage over afslaget til PFA service funktion på kritisk sygdom. PFA kritisk sygdom opfordrer mig til at anmelde sagen til yderligere gennemgang i deres sags behandlingssystem. Hvor PFA igen afviser at opfylde forsikringsbetingelser i kritisk sygdom. Begge gange er afslaget begrundet i med samme afvisning.

Afslag begrundet i forsikrings bestemmelserne , jf. §10 stk. 1. Begrundelse 'Ifølge de lægelige oplysninger har du fået foretaget ballonudvidelse (pci) både i 2005 og i 2012. I begge tilfælde er der tale om en diagnose, som opfylder samme bestemmelse i forsikringsbetingelserne § 7, stk. 2'.

Til trods for min oplysning om, at jeg aldrig har fået udbetalt kritisk sygdom i forbindelse med min blodprop + ballonudvidelse i 2005 + stent d. 26-06-2005. Jeg mener, at det ikke var i lovens ånd at forsikringen skulle have en meget vid definition i en paragraf, som bruges hyppigt til afslag for samme sygdomsbehandling, men alene går på at der ikke kan udbetales 2 gange for samme kritiske sygdom.

I PFA forsikringsbetingelser § 6 stk. 3 Citat: Hver af de dæknings berettiget diagnoser kan kun give anledning til en udbetaling til den forsikrede. Hvis der allerede er sket udbetaling for diagnose, der er nævnt i § 7, kan der ikke på et senere tidspunkt ske udbetaling for samme diagnose eller en diagnose i samme kategori.

Fakta diagnose i d. 26-06-2005 var blodprop i kranspulsåren, med efterfølgende forringet pumpe evne oplyst i dag pumpeevne 49 til 50 af en skala på i alt 60 oplyst af hjerte læger. § 7. stk 1., behandling ballon + stent, ***men ingen forsikringsmæssig udbetaling***. Den 19. nov. 2012 var forkalkning § 7 stk. 2 og stent op. Da ballonudvidelse i 19 nov. 2012 ikke fjernede den første stent, men satte *en* yderlige op. Kan konklusionen kun være, at det er ny kritisk sygdom, som ingen sammenhæng har med den første, den første var blodprop og den anden forkalkning i kranspulsåre idet jeg ligeledes henviser til definitionsmæssige i § 7. stk. 1 og § 7. stk.2 er der tale om 2 forskellige sygdomsforløb i definitionsmæssig forstand.

Det tidsmæssige perspektiv, at der er gået over 7 år og 4 måneder fra første forsikringsmæssige dækning ved kritisk sygdom 26-06-2005 til 2. forsikringsmæssige dækningsberettiget kritisk sygdom 19-11-2012.

I PFA forsikringsmæssige betingelser for cancer citat: § 11 stk. 3, hvis den forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret cancer, der opfylder betingelserne for at være en dækningsberettiget diagnose - se § 7, nr. 9 - kan den forsikrede kun få en udbetaling, og kun hvis den nye diagnose er stillet mindst syv år efter, at behandlingen af første cancerlidelse er afsluttet. Citat slut.

Der er defineret tidsmæssig begrænsning for cancer, den analoge slutning må være at det samme må være gældende for hjertepatienter § 7. stk 1, og stk 2. Da begge sygdomme er kritiske, og kan medføre dødsfald.

Jeg henleder opmærksomheden på, at min første diagnose er 7 år og 4 måneder gammel til den næste forsikringsberettiget dækket hændelse d. 19-11-2012.

Har modtaget brev fra Sundhedsstyrelsen, at jeg har kritisk sygdom i 2012, men i 2005 var der ingen, der informerede om kritisk sygdom.

I 2 klage til PFA pension begærede jeg indsigt i PFA lægefaglige expert udtalelse, og den har jeg ikke fået. Hvilket jeg synes er uacceptabelt, og forringer mine muligheder i at kunne drage *en* klar faktuel konklusion, men undladelsen fremmer PFA sag.

Konklusion:
Sagen har været afvist på forhånd i PFA krisecenter, der har ingen hjælp har været under forløbet, fra PFA krisecenter. Til trods for PFA har accepteret, at der er betalt for den forsikringsmæssige ret, og hændelser er bevist, opfylder kravet om kritisk sygdom§ 7.stk 2.

