Ankenævnet for Forsikring

Den 15. juni 2016 blev i sag nr. 89071:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Sikrede er omfattet af en forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme i Forenede Gruppeliv. Hun klager over selskabets behandling af en anmeldt aorta sygdom/ sygdom i hovedpulsåren.

Selskabet afviser at udbetale forsikringssummen for den anmeldte aorta sygdom med henvisning til, at klageren ikke har fået stillet en dækningsberettigende diagnose. Selskabet har udbetalt forsikringssummen i forbindelse med, at klageren blev opereret i hjertet.

I klageskemaet af 9/2 2016 har klageren bl.a. anført:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag*
> Jeg har marfansyndrom, og har via en CT-scanning i oktober 2015 fået påvist en udvidelse på hovedpulsåren på 5 cm. Pulsåren er vokset fra 4 cm i 2012 til 5 cm i 2015. Jeg er det man kalder hurtig vækstrate, og der var derfor operationsindikation. Derfor er jeg d. 20. januar 2016 indlagt til en David operation, hvor jeg får udvidelsen skåret væk og erstattet af en karprotese.
> Jeg ansøger derfor FG gruppeliv om udbetaling af 'kritisk sygdom', men meddeles afslag med begrundelsen i, at min aortaudvidelse KUN er 5 cm, og ikke over 5 cm.
>
> Dette syntes jeg jo er fuldt forkasteligt, da operationen jo er den samme uanset størrelsen på udvidelsen. Det er stadig karkirurgi med alle de ricisi, gener, smerter, genoptræning og ulemper som det jo indebærer.

Ligeledes er jeg blevet oplyst om, at der ved div. målinger ikke tages hensyn til discimaler. Dvs. at du får oplyst at din aorta er 5 cm - 5,1 cm osv. Så min aorta kunne i realiteten være 5,01 cm, og så ville jeg jo være fuld berettiget efter FG's betingelser, så også her må jeg undres.

Ligeledes er jeg af min egen hjertelæge [overlæge] fra [hospital] blevet gjort opmærksom på, at der er international enighed om, at når en aorta hos en marfan patient er 5 cm og nogle gange under, skal den opereres, da der er forhøjet risiko for bristning af aorta.

Jeg ved godt at min operation ikke var akut, men forebyggende, og jeg kunne derfor bare have sagt nej til operationen og ventet måske et halvt år, for med den fart min aorta er vokset over de seneste par år, ja så ville sansynligheden for at den var over de 5 cm stor. Men det kunne jeg ikke drømme om, da jeg ikke vil sætte mit helbred over styr, og jeg er oplyst om, at får man opereret sin legemspulsåre i god tid, er fremtidsprognosen rigtig god.

Jeg har forstået på [overlæge], at han har behandlet mig helt efter retningslinjerne, og faktisk ikke må lade mig gå med alt for stor pulsåre, så jeg syntes det er helt usmageligt, at jeg så ikke kan få udbetalt forsikringssum efter Kritisk sygdom.
Betingelserne hos FG Gruppeliv er udarbejdet i samarbejde med lægekonsulenter og Helbred og Forsikring, men de følger åbenbart ikke samme retningslinjer som resten af den danske og udenlandske lægestab gør. Jeg føler mig diskrimineret fordi jeg har et syndrom der kræver hurtigere operation, så jeg derfor ikke - på papiret - kan opfylde de talmæssige betingelser, men skal igennem samme operation som øvrige.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg ønsker at de udbetaler den forsikringssum som jeg føler jeg rent faktisk er berettiget til ifm. min operation."

Dertil har selskabet i brev af 9/3 2016 til nævnet bl.a. bemærket:

"Det fremgår af bilag B, som er ansøgningsskema, at klager 12. november 2015 søgte om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt, idet klager led af aorta sygdom.

Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt.

I bilag A er oplistet de diagnoser, som er omfattet af dækning ved visse kritiske sygdomme. De oplistede diagnoser er en udtømmende optegning af de sygdomme/behandlinger som giver ret til udbetaling. Det betyder, at der først kan ske udbetaling, hvis den diagnose der søges om udbetaling for, eksplicit er nævnt på listen og de konkrete diagnosekrav for diagnosen er opfyldt.

Diagnosekravet der skal være opfyldt for at få sum ved kritisk sygdom udbetalt under § 7 S, Aorta sygdom (sygdom i hovedpulsåren), er:

En lokal udvidelse af aorta (aortaaneurisme) til over 5 cm i diameter, aortaruptur eller aortadissektion med ruptur i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen eller total aorta-okklusion.

