Ankenævnet for Forsikring

Den 6. maj 2015 blev i sag nr. 86806:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Skandia Danmark
Kay Fiskers Plads 9
2300 København S

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme i Skandia Danmark. Han klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for en anmeldt kritisk sygdom (aortaaneurysme).

Klageren ansøgte den 5/8 2014 om dækning ved visse kritiske sygdomme, idet han havde fået konstateret en aortaaneurysme (udposning på hovedpulsåren). Selskabet afviste udbetaling med henvisning til, at klageren fik stillet diagnosen, før forsikringen trådte i kraft den 1/7 2014.

Af klagerens ansøgning fremgår bl.a.:

"**Spørgsmål**

1	Hvad er sygdommens navn/diagnose?	UDPOSNING PÅ HOVED PULS ÅRE
2	Hvornår havde du første gang symptomer på sygdommen, og hvilke symptomer havde du?	Dato: 2010 Symptomer: INGEN – BLEV OPDAGET TILFÆLDIGT OG KOM UNDER OBSERVATION

"

Selskabet afviste dækning i brev til klager af 22/9 2014. Klager kontaktede derefter sin forsikringsrådgiver. I klagers mail fremgår bl.a.:

> "I foråret skiftede min virksomhed [firmanavn og by] pensionskasse fra ... og til jer. På jeres salgsmøde i firmaet gjorde i indtil flere gange opmærksom på at i ikke ville bruge tid på at indhente helbredsoplysninger, sygejournaler m.v. da det var vigtigere for jer at koncentrere jer om at give den bedst mulige service osv.
>
> Jeg er nu blevet opereret for aortaaneurisme (udposning på hovedpulsåren) der er anerkendt som kritisk sygdom. Skandia vil imidlertid ikke udbetale beløbet for kritisk sygdom, da lidelsen blev opdaget i 2010 og er blevet kontrolleret årligt siden. Ved kontrol d.
> 30. juni (dagen inden vi overgår til jer) bliver det opdaget at udposningen har nået en måske kritisk størrelse og jeg bliver indkaldt til MR scanning d. 4 juli og efterfølgende ambulant forundersøgelse d. 4. august hvor det er konstateret at der er tale om kritisk størrelse og der bliver truffet beslutning om operation.
>
> Jeg blev opereret d. 25. august og er foreløbig sygemeldt til 25. oktober.
>
> Skandia frasiger sig ansvaret pga. en 7 års regel som jeg aldrig har hørt om og at den kritiske størrelse skulle være nået dagen inden vi overgik til jeres pensionskasse.
>
> Jeg synes det er lidt sent at bede om helbredsoplysninger når skaden er sket.
>
> Vil du være venlig at kigge på sagen?"

Klagerens forsikringsrådgiver anførte i mail af 23/9 2014 til klageren heroverfor bl.a.:

> "Jeg har nu undersøgt din sag.
>
> Det, som har relevans, er, at den 30. juni bliver der konstateret at din sygdom er så kritisk at der kan være mulighed for dækning.
>
> På det tidspunkt var du kunde i ..., og derfor skal ... hjælpe dig.
>
> Det som du skriver omkring 7 års reglen har ikke relevans i forhold til din nye ordning i det her tilfælde.
>
> Generelt er det rigtigt, at har man allerede fået konstateret en kritisk sygdom, selvom den ikke er nået et stadie, hvor du kan have krav på en udbetaling, så vil der gå op til 7 år, fra sidste kontrol, før denne dækning igen kan være udbetalingsberettiget."

Klageren anførte i mail af 24/9 2014 til forsikringsrådgiver heroverfor bl.a.:

> "Datoen 30.06.2014 er blot en dato for den årlige kontrol og tilfældig. Der kan man i lighed med de forgangne år konstatere at aneurismen er vokset en lille smule og nærmer sig en størrelse, hvor der kan blive tale om operation. Det foregår ved en ultralydskanning der ikke er nøjagtig og derfor bliver jeg indkaldt til MR scanning (08.07.2014) så man kan få et nøjagtigt billede af aneurismen og på det grundlag træffe beslutning om den videre fremfærd. Jeg får ca. 10 dage efter en ny indkaldelse til undersøgelse 04.08.2014 og det er ved den undersøgelse konstateret at aneurismen har en kritisk form og størrelse der gør at man indstiller til operation.

Det er datoen 04.08.2014 der er gældende og på dette tidspunkt er jeg kunde hos jer.

Lægerne gør her opmærksom på muligheden for udbetaling af forsikring (for så vidt jeg har en) da der er tale om en kritisk sygdom og jeg anmelder sygdommen."

Klagerens forsikringsrådgiver bemærkede i mail af 24/9 2014 til klageren heroverfor bl.a.:

"Jeg kan sagtens følge dine argumenter, men vi kan ikke gøre andet end at forholde os til betingelserne i de selskaber du har været involveret i.

Som jeg nævnte for dig i tidligere mail, så er det datoen hvor forværring/ konstateres, som er tællende.

Det er ikke os, der bestemmer dette - det er betingelserne.

Jeg har talt med både Skandia og ... - begge fortæller mig, at det er datoen den 30.06.2014 der er afgørende og derfor kan vi og Skandia ikke gøre noget ift. Kritisk sygdom - den skal ... tage sig af.

Jeg tillod mig at spørge ..., om du havde anmeldt skaden i ... - det sagde de nej til - så det er bare med at få ringet til dem."

Klageren indbragte den 8/10 2014 sagen for nævnet. I klageskemaet har han bl.a. anført:

"**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen**.
I foråret 2014 skiftede min virksomhed [firmanavn og by] pensionskasse fra ... og til Jysk Pension. På Jysk Pensions salgsmøde i firmaet gjorde i indtil flere gange opmærksom på at i ikke ville bruge tid på at indhente helbredsoplysninger, sygejournaler m.v. da det var vigtigere for dem at koncentrere sig om at give den bedst mulige service etc..

Jeg er nu blevet opereret for aortaaneurisme (udposning på hovedpulsåren) der er anerkendt som kritisk sygdom. Skandia (der er Jysk Pensions forsikringsselskab) vil imidlertid ikke udbetale beløbet for kritisk sygdom.

Aneurismen blev opdaget tilfældigt i 2010 i forbindelse med undersøgelse af galdeblære og er blevet kontrolleret årligt siden. Ved kontrol d. 30. juni fik jeg at vide den var vokset og jeg ville høre nærmere. Jeg fik brev d. 4 juli med indkaldelse til MR scanning d. 8 juli og efterfølgende ambulant forundersøgelse d. 4. august hvor det var konstateret at der var tale om kritisk størrelse og der blev truffet beslutning om operation. Jeg blev opereret d. 25. august.

I afslaget fra Skandia henviste de til en 7 års regel jeg ikke forstod noget af og at diagnosen var stillet inden Skandias forsikring tråde i kraft pr. 01.07.2014. Derfor henvendte jeg mig til den agent i Jysk Pension der solgte pensionsordningen og forsikringen til min arbejdsplads.
…
Jeg har undersøgt sagen med ..., der ved min tilbagevenden til dem (i 2012) som pensionskasse i mit tilfælde har taget forbehold for Aortaaneurisme, hvilket jeg først nu er blevet opmærksom på.

4. 86806

Klage over afgørelse fra Skandia / Jysk Pension:

Det undrer mig, at Skandia over for mig anfører, at jeg har fået stillet diagnose og gået til kontrol før sygdomsdækningen starter 01.07.2014, men over for Jysk Pension anfører at det kun er datoen d. 30.06.2014 hvor der er opdaget en mulig forværring der er skelsættende.

Her er der nogen tvivl:
Scanningen blev fortaget d. 30.06.2014 - resultatet bliver først behandlet på konference 01.07.2014.

I betingelserne pkt. 1.4 står der at det er diagnosetidspunktet der er afgørende. Diagnosen gående på kritisk størrelse af aneurismen kan tidligst være stillet ved konferencen 01.07.2014.

Det undrer mig at Skandia ved at fastholde 30.06.2014 som dato for diagnose anerkender ultralydsundersøgelse alene som godkendt til diagnostisering, når der i deres egne betingelser pkt. 7 står aortagrafi samt ultralydsundersøgelse. Som jeg læser pkt. 7 kan ultralydsundersøgelse ikke stå alene, men skal suppleres aortagrafi for at være gyldig til diagnose. Dette fremgår også tydeligt af notatet fra konferencen 01.07.2014, hvor man rekvirerer en nøjagtig scanning så man kan få stillet den rigtige diagnose.

Det undrer mig at Skandia / Jysk Pension nu kan bruge helbredsoplysninger der går flere år tilbage når det ikke var en betingelse ved tegningen af forsikringen.

Det undrer mig hvordan en tilfældig dato for kontrol kan være afgørende. Jeg har gennem tiderne fået adskillige indkaldelser erstattet af nye indkaldelser med nye datoer. I forrige uge blev jeg indkaldt til kontrol d. 23.01.2015 som opfølgning på operationen. Ugen efter fik jeg en ny indkaldelse til d. 16.01.2015 der erstatter tidligere udsendte. Dette viser blot at en dato til kontrol er tilfældig. Jeg har desværre ikke gemt alle indkaldelserne fra 2010 og frem.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet?
Jeg ønsker at få udbetalt beløbet for Kritisk Sygdom som er anført i min police."

Selskabet har i brev af 30/10 2014 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"Klager får 26/4 2010 konstateret en udposning på hovedpulsåren (aneurisme), klager i tiden herefter gået til kontrol med denne udposning.

På baggrund af klagers kontrol forløb i forbindelse med udposning på hovedpulsåren, i form af ultralydsundersøgelser hvert halve år samt Klagers diagnosticering og kontrol ligger før forsikringstiden, er Skandias opfattelse at, klager ikke er berettiget til ydelser ved dækningen Kritisk Sygdom, som følge af udposning på hovedpulsåren.

Skandia afviste kravet med den begrundelse, at der er tale om et sygdomstilfælde, der har direkte sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt indtil 7 år før forsikringens ikrafttræden. På foranledning af klager revurderedes sagen og afgørelsen fastholdtes."
…
Klager har derefter en korrespondance med [pensionsrådgiver], fra rådgiverselskabet Jysk Pension. Jysk Pension og [pensionsrådgiveren] arbejder med pensionsrådgivning og er en selvstændig juridisk person, og er ikke som anført af klager ansat i Skandia.

Det er Skandias opfattelse, at korrespondance mellem klager og [pensionsrådgiveren] ikke binder eller forpligter Skandia. Skandia vil derfor ikke kommentere yderligere på denne korrespondance.
…
Klager undre sig over at Skandia anvender datoen for klagers scanning i forbindelse med Skandias vurdering af om klagers er berettiget til ydelser.

Skandia foretager flere vurderinger i forbindelse med behandlingen af klagers sag.

Skandia vurdere for det første om klagers lidelse opfylder de kriterier der er stillet op i forsikringsbetingelserne. Betingelsernes punkt 7, det er den forsikringstekniske beskrivelse af hvilke kriterier, klager skal opfylde for at komme i betragtning til en ydelse. Isoleret set opfylder klager, disse betingelser ved klagers MR-scanning.

Herudover har Skandia som de fleste i branchen, en regel, den såkaldte 7 års regel. Reglens formål er at sikre, at der ikke kan tegnes forsikringer på kendte eller oplagte risici. Klager anfører at det ikke kan passe, at Skandia kan gå tilbage i tiden, før klagers indtræden i ordningen i Skandia.

Hele konstruktionen og anvendelsen af 7 års reglen er baseret på en bagudrettet undersøgelse af klagers forhold, så det er en helt generel og bredt anvendt indtegningsmetode, som Skandia i dette tilfælde har fulgt.

Der er således tale om en almindelig og for branchen kendt metode både ved indtegning og vurdering af klagers ansøgning.

Som støtte for Skandias argumentation om sammenhængen mellem diagnoser og vurderingen af 7 års reglen, henvises til ankenævnets kendelse, AK 82.705.

Anbringender:

Til støtte for den nedlagte påstand gøres det gældende

At der foreligger et tilfælde, hvor den pågældende sygdom er undtaget forsikringsdækning i medfør af undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelserne.

At klager gik til kontrol for aneurisme, før forsikringens trådte i kraft

At diagnosen er stillet i april 2010

At klager har gået til kontrol for aneurisme fra 2010 og frem efter

At klager er omfattet af forsikringsbetingelsernes '7 års regel'

At indklagede derfor ikke er pligtig at betale i forbindelse med klagers MR-scanning og efterfølgende operation.

Processuelt:

Det er klagers bevisbyrde, at der er indtruffet en hændelse, der opfylder forsikringsbetingelserne. Indklagede har bevisbyrden for, at undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelserne er opfyldt. Indklagede ses at have løftet bevisbyrden herfor.

Konklusion:
Skandia har gennemgået de relevante akter i sagen. Skandia kan konstatere, at klager er blevet fulgt for samme sygdom fra april 2010, klager fremhæver i sit klage brev at der løbende har været kontroller i forbindelse med klagers diagnose Anuerisme.

Ud fra en samlet vurdering af sagens oplysninger fastholder Skandia, at der foreligger et sygdomsforhold, der er undtaget forsikringsdækning i medfør forsikringsbetingelserne, hvorefter der ikke er dækning for en diagnose der har direkte sammenhæng med en tilstand, for hvilken forsikrede indtil 7 år før forsikringens ikrafttræden har gået til kontrol.

Klager opfylder således ikke betingelserne for udbetaling af forsikringssummen ved Visse Kritiske Sygdomme.

Klager er derfor ikke berettiget til udbetaling af sum ved Kritisk Sygdom i anledning af det passerede."

Klageren har i brev af 6/11 2014 til nævnet heroverfor bl.a. bemærket:

"Jysk Pension Rådgivning A/S er godkendt Skandia Tied Agent og kvalificeret til rådgivning om Skandias produkter på det danske marked. Skandia Tied Agents er omfattet af lov om forsikringsformidling og underlagt finanstilsynets retningslinjer. Skandia er en del of den nordiske Skandia koncern.

I forbindelse med jeg søgte aktindsigt hos Skandia har [pensions oplyst mig 3 navne på personer jeg kunne kontakte hos Skandia: [medarbejdere hos Skandia]. Jeg må formode at en af de 3 personer har hjulpet [pensionsrådgiveren] med sin undersøgelse.

I Skandias svar af 31.10.2014 s.2 og 3. på min klage undsiger Skandia tilsyneladende deres egen rådgiver da man fastholder at 7 års reglen er gældende. Skandia skriver samme sted at de er af den opfattelse at korrespondance mellem mig og deres agent ikke er gældende da agenten [pensionsrådgiveren] ikke er ansat i Skandia. Som det fremgår af ovenstående ser jeg det som en sandhed der kan gradbøjes.

I Skandias svar af 31.10.2014 s.2 afs.1 står der at 'hun er undersøgt/behandlet for sygdommen på … Sygehus. Dette er ikke korrekt: Jeg er ikke en hun og jeg er ikke behandlet for sygdommen.

I Skandias svar af 31.10.2014 s.2 afs. 3 skriver man igen at jeg er behandlet. Dette er ikke korrekt.

I det følgende skriver Skandia flere gange at jeg har modtaget behandling, hvilket ikke er korrekt. En aortaaneurisme kan have følger i form af blodprop i benene og jeg fik ordineret kolesterolsænkende medicin som forebyggelse mod følgevirkninger. Dette er ikke en behandling af sygdommen. Sygdommen kan ikke behandles medicinsk men kun ved operation.
I Skandias svar af 31.10.2014 s.4 afs. 6 henviser Skandia til en kendelse AK 82.705 hvor der står: 'Klager har under sagen flere gange oplyst, at aneurismen er coilbehandlet.'

Er det derfor det er så vigtigt for Skandia gentagne gange at påstå at jeg er blevet behandlet?

Det fremgår ikke af sagsakterne om forsikringen er en del af en virksomhedsordning eller privat, hvis det skulle have betydning i forbindelse med nytegning.

I Skandias svar af 31.10.2014 s.3 afs. 3 omtales jeg igen som en kvinde - har man blandet 2 sager sammen?

Det er korrekt at jeg i 2010 fik konstateret aneurismen, men selve diagnosen kritisk størrelse blev først fremsat efter 01.07.2014.

I Skandias svar af 31.10.2014 s.4 afs. 2 skriver Skandia at jeg isoleret set kan komme i betragtning til ydelse. Jeg kan ikke forstå hvad der menes med 'isoleret set'.

Jeg blev første gang medlem af ... i 2007 og skulle der indsende helbredsoplysninger der gik 1 år tilbage i tiden. I 2008 skiftede jeg arbejde og dermed også pensionskasse til .... I 2009 skiftede jeg igen arbejde og pensionskasse, denne gang til .... 01.08.2012 vendte jeg tilbage til [firma] og .... skulle nu indhente helbredsoplysninger og først 14.06.2013 blev jeg 'godkendt' men med forbehold for evt. følger af en blodprop i 1993 og evt. fremtidig operation for aortaaneurisme. (Dette blev jeg først opmærksom på i forbindelse med afslaget fra Skandia).

Det havde været en smal sag for Skandia at indhente mine helbredsoplysninger fra ... da jeg havde givet Jysk Pension fuldmagt til at indhente alle relevante oplysninger.
…
…og Skandia kunne herefter have taget de samme forbehold som ... og det ville jeg ikke kunne gøre noget ved.

Når Skandia ikke indhenter helbredsoplysninger ved nytegning af forsikring og deres rådgiver siger at evt. udgifter ved eksempelvis kritisk sygdom eller tab af erhvervsevne er noget de 'tager på deres kappe' må det vel stå til troende og jeg må betragte mig selv som fuldgyldigt forsikret når ikke andet er anført.

Det havde jeg heller ikke svært ved at forstå idet ... havde brugt ca.10 måneder på at indhente helbredsoplysninger.

Jeg finder det utroværdigt at der først lægges vægt dato for forværring af sygdommen til af være dækningsberettiget og at 7 års reglen ikke har relevans. Dette afslag blev formidlet gennem [pensionsrådgiveren]. Jeg kan ikke tro, det er noget [pensionsrådgiveren] selv har fundet på.

Nu er det 7 års reglen der er gældende og [pensionsrådgiveren] har ikke noget med Skandia at gøre?"

Selskabet har i brev af 12/12 2014 til nævnet til dette bl.a. anført:

"**Forholdet mellem Jysk Pension Rådgivning A/S og Skandia**
[Klagerens] pensionsordning er oprettet gennem Jysk Pension Rådgivning A/S, og [klageren] har modtaget rådgivning af [pensionsrådgiveren], Chefkonsulent og Partner ved Jysk Pension Rådgivning A/S.

Jysk Pension Rådgivning A/S (i det følgende Jysk Pension) er en selvstændig forsikringsagentvirksomhed, der har eget CVR-nummer og er underlagt selskabslovgivningen.

Ved forsikringsagentvirksomhed forstås, at en forsikringsagentvirksomhed (Jysk Pension) og et forsikringsselskab (Skandia) har aftalt, at forsikringsagentvirksomheden (Jysk Pension) må formidle forsikringsselskabets (Skandia) forsikringsprodukter. Forsikringsagentvirksomheden er reguleret af lov om forsikringsformidling.

Disse selvstændige forsikringsagentvirksomheder bliver i Skandia kaldt 'Tied Agents' og disse 'Tied Agents' driver således med udgangspunkt i Skandias produkter driver selvstændig virksomhed. En 'Tied Agent' får fuld provision og har fuldt ejerskab af sin forretning.

Rent forsikringsteknisk har Jysk Pension ikke koncession til at drive forsikringsvirksomhed. Det betyder med andre ord, at Jysk Pension ikke må tegne forsikringer. Derimod har Jysk Pension som 'Tied Agent' lov til at tegne de forsikringer, som Skandia har koncession til. Det vil sige, at det er Skandia, der har Finanstilsynets godkendelse til at drive forsikringsvirksomhed og har ret til at tegne en række forsikringsdækninger.

[Pensionsrådgiveren] er således ansat i Jysk Pension, men er altså ikke ansat i Skandia, og der foreligger ingen stillingsfuldmagt mellem [pensionsrådgiveren] og Skandia. Der er dog løbende en dialog mellem Jysk Pension og Skandia, da alle de forsikrede, som Jysk Pension indtegner, så at sige sendes videre til Skandia, da det som nævnt ovenfor er Skandia, der har ret til at drive forsikringsvirksomhed. Ligeså sker skadesbehandlingen i Skandia.

Rådgivningen tager Jysk Pension sig dog af, men kan Jysk Pension ikke svare på enkelte spørgsmål, kontakter Jysk Pension dog Skandia. Den rådgivning, som Jysk Pension giver de forsikrede, er Jysk Pension ansvarlig for. Af samme årsag er Jysk Pension omfattet af en lovpligtig ansvarsforsikring. Det betyder, at såfremt en rådgiver i Jysk Pension begår en rådgivningsfejl, kan Jysk Pension gøres ansvarlig for denne fejl. Disse fejl vil Skandia således ikke være bundet af.

I den konkrete sag har [klageren] af [pensionsrådgiveren] fået oplyst, at hans kritiske sygdom blev diagnosticeret på et tidspunkt, hvor [klageren] var kunde i .... Det, som [pensionsrådgiveren] skriver om 7 års reglen - og som [klageren] citerer - er taget ud af en sammenhæng, da [pensionsrådgiveren] skriver, at 'Det som du skriver omkring 7 års reglen har ikke relevans i forhold til din nye ordning i det her tilfælde'. [Pensionsrådgiveren] skriver således ikke generelt, at 7 års reglen ikke er relevant eller ikke finder anvendelse.

Undtagelsesbestemmelsen (7 års reglen)
Undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelserne lyder:

'Hvis forsikrede indtil 7 år før forsikringens ikrafttræden har

- fået stillet en diagnose
- modtaget behandling
- gået til kontrol for en sygdom

der ville være omfattet af disse forsikringsbetingelser, bortfalder dækningen for den/de pågældende diagnosegruppe(r).'

[Klageren] gør gældende, at 7 års reglen ikke finder anvendelse, fordi han ikke har 'modtaget behandling', før han indtrådte i pensionsordningen den 1. juli 2014.

Skandia medgiver, at [klageren] ikke har modtaget behandling. Det har derfor ikke været korrekt at anvende den betegnelse i vores skrivelse til Ankenævnet den 30. oktober 2014.

Til gengæld stilles diagnosen, inden han bliver opdaget i pensionsordningen i Skandia. Derudover har [klageren], siden aortaaneurismen blev opdaget den 26. april 2010, gået til kontrol for lidelsen. Og da der er direkte årsagssammenhæng med lidelsen (aortaaneurismen) og den stillede diagnose, finder undtagelsesbestemmelsen under alle omstændigheder anvendelse.

Hvis der alene ses på de betingelser, der skal være opfyldt, for at en kritisk sygdom anses for dækningsberettiget, opfylder [klageren] disse betingelser den 30. juni 2014. Dette har Skandia benævnt som 'isoleret set' i vores seneste skrivelse til Ankenævnet. Da undtagelsesbestemmelsen imidlertid finder anvendelse, kan der dog ikke ske udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, hvorfor Skandia har givet [klageren] afslag på hans ansøgning om udbetaling.

Helbredsoplysninger
[Klagerens] pensionsordning i Skandia er oprettet uden afgivelse af helbredsoplysninger. Dette er dog ikke ensbetydende med, at Skandia ikke har brug for at få viden om [klagerens] helbred, inden pensionsordningen i Skandia blev etableret. Skandia indhenter dog først helbredsoplysningerne i forbindelse med skadesbehandlingen. Det vil sige, at det først er på dette tidspunkt, at Skandia kan konstatere, at oplysningerne om [klagerens] helbredsforhold sammenholdt med undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelserne medfører, at der gives afslag for ansøgningen om kritisk sygdomsdækningen.

Det er beklageligt, hvis [pensionsrådgiveren] har givet indtryk af, at dette ikke skulle være gældende for [klagerens] pensionsordning.

Sammenfattende
Skandia fastholder, at [klageren] ikke opfylder betingelserne for kritisk sygdomsdækningen, da han har gået til kontrol for og fået stillet diagnosen for lidelsen, før han blev optaget i pensionsordningen i Skandia."

Af klagerens lægejournaler fremgår bl.a.:

"Røntgenbesøg: 21 04 2010 kl. 00:00

Aktionsdiagnose:
A DZ016 Radiologisk undersøgelse
…
EPIKRISE:
Endelig beskrivelse 2010-04-21 12:50
ULTRALYDSKØG AF ØVRE ABDOMEN:
Leveren har normal størrelse øg homogen struktur uden tegn til fokale Forandringer. Galdeblæren er velfyldt. I galdeblærevæggen ses mange små runde forandringer, kan ikke skyldes at pt. bevæger sig. Største forandring er 4 mm. Man kan ikke udelukke nogle små konkrementer også imellem de polypøse forandringer. Der ses ingen infra eller ekstrahepatisk galdestase. Indblikket til pancreas og øvre retroperitoneum er lukket af luft. I niveau med arteria renalis ses lille aneurisme, som måler på største bredde 32 mm og største længde er 36 mm Milten er normal. Bg. nyrer har normal størrelse og bevaret parenkymbræmme. Der ses ingen fokale forandringer, konkrementer eller hydronefrose. Ingen fri væske i abdomen.

Ultralyddiagnose:
polyp af galdeblæren

cholecystolithiasis?
ingen tegi til betændelse
aneurysma aortae abdominalis
…
Da: 26.04.2010 Tp: Continuation Dg: Ini: …
TK: svar på ULS: polypøs masse i galdeblæren samt lille aortaaneurysme. Pt. har vedvarende smerter under hø. Curvatur. 1. henv. Organkir. Afd. … 2. kontrol ULS om ½ år – pt. ringer selv vedr. henv.
…
Røntgenbesøg: 20 12 2010 kl. 00:00
Aktionsdiagnose:
A DZ016 Radiologisk undersøgelse
…
EPIKRISE:

Endelig beskrivelse 2010-12-20 11:56 Ultralydsundersøgelse af øvre abdomen:
Viser et incisionalt hernie beliggende under cicatricen i epigastrium. Herniesækken måler ca. 26 mm x 15 mm x 26 mm og indeholder peritonealt fedtvæv. Herniesækken udvider sig med valsalva manøvre og kan fuldstændig reponeres når patienten er rolig.

Som tidligere ses et fusiformt aneurisme af aorta abdominalis. Diameteren af aneurismet er ca. 37 mm og længden er ca. 54 mm. Der ses steatosis hepatis med forøget ekkogenicitet af leverens parenkym. Der ses ingen fokale forandringer. Galdeblæren er fjernet. Der ses ingen intra- eller ekstrahepatisk galdestase. Milten har normal størrelse og udseende. Begge nyrer har normal størrelse og bevaret parenkymbræmme. Der ses ingen fokale forandringer. Ingen konkrementer eller hydronefrose.

Konklusion:
Fusiformt aneurisme aorta abdominalis beliggende i infra-renale del. Steatosis hepatis.
Følger efter cholecystektomi.
incisionalt herme i epigastrium.
…
Da: 10.01.2011 Tp: Continuation Dg: Ini: …
TK: kontrol ULS viser aortaaneurysmet vokset til 37x54 mm. Karkirurgernes grænse for henvisning er 55mm. Pt. oplyser nu tlf., at han undertiden har smerter i mellemgulvet strålende om mod ryggen.
…
Da: 15.02.2011
…
Aktionsdiagnose:
A DI714 Aneurysma aortae abdominalis non ruptum

EPIKRISE:
Patienten er henvist fra egen læge under diagnosen abdominalt aortaaneurisme.
…
Konklusion
56-årig mand, som har været til ULS af galdeblæren og tilfældigt konstateret abdominalt aortaaneurisme på 3,7 cm/diameter og 5,4 cm i længden. Aneurismet er asymptomatisk og ved ULS i amb. ses, at aneurismet er ca. 3,6 cm/AP-diameter.
Patienten informeret om aneurismet, og at det skal kontrolleres igen med
ULS om 6 mdr.
Såfremt diameteren er uændret, skal vi kontrollere igen om 1 år.

Dette accepteres. Pt. medgives recept tabl. Simvastatin 40 mg x 1
Nye blodprøver viser total kolesterol 5,9, LDL 3,9. Kontrol af kolesteroltal hos egen læge om 4 mdr.
…
Aktionsdiagnose:
A DI714 Abdominalt aorta-aneurisme uden ruptur

EPIKRISE:

21.06.2013
Pt. har været til ULS mhp. vækstkontrol at AAA, denne viser uændret størrelse.
…
01.07.2014 Konferencenotat
Pt. har fået foretaget ultralyd af abdominale aortaaneurisme, som umiddelbart viser vækst i AP-diameter nu på 5,7 cm, hvorfor vi gerne vil have lavet en CT-angio at abdominale aorta inklusiv begge lysker hurtigst muligt.
Der sendes henvisning til Radiologisk Afdeling.
…
04.07.2014
Har den 08.07.2014 fået lavet CT-angio at aorta abdominalis samt i lyskerne, idet man har ved ultralyd har fundet vækst svarende til pt.s abdominale aortaaneurisme med AP-diameter på 5,7 cm.
Skanningen viser infrarenalt aortaaneurisme med maks AP-diameter på 6 cm. Herudover en fin hals på ca. 2 cm. Svarende til iliacakarrene er der ektasier af højre iliaca communis på ca. 2 cm.
Umiddelbart er der teknisk mulighed for åben operation, kan meget vel også være egnet til EVAR-behandling.

Plan
Pt. skal indkaldes i amb. til samtale om behandlingsmuligheder, hvis pt. ønsker EVAR-behandling skal billederne samt henvisning sendes til [hospital].
Idet pt. forundersøgelsen nu er 3 år gammel skal den venligst opdateres inden dette.
…
Da: 05.08.2014
…
Aktionsdiagnose:
A DI714 Abdominalt aorta aneurisme uden ruptur
…
Konklusion
60 årig mand, som har et asymptomatisk abdominalt aortaaneurisme, som er 6,2 cm i diameter.
Der er indikation for behandling af det abdominale aortaaneurisme.
Pt. informeres om åben behandling af det abdominale aortaaneurisme og EVAR behandling.
Pt. vil gerne opereres.
Informeres om operationen og eventuelle komplikationer.
Skal indkaldes til operation for abdominalt aorta-aneurisme efter venteliste."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**1. Om forsikringen Kritisk Sygdom**

12. 86806

1.1. Hvad omfatter forsikringen?

Forsikringen omfatter visse Kritiske Sygdomme:
…
7. Sygdom i hovedpulsåren (Aorta)
…
1.4.2. For obligatoriske forsikringsdækninger
Hvis forsikrede indtil 7 år før forsikringens ikrafttræden har

- fået stillet en diagnose
- modtaget behandling
- gået til kontrol for en sygdom,

der ville være omfattet af disse forsikringsbetingelser, bortfalder dækningen for den/de pågældende diagnosegruppe(r).