Kollegial samarbejde intern i PFA har banet vejen for anden afslag. PFA har fra start af forsøgt at undgå udbetaling, og sagsforløbet bærer præg af det formål. Det er bevist, at der er

kommet en ny Stent op sammen med 2005 Stent i mit hjerte. De er ikke placeret samme sted. Derfor kan der ikke være sammenhæng med 2005, men der er tale om en ny opstået kritisk sygdom, som berettiger til udbetaling. Lovens ånd med anvendte paragrafer, går alene på udbetaling 2 gange for samme sygdom jvnf. Forsikringsbetingelserne § 6. stk. 3. Da dette ikke er tilfældet, da jeg ikke havde forsikringsvilkår med kritisksygdom i 2005. PFA anvendte paragrafer, er anvendt på forkert grundlag til nægtelse af opfyldelse i min retmæssige forsikringskrav, og er ikke i lovens ånd. Til trods for alle PFA kontraktmæssige løfter om hjælp til ulykkesramte, opfylder PFA ikke forsikringens betingelser på dette område.

Analogi slutning fra PFA forsikringsbetingelser for cancer patienter § 11 stk. 3 bør gælde for hjertepatienter.

Påstand: PFA skal opfylde forsikringens lovning om udbetaling ved kritisk sygdom opstået 19-11-2012 på … Hospital i henhold forsikringsbetingelserne.

1. Forsikringsbetingelser § 6. stk. 3 ikke er opfyldt, da der ikke er udbetalt forsikringspenge i 2005 til mig.
2. Der er tale om 2 forsikringsmæssige definitioner 2005 § 7. stk. 1 og nov. 2012 § 7. stk.2, og afslaget er givet efter § 7.stk 2, der er tale 2 forskellige forsikringstekniske hændelser, og derfor er afslaget givet uden hold i virkeligheden.
3. Forsikringsbetingelser §11 stk 3. for Cancer patienter må ligeledes være gælden for hjertepatienter. Tidsperioden fra første hændelse er 26-06-2005 til 19-11-2012 er 7 år og 4 måneder.

Jeg er ikke uddannet jurist, og har prøvet at fremstille sagen så objektivt, som muligt."

Heroverfor har selskabet i brev af 8/3 2013 til nævnet bl.a. anført:

"**Hvad er der sket?**
Den 7. december 2012 ringer forsikrede og vil gerne anmelde en Kritisk Sygdom. Han oplyser, at han har fået indsat en stent i en kranspulsåre i hjertet. Han oplyser endvidere, at han tidligere har haft en blodprop i hjertet samt fået indsat en stent.

PFA oplyser både telefonisk og pr. malt, at forsikringen desværre ikke kan dække, da han tidligere har haft samme diagnose.

Forsikrede ønsker at klage over dette, og vi aftaler, at sende ham et ansøgningsskema og indhente de lægelige akter.

Den 16. december 2012 modtager vi Anmeldelse - Kritisk Sygdom (Bilag …), hvor der anmeldes indsættelse af stent i hjertet - ballonudvidelse, diagnosticeret den 19. november 2012. Endvidere er det oplyst, at forsikrede har haft en blodprop i hjertet i 2005.

Vi indhenter efter aftale, alle relevante lægelige akter fra … hospital (bilag …) samt … hospital (Bilag …) fra 2005 samt 2012.

Af journal fra … Hospital fremgår, at forsikrede den 26. juni 2005 får foretaget en ballonudvidelse (PCI) med indsættelse af stent i hjertet pga. kranspulsåreforkalkning.

Det fremgår endvidere, at forsikrede den 19. november 2012 igen får foretaget en ballonudvidelse (PCI) med indsættelse af stent i hjertet pga. kranspulsåreforkalkning. PFA sender afslag på udbetaling den 22. januar 2013 (Bilag …).

PFAs Klageafdeling fastholder afslaget på udbetaling i brev af 31. januar 2013. (Bilag …)
…
Hvad siger forsikringsbetingelserne
De relevante bestemmelser findes i forsikringsbetingelsernes § 7, nr. 2 og § 10 stk. 1. § 7 stk. 2.

Begrundelse for, at den anmeldte sygdom ikke er dækningsberettiget
Sagen er blevet forelagt PFA 's lægekonsulent, som vurderer, at begge ballonudvidelser (PCI), både den fra 2005 og den fra 2012, opfylder kriterierne i § 7 stk. 2.

Det er dermed ubestridt, at forsikrede både forud og efter forsikringens tegning, har fået foretaget en ballonudvidelse, som opfylder kriterierne i § 7. stk. 2.

Forsikringens undtagelsesbestemmelse i § 10 gælder uanset, hvor lang en periode, der er gået mellem de to diagnoser, og det har ingen relevans for sagen, om der er sammenhæng mellem diagnoserne.

Forsikringen for Kritisk Sygdom er tegnet via en firmaordning, hvor der ikke afgives helbredsmæssige oplysninger på tegningstidspunktet. Det er normalt, at man ved denne type af forsikringer tager forbehold for forudgående diagnoser.

Til støtte for vores afgørelse ønsker vi at henvise til tidligere ankenævnskendelse nr. 81.764.