Benævnelsen aorta inkluderer både den thorakale og abdominale aorta, men ikke dens grene.

Diagnosen for aortaaneurisme eller - dissektion anses for stillet, når der forligger dokumentation ved enten:

- Ultralyd
- Ekkokardiografi
- CT/MR-scanning, eller
- Aortografi

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2005.

For at vurdere om forsikringsbetingelserne var opfyldt som krævet, modtog vi journalmateriale fra [afdeling] på [hospital] for perioden 13. august 2012 til 4. marts 2016 (bilag C).

Det fremgår af journalen, at klager var til kontrol i august 2012, da klager lider af Marfans Syndrom (arvelig bindevævssygdom), som giver øget risiko for at udvikle aortainsufficiens og udvidelse af aorta (aortaaneurisme). Ekkokardiografi i august 2012 og MR-scanning i november 2012, viste begge en udvidelse af aorta på 4,1 cm.

Ved kontrol i november 2013 var klager fortsat velbefindende og ved ekkokardiografi fandt man en udvidelse af aorta til 4,1 cm. Således uændret udvidelse fra august/november 2012.

Ved kontrol i september 2014 viste en ekkokardiografi en udvidelse af aorta til 4, 3 cm.

I journalnotat fra september 2015 viste ekkokardiografien en udvidelse af aorta på omkring 4,5 cm og CT-scanningen viste en udvidelse på 5 cm. Udover aortaudvidelsen viste undersøgelserne også, at klager havde en bicuspid aortaklap (hjerteklap med to flige, mod normalt tre flige).

På grund af udvidelsen til 5 cm. skulle klager drøftes på næstkommende THAA-konference med henblik på at kortlægge den videre plan for behandling.

På THAA-konferencen (øverst på s. 4 i bilag C) blev det besluttet at tilbyde klager 'David operation', hvorved klager skulle have fjernet aortaaneurismet med indsættelse af rørprotese i aorta, samt have repareret den bicuspide aortaklap (klapplastik). Operationen blev udført 20. januar 2016.

Det kan herefter konstateres, at klager på baggrund af de foretagne målinger af udvidelsen af aorta (aortaaneurisme) med måling på maksimalt 5 cm i september 2015, ikke opfylder forsikringsbetingelserne for udbetaling af forsikringssummen efter § 7 S, hvor kravet er en udvidelse til over 5 cm.

På baggrund af ovenstående, har vi ikke kunnet imødekomme klages ønske om udbetaling efter forsikringsbetingelserne § 7 S, hvilket vi skrev til klager 25. november 2015, 1. december 2015, 30. december 2015 og 3. februar 2016 (bilag D).

Som beskrevet ovenfor, fik klager under David-operationen 20. januar 2016, udover operation for aortaaneurisme, også foretaget en klapplastik, hvor aortaklappen blev repareret. Det betyder, at klager 20. januar 2016 opfyldte forsikringsbetingelserne for udbetaling efter § 7 D, Hjerteklapkirurgi, og vi udbetalte på den baggrund forsikringssummen til klager 24. februar 2016 - se bilag E."

Med henvisning til selskabets bemærkninger har klageren i mail af 2/4 2016 til nævnet bl.a. anført:

> "Jeg er helt indforstået med at min aorta kun er målt til 5 cm, så ingen grund til at fremlægge diverse journalnotater for at be- afvise det.
>
> Det jeg klager over hos ankenævnet for forsikring er, at FG Gruppeliv (og evt andre forsikringer) kan slippe afsted med at sætte mål på deres police vedr. hjertekarkirurgi. For som jeg nævner i min oprindelige klage, så er risikoen, smerterne og det psysiske og fysiske aspekt ved operationen den samme, uanset størrelsen på udvidelsen. Men også at jeg som bærer af en bindevævssygdom gør, at jeg bliver diskrimineret og dårligere stillet, da jeg skal opereres hurtigere end andre pga forhøjet risiko for bristning, og derfor ikke kan opfylde det størrelseskrav der er i forsikringen.
> Det svarer groft sagt til, at man til en kræftramt patient, der har haft kemo/stråle forløb på 28 behandlinger siger, at du skal have over 30 behandlinger for at få udbetalt forsikringssummen - det giver jo ingen mening.
>
> I deres forsøg på at undslippe udbetaling af forsikringssummen, har Fg Gruppeliv i deres afslag af 30.december 2015 henvist til retningslinjer fra Dansk Kardiologisk Selskabs vejledning fra 2008, hvor de skriver, at det ikke fremgår af vejledningen, at aortaaneurismer på 5 cm eller derudover bør opereres. Denne påstand har [overlæge] fra [hospital] afvist, ved at påpege sideantal og afsnit i selvsamme vejledning, og henvise til europæiske retningslinjer fra 2014. Men istedet for at tage dette til efterretning, skriver FG Gruppeliv i stedet for i deres afslag fra 3.februar 2016, at 'deres forsikringsbetingelser er udarbejdet og løbende revideret i samarbejde med bla. deres lægekonsulenter og Helbred og Forsikring, og de følger udviklingen i diagnosticering af sygdomme og behandlinger. Forsikringsbetingelserne for udbetaling efter §7 S er således ikke baseret på Dansk Kardiologisk Selskabs vejledning fra 2008, eller de seneste europæiske retninglinjer fra 2014'
> Jeg er her meget uforstående over, at et forsikringsselskab ikke skal rette sig efter europæiske retningslinjer, og bare kan henholde sig til egne lægekonsulenter...
>
> Det er korrekt at jeg d. 24.februar 2016 (efter jeg har afsendt klagen til Ankenævn for forsikring) for brev om, at jeg får udbetalt forsikringssummen pga. hjerteklapkirurgi, og jeg er udmærket klar over, at forsikringssummen ikke udbetales 2 gange, men jeg fastholder min klage, da jeg syntes at FG Forsikring har handlet under al kritik.
> Så jeg vil kæmpe for min sag, så betingelserne kan blive lavet om, og at andre i samme situation kan blive tilgodeset."

Selskabet har hertil i brev af 8/4 2016 til nævnet bl.a. bemærket:

> "FGs forsikring ved visse kritiske sygdomme er baseret på og udarbejdet efter almindelige forsikringsprincipper, således, at der kun udbetales, når forsikringsbetingelserne er opfyldt, d.v.s. når sygdommen er på fortegnelsen over dækkede sygdomme og de konkrete diagnosekrav er opfyldt.
>
> FG administrerer et stort antal forsikringer og for at opretholde forsikringsbetingelserne og forsikringen skal kunne administreres på en fornuftig måde, er det nødvendigt at afgrænse de dækkede sygdomme samt at der følges en klar og ensartet praksis. Det betyder, at det ikke er alle sygdomme der er kritisk for den enkelte forsikrede, som er dækket af forsikringen.

Det skal bemærkes og der skal korrigeres i mit svar af 9. marts 2016, anden sidste afsnit, sidste linje, hvor tidsperioden for journaloplysninger er oplyst, at i forbindelse med klagers første ansøgning om udbetaling - se bilag B, var FG kun i besiddelse af journaloplysninger til og med oktober 2015, hvor den sidste måling af klagers aortaudvidelse til 5 cm., fremgår.

Det var først i forbindelse med klagers senere ansøgning af 10. februar 2016, hvor klager søgte om udbetaling af forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme for hjerteklapkirurgi efter forsikringsbetingelserne § 7 D, at FG modtog journaloplysninger om, at klager opfyldte forsikringsbetingelserne for udbetaling efter § 7 D.

Opmærksomheden skal også henledes til § 3 i bilag A, hvor det fremgår, at det er en betingelse for udbetaling af mere en én dækning, at der er forløbet mindst 6 måneder siden sidste dækningsberettigede diagnose blev stillet og tidspunktet for den nye diagnose.

Hvis Ankenævnet skulle kommer frem til, at klager opfylder forsikringsbetingelserne efter § 7 S, vil betingelsen i § 3 ikke være opfyldt.

På baggrund af ovenstående fastholdes det i sin helhed, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen efter § 7 S, Aorta sygdom (sygdom i hovedpulsåren)."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen – herunder:

Udateret brev fra en overlæge, hvoraf bl.a. fremgår:

"I afvisningen henholdes der til Dansk Kardiologisk Selskab's vejledning fra 2008 og 'diagnostik og behandling af thorakal aortasygdom'.
I den vejledning fremgår det, i tabel 3 side 10, at man vil anbefale forebyggende operation af en udvidelse af legemspulsåren ved en legemspulsåre størrelse på 5 cm eller derover.
Dette er også fuldt overensstemmelse med de seneste europæiske retningslinjer fra 2014, som angiver samme størrelse.
Derfor vil det være aldeles uetisk at trække [klagerens] sygdomsforløb i længden, og først operere hende ved en størrelse på over 5 cm.
Desuden har vi bemærket, at [klagerens] legemspulsåre er vokset over de seneste år.
Hun har således det vi anfører som 'hurtig vækstrate af aorta' (kan læses under behandling i Dansk Kardiologisk Selskab's rapport, ligeledes på side 10).
Derfor er indikationen for operation af legemspulsåren således fuldstændig efter internationale anbefalinger. Og i fald [klagerens] forsikringskriterier er baseret på Dansk Kardiologisk Selskab's vejledning fra 2008, så opfylder hun til fulde indikation operation, idet hendes grundlidelse er Marfan syndrom.
Jeg håber, at disse informationer er medvirkende til fornyet overvejelse om udbetaling af forsikringssummen."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 1.** Forsikringen dækker de sygdomme/diagnoser, der er nævnt i § 7 A-W.

Når en diagnose er stillet som krævet i forsikringsbetingelserne kan forsikringssummen udbetales.

…

§ 3. Det fastsættes i gruppelivsaftalen, om dækning ved kritisk sygdom ophører efter udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom, se nedenfor under a), eller om der fortsat er dækning ved kritisk sygdom, se nedenfor under b):

a) Når der er sket udbetaling efter § 7, ophører gruppemedlemmets ret til yderligere udbetaling i tilfælde af kritisk sygdom.

b) Når der er sket udbetaling efter § 7, dækker forsikringen ikke længere den eller de diagnoser, der har medført udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom.

Det er en betingelse for udbetaling af mere end én dækning, at der er forløbet mindst 6 måneder siden sidste dæknings-berettigede diagnose blev stillet og tidspunktet for den nye diagnose. Er udbetaling sket ved accept på venteliste, regnes 6-månedersfristen først fra foretaget operation.

…

§ 7. Ved kritisk sygdom forstås:

...

S. Aorta sygdom (sygdom i hovedpulsåren)

En lokal udvidelse af aorta (aortaaneurisme) til over 5 cm i diameter, aortaruptur eller aortadissektion med ruptur i aortas indre lag og blødning ind i aortavæggen eller total aortaokklusion.

Benævnelsen aorta inkluderer både den thorakale og abdominale aorta, men ikke dens grene.

Diagnosen for aortaaneurisme eller -dissektion anses for stillet, når der foreligger dokumentation ved enten:

- Ultralyd
- Ekkokardiografi
- CT/MR-scanning, eller
- Aortografi

Ved total aortaokklusion anses diagnosen for stillet, nar der foreligger dokumentation ved kliniske fund og aortografi eller MR-angiografi.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2005."

Nævnet udtaler:

Klageren har i sin mail af 2/4 2016 anført, at hun er indforstået med, at hendes aortaudvidelse alene er målt til 5 cm. Hun har endvidere angivet, at selskabets forsikringsbetingelser ikke er i overensstemmelse med Dansk Kardiologisk Selskabs vejledning fra 2008 eller de seneste europæiske retningslinjer fra 2014. Klageren kræver udbetaling af forsikringssummen for aorta-sygdommen, samt at selskabet ændrer sine forsikringsbetingelser.

Selskabet har henvist til sine forsikringsbetingelser, hvori det er angivet, hvilke kriterier der skal være opfyldt, for at forsikringssummen kan udbetales.

Af forsikringsbetingelserne fremgår blandt andet, at forsikringssummen udbetales, når der er konstateret en lokal udvidelse af aorta på over 5 cm i diameter.

Afgørende for, om en sygdom kan betegnes som "kritisk sygdom" i henhold til forsikringen, er ikke sygdommens alvor, men om den hører til et af de særlige sygdomstilfælde, der er opregnet i forsikringsbetingelserne.

Som forsikringsbetingelserne er formuleret, og da klagerens aortaudvidelse er målt til 5 cm i diameter, finder nævnet, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at udbetale forsikringssummen i henhold til forsikringsbetingelserne.

Klagerens læges oplysning om, at det inden for lægevidenskaben er anbefalet, at man opererer en aorta, når den måler 5 cm i diameter eller derover, kan ikke føre til andet resultat, idet det er forsikringsbetingelserne, der fastlægger, hvornår selskabet skal udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom, og idet forsikringsbetingelserne ikke har et sådan indhold, at det er relevant at anvende aftalelovens § 36 eller § 38 c.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels