Ankenævnet for Forsikring

939/14

Den 23. april 2014 blev i sag nr. 85.126:

xxxxx xxxxxxxx
xxxxx xxxx xxx xx xxxxxx
xxxx xxxxxx x

mod

PenSam Forsikring A/S
Jørgen Knudsens Vej 2
3520 Farum

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren er i tilknytning til sin ansættelse omfattet af arbejdsmarkedspensionsordningen Pension 90, Fleksion med dækning ved visse kritiske sygdomme i PenSam Forsikring A/S. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen i forbindelse med anmeldelse af en blodprop i hjertet den 12/10 2012.

Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at han ikke opfylder kriterierne for dækning.

I 'Vejledning og begæring om udbetaling' underskrevet af klagerens læge den 20/11 2012 er anført, at klageren har haft et Akut Myocardie Infarkt/blodprop i hjertet den 12/10 2012.

På spørgsmålet i skemaet, om han tidligere har haft en kritisk sygdom, har han svaret:

"Ja, 2004 + 2005. Blodprop i hjertet begge gange."

Af vejledningen fremgår en detaljeret beskrivelse af de gældende dækningsberettigende diagnoser.

Af hospitalsjournal af 17/2 2004 fremgår bl.a.:

"I Lidocain 0,5% non vas

via a. femoralis dx.
gøres PCI (RD2 + CX)
med STENTNING i begge
med umiddelbart vellykket resultat. Ingen reststenose eller dissektion.
Punkturstedet lukkes med Duett"

Af hospitalsjournal af 26/5 2005 fremgår bl.a.:

"I Lidocain 1% non vas
via a. femoralis dx
gøres PCI instent restenose på CX
med STENT (2,5/23 mm)
med umiddelbart vellykket resultat. Ingen reststenose eller dissektion. Punkturstedet lukkes med Angioseal."

Af hospitalsepikrise af 12/10 2012 fremgår bl.a.:

"Diagnoser:
Aktionsdiagnose: DI213 ST-elevations akut myokardieinfarkt uden Q-taksudvikling
Operativt indgreb:
Primær operation: KFNG05A Prim. perkut. translum. plastic på kor-a. (PTCA) m. stent"

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning i brev af 10/12 2012 til klageren, idet det bl.a. fremgår:

"Den 01.05.2005 blev du omfattet af forsikring ved visse kritiske sygdomme.

I din begæring og i de lægelige akter fremgår det, at du første gang fik foretaget en ballonudvidelse (PCI) i februar 2004. På dette tidspunkt var du desværre ikke omfattet af dækningen ved kritisk sygdom.

Begrænsningen er indført i dækningen, for at indbetalingerne til forsikringen kan dække udbetalingerne.

Ifølge dine lægelige akter fik du den 12.10.2012 diagnosticeret en blodprop i hjertet.

Din aktuelle blodprop i hjertet kan derfor ikke medføre en udbetaling, fordi du tidligere har fået foretaget en ballonudvidelse, da denne udelukker en eventuel senere udbetaling ved diagnose D 'Akut blodprop i hjertet'.

For god ordens skyld vedlægger jeg forsikringsbetingelserne til dig, hvor du kan læse mere om forsikringens begrænsninger under § 11 og diagnose C 'Planlagt eller gennemført bypass-operation i hjertes kranspulsårer samt ballonudvidelse'."

I sin klage til nævnet af 26/9 2013 har han krævet udbetaling af sum ved kritisk sygdom og har til støtte herfor anført:

"PenSam Forsikring afviser at udbetale forsikring for kritisk sygdom.

Jeg fik i oktober 2012 en blodprop i hjertet, og denne blodprop havde ikke noget at gøre med konstaterede forsnævringer i hjertets kranspulsårer i 2004 og 2005."

Selskabet har over for nævnet i brev af 17/10 2013 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

"Mange sygdomme og diagnoser er alvorlige og kritiske, men Forsikring ved visse kritiske sygdomme er karakteriseret ved, at kun nøjagtig de diagnoser, som præcist opfylder de kriterier, som er opstillet i forsikringens betingelser, og som stilles i forsikringstiden, vil kunne give ret til udbetaling fra Forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Kriterierne for ret til udbetaling fremgår af betingelserne for Fleksion, 3.1. Forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Som det fremgår af betingelserne er det for det første afgørende for, om der opnås ret til udbetaling af sum fra Forsikring ved visse kritiske sygdomme, at diagnosen omfattes af forsikringen, at diagnosen er stillet i forsikringstiden, og at kunden ikke har fået stillet samme eller tilsvarende diagnose, inden forsikringen trådte i kraft.