Konklusion
PFA fastholder, at forsikrede ikke er berettiget til udbetaling ved Kritisk Sygdom efter forsikringsbetingelsernes § 7. nr. 2, idet han allerede før tegningstidspunktet har fået stillet en diagnose, som opfylder kriterierne i § 7. nr. 2 jf. § 10. stk. 1."

Nævnet har fået forelagt de bilag, parterne har fremlagt, herunder diverse journaloplysninger.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Dækning**
§ 6. Forsikringen dækker, hvis den forsikrede i forsikringstiden får stillet en af de diagnoser, der er nævnt i disse forsikringsbetingelsers § 7, og de øvrige betingelser for dækningen er opfyldt.
…
Stk. 3. Hver af de dækningsberettigede diagnoser kan kun give anledning til en udbetaling til den forsikrede. Hvis der allerede er sket udbetaling for en diagnose, der er nævnt i § 7, kan der ikke på et senere tidspunkt ske udbetaling for samme diagnose eller for en diagnose i samme kategori.
…
Dækningsberettigede diagnoser
§ 7. De følgende diagnoser anses for kritiske sygdomme, som kan give ret til udbetaling.
…
1. Større blodprop i hjertet /akut myokardieinfarkt) Større blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) definerer PFA Pension som akut opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv, som følge af pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet. Diagnosen skal

være baseret på en typisk stigning og fald af blodets indhold af biokemiske markører (troponin TnT eller kreatinkinase MB), sammen med mindst et af følgende kriterier:

a. Sygehistorie med pludseligt opståede vedvarende brystsmerter (symptomer på myokardieiskæmi)

b. Elektrokardiogramforandringer der tyder på iskæmi (ST-stigning eller fald)

c. Udvikling af patologiske Q-takker på elektrokardiogram.

Diagnosen skal være stillet på hospital eller af kardiologisk speciallæge, og den forsikrede skal være i live mindst 30 dage efter, diagnosen er stillet.

2. Hjertekaroperation på grund af svær kranspulsåreforkalkning (by-pass / PC/)
Hjertekaroperation på grund af svær kranspulsåreforkalkning (by-pass/PCI) definerer PFA Pension som revaskulariserende behandling ved kranspulsåreforkalkning af et eller flere af hjertets kar, som ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk. Herunder regnes:

a. Planlagt eller gennemført ballonudvidelse af *en* eller flere hjertepulsårer (PCI), evt. med indlæggelse af stent, eller

b. Planlagt eller gennemført åben hjertekirurgisk revaskularisering (by-pass operation) af en eller flere hjertepulsårer.

Ved planlagt operation skal den forsikrede være optaget på venteliste.

Den forsikrede skal være i live 30 dage efter operationen. Ved optagelse på venteliste skal den forsikrede være i live 30 dage efter optagelse på ventelisten.
…
Undtagen risiko
…
§ 10. Hvis den forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået stillet en diagnose, der opfylder betingelserne for at være dækningsberettiget - se bestemmelserne i § 7 - kan der ikke ske udbetaling efter den pågældende bestemmelse for diagnoser, der stilles i forsikringstiden. Dette gælder selv om den diagnose, der stilles i forsikringstiden, lægeligt set ikke har sammenhæng med den diagnose, der blev stillet inden forsikringstidens begyndelse. Der gælder dog særlige regler for cancer - se § 11.
…
Særligt om dækning ved cancerlidelser
§ 11. Den forsikrede kan få udbetaling for op til to cancerlidelser, der diagnosticeres i forsikringstiden, og som opfylder betingelserne for at være dækningsberettigede - se § 7, nr. 9.

Stk. 2. Forsikrede kan kun få udbetaling den anden gang, hvis den nye diagnose er stillet mindst syv år efter, at behandlingen af den første cancerlidelse er afsluttet.

Stk. 3. Hvis den forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret cancer, der opfylder betingelserne for at være en dækningsberettiget diagnose - se § 7, nr. 9 - kan den forsikrede kun få én udbetaling, og kun hvis den nye diagnose er stillet mindst syv år efter, at behandlingen af den første cancerlidelse er afsluttet."

6. 84.031

Nævnet udtaler:
Efter sin gennemgang af parternes indlæg og de fremlagte bilag finder nævnet at måtte lægge til grund, at klageren i 2005 blev behandlet med ballonudvidelse og indsættelse af stent, og at han efter forsikringens ikrafttræden i 2012 fik foretaget ny ballonudvidelse med indsættelse af stent.

Under henvisning til forsikringsbetingelsernes § 10, stk. 1, finder nævnet herefter ikke grundlag for at pålægge selskabet at udbetale forsikringssummen, idet ovennævnte diagnoser begge må antages at opfylde kriterierne i § 7, nr. 2.

Det, som klageren i øvrigt har anført, findes ikke at kunne føre til et andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen

udskriften bekræftes

Henning Jønsson