Ankenævnet for Forsikring

Den 5. november 2014 blev i sag nr. 86362:

xxxxxx xxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

Forsikrings-Aktieselskabet Alka
Engelholm Alle 1
2630 Taastrup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme i Forsikrings-Aktieselskabet Alka. Hun klager over selskabets afslag på at yde forsikringsdækning ved en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren ikke har fået stillet en dækningsberettigende diagnose.

Klageren har desuden indgivet klage over Codan Forsikring A/S, hvori hun ligeledes havde en forsikring ved visse kritiske sygdomme. Denne klage, som også vedrører spørgsmål om forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme, behandles af nævnet under sagsnummer 86088.

Ved skadeanmeldelse modtaget hos selskabet den 17/10 2013 oplyste klageren, at hun havde været kritisk syg, idet det bl.a. fremgår:

"Spørgsmål til forsikrede/anmelderen

1. Hvad er sygdommens navn? Mistanke om karsygdom/karsulitis og betændelse i tarm, indlagt i 7 mdr. Man fandt ikke en endelig diagnose
2. Hvornår blev du syg? (Evt. diagnosedato Dato: 05/4 År 2009
3. Angiv dato for dit første lægebesøg i forbindelse med dine symptomer Dato: 15/4 År 2009 [til] 31/12 2011
4. Har du tidligere haft en kritisk sygdom (se evt. brochure udleveret ved indtræden i ordningen)

2. 86362

Hvis ja hvilken ? Akut tarmperforation 1999
"

Selskabet indhentede journalmateriale vedrørende klagerens sygdom, og ved brev af 7/1 2014 til klageren meddelte selskabet afslag på forsikringsdækning, idet det bl.a. blev anført:

"**Begrundelse**
Forsikringen ved Visse Kritiske Sygdomme dækker en række på forhånd fastsatte diagnoser, som fremgår af forsikringsbetingelserne i vedlagte brochure. Det betyder, at forsikringen ikke generelt dækker alle alvorlige og/eller livstruende diagnoser, men kun de diagnoser, som fremgår af forsikringsbetingelserne."

Selskabet fastholdt sin afgørelse i brev af 14/1 2014 til klageren. I brev af 27/2 2014 til selskabet oplyste klageren bl.a.:

"Der blev aldrig stillet nogen diagnose, trods utallige forsøg, og bevismaterialet blev ødelagt fordi man til sidst så sig nødsaget til at give mig 1000 mg. Cortikosteroid dagligt, for at jeg ikke skulle tage billetten. Hvis I ikke opfatter det som en kritisk sygdom, ved jeg snart ikke hvad man så skal forstå som sådan.
Hermed anker jeg jeres afgørelse, samtidig med at jeg refererer til Medicinsk Hepato-Gastrologisk Afdeling V. …"

Klageren fremsendte sin sygehusjournal samt en udateret udtalelse fra en speciallæge i reumatologi, hæmatologi og intern medicin til selskabet i brev af 10/3 2014. Af den vedlagte udtalelse fremgår det bl.a. om klagerens sygdom:

"Ovennævnte … [klageren] havde i 1999 en spontan perforation af tarmen kompliceret af peritonitis. Blev opereret og kom sig. Efterforløbet kompliceret af brok i cikatrisen.

I maj 2009 indlagt med mavesmerter, febrilia, vægttab, diarre op til 12 gange dagligt. CT-scanning viste '*inflammation sv.t. duodenum/jenunum med infiltration af det mesenterielle væv og forstørrede glandler i tarmkrøset'* samt *'ødem omkring colon descendensn .* Gastroskopi viste *'adynamisk, black (nekrotisk) eosofagus'* med *'betydelige iskæmiske læsioner i duodenum og proximale jejunum'* med *'typisk udstansede iskæmiske læsioner'.* På grund af '*stærk suspicio for vaskulitsygdom i mavetarmgebetet'* blev der behandlet med højdosis prednison med umiddelbart effekt. Efter et langvarigt forløb kompliceret af multiorgansvigt omfattende sepisis (lavt blodtryk, tackypnoe, febrilia), gentagne blødningsepioder med transfusion med > 20 portioner blod og > 10 portioner frisk-frosset-plasma, koagulationsproblemer behandlet med faktor VII (NovoSeven), hypertensivt lungeødem, mistanke om vaskulit i koronarkarrerne (pludselige brystsmerter og forhøjet TNT), 3 lifter blødning efter arteriografien (hvilket krævede reoperation), bristning af cikatricen, predinsonudløst sukkersyge, komponent af choknyre og dyb venetrombose i benet (i poplitea til midt på femur).

Blev afsluttet november 2009.

Konklusion:

Livstruende og særdeles kompliceret multiorgansygdomsforløb, hvor der diagnosen vaskulit/polyarteritis nodosa ikke har kunnet verificeres på de udførte prøver (blodprøver, CT-angiografi), der imidlertid alle blev gennemført efter højdosis prednison, der blev opstartet på vital indikation.

Der er dog ingen tvivl om, at der på baggrund af det kliniske respons på prednison har været en betydelig og afgørende inflammatorisk komponent i sygdomsforløbet.

Det er ligeledes nærliggende at antage, at den tidligere tarmperforation i 1999 har samme etiologi som sygdomsforløbet i 2009, hvorfor der vil være en risiko for fornyet aktivitet i sygdommen.

På ovennævnte baggrund findes forløbet samlet at kunne sidestilles med 'Andre livstruende sygdomme' i paragraf 14 i 'Bekendtgørelse om udbetaling af kapitalpension m.v. ved livstruende sygdom'."

Ved brev af 20/3 2014 til klageren anførte selskabet bl.a.:

"**Begrundelse**
Forsikringen ved Visse Kritiske Sygdomme dækker kun de diagnoser, der er nævnt i forsikringsbetingelsernes § 3, uanset at der findes mange andre alvorlige og livstruende diagnoser, som ikke er nævnt i forsikringsbetingelserne.

Det er derfor ikke muligt at udbetale forsikringssummen for andre diagnoser end dem, der er anført i forsikringsbetingelserne.

Bekendtgørelse om udbetaling af kapitalpension m.v. ved livstruende sygdom omfatter ikke forsikringer ved Visse Kritiske Sygdomme, hvorfor der ikke kan ske udbetaling fra forsikringen med baggrund i bekendtgørelsen."

Sagen blev efterfølgende forelagt selskabets fællesnævn til vurdering, og i brev af 30/4 2014 fra fællesnævnet til klageren hedder det bl.a.:

"Du fremsendte ved brev af 10. marts 2014 kopi af journalen, brev fra speciallæge … samt Skatteministeriets bekendtgørelse om udbetaling af pensioner ved livstruende sygdomme og Alka Forsikring forelagde sagen for selskabets lægekonsulent.

Lægekonsulenten udtalte, at det fremgik, at diagnosen var Polyarteritis nodosa, som var en vaskulitisk sygdom (betændelse i blodårerne). Der var tale om en alvorlig sygdom, men ikke en sygdom, der var dækket i henhold til de for forsikringen gældende betingelsers § 3.
…
BEGRUNDELSE
Forsikringen for Visse Kritiske Sygdomme giver, med henvisning til forsikringsbetingelsernes § 2, ret til udbetaling når forsikrede i forsikringstiden får stillet en af de i § 3 anførte diagnoser.

De dækningsberettigede diagnoser fremgår således af forsikringsbetingelsernes § 3. Forsikringen dækker desværre ikke generelt alle omfattende indgreb eller kritiske sygdomme, men kun de i § 3 specifikt nævnt 20 diagnoser.

Det er alene den stillede diagnose, der afgør om en sygdom er dækningsberettiget eller ej og ikke, om sygdommen har været kritisk - det være sig subjektivt eller objektivt.

Hvorvidt de gener den enkelte sygdomsramte oplever, som følge af sin sygdom, lægeligt kan sammenlignes med gener, som opleves i forbindelse med andre diagnoser kan heller ikke lægges til grund for en vurdering, uanset hvor meget generne end måtte ligne hinanden.

Hvilke diagnoser der tilbydes dækning for på den udbudte forsikring fastlægges efter en samfundsmæssig og lægefaglig vurdering og der følges løbende op på om dækningerne skal udvides til at omfatte nye diagnoser.

De dækningsberettigede diagnoser er nøje afstemt mellem både ønsker til dækningen, hyppighed i samfundet og den præmie der skal betales for dækningen. En konsekvens af en udvidelse af dækningsberettigede diagnoser på forsikringen vil være en stigning i præmien.

Dette ændrer imidlertid ikke på, at det kun er de i forsikringsbetingelsernes § 3 anførte diagnoser der dækkes på forsikringen.

Fællesnævnet har stor forståelse for, at det er en alvorlig diagnose og at du har været igennem et meget voldsomt forløb, men har ikke hjemmel til at fravige de gældende forsikringsbetingelser og kan derfor ikke kritisere Alka Forsikring for at afvise udbetaling af sum for kritisk sygdom i den aktuelle sag.

Afslutningsvis skal Fællesnævnet bemærke, at den fremsendte bekendtgørelse ikke er anvendelig på sagen, da der er tale om en bekendtgørelse om den skattemæssige behandling af pensionsforsikringer, der udbetales før det fyldte 60. år, såfremt de udbetales som følge af en livstruende sygdom.

Forsikringen for Visse Kritiske Sygdomme er ikke en kapitalpension eller pension i det hele taget og er ikke reguleret af bekendtgørelsen (hvilket også fremgår af bekendtgørelsens § 1 som definerer anvendelsesområdet).

Forsikringen for Visse Kritiske Sygdomme er en skadeforsikring, hvor forsikringsbegivenheden (den diagnose som giver ret til udbetaling af forsikringssummen) er direkte og udtømmende anført i de gældende forsikringsbetingelsers § 3."

I klageskemaet af 19/6 2014 til har klageren anført:

"**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …**
Kritisk syg 2009. Afvisning under [kritisk sygdom]

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
En erstatning for kritisk sygdom."

Selskabet har i sit svar af 25/6 2014 til nævnet bl.a. gjort gældende:

"Alka Forsikring modtog ved brev af 10. marts 2014 kopi af journalen, brev fra speciallæge samt Skatteministeriets bekendtgørelse om udbetaling af pensioner ved livstruende sygdomme og forelagde sagen for selskabets lægekonsulent.

Lægekonsulenten udtalte, at det fremgik, at diagnosen var Polyarteritis nodosa, som var en vaskulitisk sygdom (betændelse i blodårerne). Der var tale om en alvorlig sygdom, men ikke en sygdom, der var dækket i henhold til de for forsikringen gældende betingelsers § 3.

Alka Forsikring fastholdt således ved brev af 20. marts 2014 den trufne afgørelse og uddybede baggrunden i henhold til betingelserne og forklarede, at bekendtgørelsen om udbetaling af pensioner ved livstruende sygdomme ikke fandt anvendelse på den tegnede forsikring.

Klager bad om, at hendes sag blev forelagt Fællesnævnet, som modtog sagen den 31. marts 2014. Fællesnævnet gav ved afgørelse af 30. april 2014 Alka Forsikring medhold i den trufne afgørelse.

Sagen er nu indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Forsikringen for Visse Kritiske Sygdomme giver, med henvisning til forsikringsbetingelsernes § 2, ret til udbetaling, når forsikrede i forsikringstiden får stillet en af de i § 3 anførte diagnoser.

De dækningsberettigede diagnoser fremgår således af forsikringsbetingelsernes § 3. Forsikringen dækker ikke generelt alle omfattende indgreb eller kritiske sygdomme, men kun de i § 3 specifikt nævnte 20 diagnoser.

Det er alene den stillede diagnose, der afgør om en sygdom er dækningsberettiget eller ej og ikke, om sygdommen har været kritisk - det være sig subjektivt eller objektivt.

Hvorvidt de gener den enkelte sygdomsramte oplever, som følge af sin sygdom, lægeligt kan sammenlignes med gener, som opleves i forbindelse med andre diagnoser kan heller ikke lægges til grund for en vurdering, uanset hvor meget generne end måtte ligne hinanden.

Klager har fået stillet diagnosen Polyarteritis Nodosa (betændelse i blodårerne) og vi har naturligvis forståelse for, at klager har været igennem et alvorligt sygdomsforløb. Diagnosen er imidlertid - med henvisning til forsikringsbetingelsernes § 3 - ikke omfattet af forsikringen for visse kritiske sygdomme, og vi må således fastholde, at der ikke kan udbetales sum for kritisk sygdom.

Ved mail af 21/7 2014 til nævnet fremsendte klageren en udtalelse af 8/7 2014 fra Sundhedsstyrelsen. Af udtalelsen fremgår det bl.a.:

"Med brev af 1. april 2014 har Skat anmodet Sundhedsstyrelsen om en udtalelse, om hvorvidt [klagerens] sygdom kan betegnes som en livstruende sygdom, der kan ligestilles med en eller flere af de i bekendtgørelsens §§2-13 opregnede sygdomme.
…
Det fremgår af den fremsendte dokumentation, at [klageren] har oplevet to tilfælde af akut livstruende situationer med særdeles vanskeligt og kompliceret multiorgansygdomsforløb på baggrund af en i henhold til behandlingsrespons foreliggende grundsygdom med inflammatorisk vaskulitis i mave-tarmgebetet. Det vurderes af speciallægen, at der på baggrund af forløbet vil være risiko for fornyet aktivitet sygdommen.

På det foreliggende er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at den nævnte sygdom hos denne konkrete patient har vist sig at være meget voldsom, periodevis har været akut livstruende

med inddragelse af mange påvirkede organer og følger og en risiko for fornyet aktivitet. Sundhedsstyrelsen finder derfor i dette konkrete tilfælde, at den pågældende sygdom vil kunne sidestilles med en livstruende sygdom svarende til §§ 2 - 13."

I brev af 29/7 2014 fastholdt selskabet sin vurdering af sagen, idet det bl.a. fremgår:

"Selskabet afviser ikke at den diagnosticerede sygdom er alvorlig og kan betegnes som livstruende, men som det fremgår af betingelserne for Forsikringen for Visse Kritiske Sygdomme er der tale om en skadeforsikring, hvor forsikringsbegivenheden (den diagnose som giver ret til udbetaling af forsikringssummen) er direkte og udtømmende anført i de gældende forsikringsbetingelsers § 3."

Parterne har efterfølgende fremsendt yderligere bemærkninger i mails fra klageren af 4/8 2014,19/8 2014 og 3/9 2014, samt breve fra selskabet af 13/8 2014 og 29/8 2014. Denne korrespondance er blevet forelagt nævnet.

Nævnet er også blevet forelagt en kopi af journalmateriale fra klagerens praktiserende læge og sygehuset, hvor klageren modtog behandling.

I forsikringsbetingelserne hedder det bl.a.:

"**§ 2. Udbetaling ved Visse Kritiske Sygdomme**
Retten til udbetaling ved Visse Kritiske Sygdomme indtræder, når forsikrede i forsikringstiden, får stillet en af de i § 3 anførte diagnoser, se dog § 10 om undtagen risiko. Forsikringstiden ophører ved forsikredes død.
For medlemmer, der optages i ordningen fra og med 1. april 2003 gælder en 3 måneders karensperiode, der regnes fra datoen for indtræden. Karensperioden betyder, at visse kritiske sygdomme, der stilles diagnose for inden for de første 3 måneder, ikke er dækket af forsikringen. Personer, der genindmeldes i [fagforeningen] inden udløbet af en tidligere forsikringsperiode jf. § 14 og som ved [fagforenings]-medlemskabets ikrafttræden optages i ordningen, er ikke omfattet af karensperioden. Udbetalingen omfatter den forsikringssum, der var gældende den dag, hvor sygdommen blev diagnosticeret.
Inden udbetaling kan finde sted, må der forevises den dokumentation, som Alka finder nødvendig. Udbetaling sker til forsikrede selv. Hvis forsikrede dør efter Alka har modtaget en skadeanmeldelse og inden forsikringssummen er udbetalt, udbetales summen til forsikredes bo."

Nævnet udtaler

Det fremgår af sagen, at klageren blev behandlet for en mave-tarmsygdom i 2009. Ifølge udtalelse af 8/7 2014 fra Sundhedsstyrelsen var der tale om en alvorlig og i perioder akut livstruende lidelse.

7. 86362

Ifølge de gengivne forsikringsbetingelser ydes der forsikringsdækning, når der stilles en diagnose, der er nævnt i forsikringsbetingelserne.

Nævnet finder efter sin gennemgang af sagen, at klageren ikke har fået stillet en diagnose, der er omfattet af forsikringsbetingelserne. Uanset alvorligheden af klagerens sygdom kan nævnet derfor ikke kritisere selskabets afslag på dækning.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen

Udskriftens rigtighed bekræftes

Kim Sparlund