Det fremgår af de lægelige oplysninger, at [klageren] fik foretaget bypass-operation i 2004, dvs. før forsikringens ikrafttræden. Han opnår allerede af den grund ikke ret til udbetaling af sum fra Forsikring ved visse kritiske sygdomme for senere diagnosticering med diagnoserne 'bypass-operation' eller 'Akut blodprop i hjertet'.

Det fremgår videre af de lægelige oplysninger, at [klageren] desuden fik foretaget bypass-operationer i 2005 og i 2012. Dette ændrer ikke på mulighederne for at opnå dækning for disse diagnoser, igen fordi den tilsvarende diagnose er stillet tidligere.

Det fremgår af begæring om udbetaling af sum fra Forsikring ved visse kritiske sygdomme, at [klageren] i 2012 har fået stillet diagnosen 'blodprop i hjertet', og at han både i 2004 og i 2005 har fået stillet samme diagnose.

Det fremgår klart af de lægelige oplysninger, at der er foretaget bypass-operation med anlæggelse af flere stents både i 2004, 2005 og 2012. Derimod er det ikke ganske klart, om der også hver gang har været blodprop i hjertet.

Afgørende er imidlertid, at der er foretaget bypass-operation, fordi dette i alle tilfælde efter betingelserne udelukker dækning af ny diagnose med 'bypass-operation' og 'Akut blodprop i hjertet'.

Dækning af de 2 diagnoser hænger sammen, og som det fremgår … er det udtrykkeligt fremhævet, at den ene diagnose udelukker den anden.

Hvis [klageren] havde været omfattet af forsikringen første gang, han fik foretaget bypass-operation, ville han have fået ret til udbetaling af sum fra Forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Imidlertid har [klageren] utvivlsomt fået stillet diagnosen første gang, før forsikringen trådte i kraft, og han opnår derfor ikke ret til dækning med sum fra Forsikring ved visse kritiske sygdomme i arbejdsmarkedspensionsordningen for den senere diagnose.

Vores afgørelse
[Klageren] har ikke fået stillet en diagnose i forsikringstiden, som giver ret til udbetaling af sum fra Forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Vi fastholder derfor vores afslag på dækning fra Forsikring ved visse kritiske sygdomme på det foreliggende grundlag."

Der har efterfølgende været korrespondance mellem parterne, men der er ikke herunder fremkommet nyt lægeligt materiale.

Nævnets sekretariat har endvidere i brev af 13/2 2014 anmodet selskabet om at få tilsendt "de fulde kriterier for diagnose C i forsikringens betingelser". Endvidere har sekretariatet i brevet anmodet om oplysning om, hvorvidt klageren har modtaget disse.

Selskabet har i brev af 20/2 2014 besvaret brevet som følger:

"De har ved brev af 13.02.2014 bedt os om yderligere oplysninger i sagen.

Vi skal i den forbindelse henvise til, at det følger af betingelser for Fleksion, punkt 3.1.2., bullit 5, hvilke diagnoser A. - V. oplistet i kort form, der som udgangspunkt er omfattet af forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Det fremgår under oplistningen af diagnoserne, at:

'Sygdommen omfattes af dækning, når den opfylder de betingelser, som fremgår i Vejledning og begæring om udbetaling'.

De fulde betingelser for diagnose C., fremgår af den 'Vejledning og begæring om udbetaling - Forsikring ved visse kritiske sygdomme', som [klageren] har modtaget og efterfølgende udfyldt og fået underskrevet af sin læge.

Kopi af 'Vejledning og begæring om udbetaling - Forsikring ved visse kritiske sygdomme' er vedlagt vores brev 17.10.2013, og vedlægges ligeledes nærværende brev."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"3.1.2. Hvornår udbetales forsikring ved visse kritiske sygdomme?
PenSam udbetaler forsikringssummen, hvis
…
Kunden får diagnosticeret en af følgende sygdomme i forsikringstiden og efter den 01.07.2009:
…
C. Planlagt eller gennemført bypass-operation i hjertets kranspulsårer
D. Akut blodprop i hjertet
…

5. 85.126

Sygdommen omfattes af dækning, når den opfylder de betingelser, som fremgår i Vejledning og begæring om udbetaling.

3.1.5. Hvornår udbetales forsikring ved visse kritiske sygdomme ikke? PenSam udbetaler ikke forsikring ved visse kritiske sygdomme, hvis
…

- kunden har fået stillet samme eller tilsvarende diagnose, inden forsikringen trådte i kraft. Det er uden betydning, hvornår kunden selv har fået kendskab til diagnosen, ligesom det er uden betydning, om der er en sammenhæng mellem de 2 diagnoser

- diagnosen er 'Planlagt/gennemført bypass-operation' (C), og kunden tidligere har fået stillet diagnosen 'Akut blodprop i hjertet' (D)

- diagnosen er 'Akut blodprop i hjertet' (D), og kunden tidligere har fået stillet diagnosen 'Planlagt/gennemført bypass-operation' (C)
  …

Af Vejledning og begæring om udbetaling - Forsikring ved visse kritiske sygdomme fremgår bl.a.:

"**C**. **Diagnosen 'Planlagt bypass-operation i hjertets kranspulsårer (planlagt bypass-operation af koronarsklerose)**
Ved planlagt/gennemført bypass-operation i hjertets kranspulsårer forstås, at forsikrede har fået foretaget eller er optaget på en venteliste til hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering), der omfatter en eller flere kranspulsårer med anlæggelse af vene og/eller arterie-grafts, eller ballonudvidelse med eller uden anlæggelse af stent.

D. Diagnosen 'Akut blodprop i hjertet (hjerteinfarkt)'
Ved blodprop i hjertet (hjerteinfarkt) forstås akut opstået henfald af en del af hjertets muskulatur som følge af utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet. Diagnosen skal være baseret på mindst 2 af følgende 3 kriterier:

1. Sygehistorie med typiske, vedvarende brystsmerter
2. Samtidigt opståede elektrokardiografiske forandringer, forenelige med diagnosen: Akut myokardieinfarkt
3. Samtidig opfylde følgende:

Signifikant forhøjelse af blodværdierne for plasma troponin-T eller det hjertespecifikke enzym CK-MB. I tvivlstilfælde kan myokardiescintigrafi og ekkokardiografi indgå i bedømmelsen. Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk eller internmedicinsk afdeling, af en kardiologisk speciallæge eller af en speciallæge i intern medicin."

6. 85.126

Nævnet udtaler:
Efter sin gennemgang af sagen - herunder de lægelige journaludskrifter - finder nævnet at kunne lægge til grund, at klageren, før forsikringsdækningen ved visse kritiske sygdomme trådte i kraft i 2005, fik stillet diagnosen "Planlagt bypass-operation i hjertets kranspulsårer", idet det af journalen fremgår, at han den 17/2 2004 fik foretaget anlæggelse af stent i 2 af hjertets kranspulsårer.

Af de ovenfor citerede forsikringsbetingelser fremgår, at der ikke er dækning, såfremt forsikrede i forbindelse med anmeldelse af diagnosen akut blodprop i hjertet har været diagnosticeret med "Planlagt/gennemført bypass-operation" (C) før forsikringens ikrafttrædelse.

Nævnet finder, at der i forsikringsbetingelserne er en sådan sammenhæng mellem diagnoserne C og D, at nævnet ikke kan kritisere, at selskabet med henvisning til forsikringsbetingelserne og den uddybende forklaring af diagnoserne i "Vejledning og begæring om udbetaling" har afvist at yde forsikringsdækning.

Nævnet finder det dog uheldigt, at den uddybende forklaring af diagnoserne kun fremgår af den vejledning, der blev sendt til klageren i forbindelse med anmeldelsen, da en bypass-operation er et langt større indgreb end en PCI (ballonudvidelse), som klageren fik foretaget inden forsikringens ikrafttrædelse. Han kunne derfor ikke ved alene at læse forsikringsbetingelserne gå ud fra, at diagnosen "Planlagt eller gennemført bypass-operation i hjertets kranspulsårer" også skulle omfatte PCI behandling. Dette forhold kan imidlertid ikke føre til et andet resultat, da forsikringsbetingelserne henviser til "Vejledning og begæring om udbetaling".

7. 85.126

Derfor

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Kim Sparlund