Det samme er tilfældet, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en diagnose, som har en direkte eller indirekte sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt 7 år før forsikringens ikrafttræden.

I denne sammenhæng anses en række sygdomme som værende én og samme Kritiske Sygdom - se hvilke sygdomme i afsnittet 'Indskrænkninger i forsikringsdækningen'.
…
2. Diagnosegrupper
…..
7. Sygdom i hovedpulsåren (Aorta)
En bristning (ruptur) eller lokal udvidelse af aorta (aneurisme) til over 5 cm i diameter, en tillukning af aorta (okklusion) eller en aortadissektion med ruptur i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen.
Diagnosen aneurisme eller dissektion skal være stillet ved MR-scanning eller aortagrafi samt en ultralydundersøgelse, ekko-kardiografi eller CT-scanning af abdomen.
Benævnelsen aorta inkluderer den thorakale og abdominale aorta, men ikke deres grene."

Nævnet udtaler:

Det fremgår af de lægelige oplysninger, at klageren den 26/4 2010 fik konstateret en lille aortaaneurisme (udposning på hovedpulsåren), og ved kontrol af 10/1 2011 blev det konstateret, at aneurysmet var vokset. Han har efterfølgende gået til undersøgelser og kontroller blandt andet den 15/2 2011, 5/10 2011 og 21/6 2013, og den 1/7 2014 blev det konstateret, at aneurysmet var vokset betydeligt.

Klageren overførte i sommeren 2014 sin pensionsordning fra et andet selskab til det indklagede selskab, og han blev pr. 1/7 2014omfattet af dækning for visse kritiske syg-

domme i det indklagede selskab. Den 5/8 2014 ansøgte han om dækning på grund af sin lidelse.

Det fremgår af punkt 1.4.2 i forsikringsbetingelserne, at dækningen bortfalder, hvis klageren i forsikringstiden får stillet en diagnose, som har en direkte eller indirekte sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt 7 år før forsikringens ikrafttræden.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren tidligst fik stillet diagnosen sygdom i hovedpulsåren – således som denne er defineret i forsikringsbetingelsernes afsnit 2, punkt 7 – ved den lægelige konference den 1/7 2014.

Nævnet finder imidlertid, at denne diagnose har en sådan sammenhæng med den sygdom, som klageren fik konstateret den 26/4 2010, og som han har gået til undersøgelser og kontroller for i tiden frem til forsikringens ikrafttræden den 1/7 2014, at sygdommen i hovedpulsåren er omfattet af undtagelsen i punkt 1.4.2 i forsikringsbetingelserne. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist dækning for den anmeldte kritiske sygdom.

Rådgivning:

Klageren har overfor nævnet anført, at det er en rådgivningsvirksomhed, der har formidlet forsikringsaftalen på vegne af det indklagede selskab. Han har desuden anført, at forsikringsrådgiveren på et salgsmøde hos klagerens arbejdsgiver forud for overførslen og tegningen oplyste, at afgivelse af helbredsoplysninger ikke var en forudsætning.

Nævnet bemærker, at afgivelse af helbredsoplysninger ved tegning og overførsel af forsikringsaftaler almindeligvis sker til brug for selskabers vurdering af, om det vil indgå forsikringsaftalen og i givet fald på hvilke vilkår. Det forhold, at klager ikke skulle afgive helbredsoplysninger kan derfor ikke føre til, at selskabet har fortabt sin ret til at påberåbe sig punkt 1.4.2 i forsikringsbetingelserne.

Det er endvidere klagerens opfattelse, at forsikringsrådgiveren i mails af 23/9 2014og 24/9 2014 har givet ham den opfattelse, at selskabet ikke i forbindelse med klagerens

anmeldte sygdom kunne påberåbe sig den omhandlede dækningsundtagelse. Nævnet bemærker, at disse mails ikke i sig selv beviser, hvilken rådgivning forsikringsrådgiveren har givet klageren ved forsikringens tegning, lige som de to mails ikke kan have betydning for, hvordan selskabet kan fortolke eller administrere forsikringsbetingelserne.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand