Ankenævnet for Forsikring

Den 31. august 2016 blev i sag nr. 89223:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

PensionDanmark
Langelinie Allé 41
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme i PensionDanmark. Han klager over selskabets afslag på at yde dækning for en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har i sit afslag henvist til, at klageren tidligere har fået stillet en diagnose inden for samme diagnosegruppe som den nu anmeldte.

I klageskema af 16/3 2016 til nævnet er det bl.a. anført:

> "Jeg er enig med PensionDanmark i, at jeg ikke var omfattet i 2002, da jeg ikke var medlem.
> Men selvom begge lidelser er omfattet af samme diagnosegruppe, så mener jeg, at der ikke er tale om samme sygdom.
> Jeg mener, at PensionDanmark tolker betingelserne for snævert.
>
> 2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)
>
> Kritisk sygdom – dækning"

I selskabets brev af 7/4 2016 til nævnet er det bl.a. bemærket:

> "Klager fik før optagelsen i pensionsordningen i PensionDanmark stillet diagnosen blodprop i hjertet, og efter optagelsen fik klager stillet diagnosen angina pectoris, begge diagnoser blev behandlet med ballonudvidelse.
>
> Selskabet fastholder, at klager ikke er berettiget til udbetaling af et engangsbeløbet fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme efter bestemmelserne i PensionDanmarks forsikringsbetingelser § 15, stk. 3, stk. 5 og stk. 10 samt bilag til afsnit D.

De gældende forsikringsbetingelser af 1. januar 2016, og forsikringsbetingelserne af 1. januar 2015, som er gældende, da 2. diagnose blev stillet, vedlægges som bilag 1a og 1b.
…

Sagens forløb

Den 18. januar 2016 modtog selskabet klagers ansøgningsskema af 13. januar 2016 om udbetaling af engangsbeløb ved visse kritiske sygdomme på grund af diagnosen kranspulsåreforkalkning - ballonudvidelse samt anmodningens side 2 (lægens del), hvoraf fremgik, at klager fik stillet diagnosen ustabil angina pectoris den 14. december 2015, som blev behandlet med ballonudvidelse den 17. december 2015. Endvidere at klager i 2002 ligeledes blev behandlet med ballonudvidelse, jf. bilag 2.

Selskabet modtog forsikringserklæring af 27. januar 2016 fra … Hospital, der var vedlagt kontinuationserklæringer for klager for perioden 17. december 2015 14. januar 2016, jf. bilag 3.

Af kontinuationserklæringerne fremgår, at klager - kendt med iskæmisk hjertesygdom fra 2002 - blev indlagt den 17. december 2015 på grund af diagnosen angina pectoris uden specifikation med henblik på KAG (røntgenundersøgelse af hjertekranspulsårer) og PCI (ballonudvidelse), som blev foretaget senere på dagen.

På grund af disse oplysninger sendte selskabet brev af 3. februar 2016 med afslag på udbetaling af engangsbeløbet ved visse kritiske sygdomme, jf. bilag 4.

Ved brev af 29. februar 2016 klagede [klagers fagforening] og klager over afslaget, jf. bilag 5.

I brev af 7. marts 2016 fastholdt selskabet afslaget på udbetaling af engangsbeløb ved visse kritiske sygdomme, jf. bilag 6.

Begrundelse

I følge den lægelige dokumentation fra egen læge og … hospital, jf. bilag 2 og 3, fik klager stillet diagnosen blodprop i hjertet (AMI) i 2002 og blev behandlet med ballonudvidelse. Den 17. december 2015 fik klager stillet diagnosen ustabil angina pectoris/kranspulsåreforkalkning, som ligeledes blev behandlet med ballonudvidelse.

Klager blev optaget i pensionsordningen i PensionDanmark den 1. juli 2005.

Da diagnosen i 2002 er stillet før, klager blev omfattet af forsikringen ved visse kritiske sygdomme, er klager ikke berettiget til udbetaling af engangsbeløbet ved visse kritiske sygdomme for denne diagnose, jf. forsikringsbetingelserne § 15, stk. 10.

Begge diagnoser, blodprop i hjertet og angina pectoris/kranspulsåreforkalkning behandlet med ballonudvidelse, står i diagnosegruppe 2, og der henvises til forsikringsbetingelserne § 15, stk. 5, hvori der står følgende:

'Hvis medlemmet tidligere har fået stillet en diagnose indenfor én diagnosegruppe, kan medlemmet ikke få udbetalt engangsbeløb for denne eller en anden diagnose i samme diagnosegruppe. Det gælder, selvom medlemmet i mellemtiden har været erklæret rask.

Bestemmelsen omfatter alle tidligere diagnoser, hvor medlemmet har fået udbetalt engangsbeløb ved en kritisk sygdom, men også i de tilfælde, hvor der ikke er udbetalt en-

gangsbeløb for den tidligere diagnose, fordi medlemmet ikke var omfattet af forsikringen på diagnosetidspunktet.'

Ovennævnte betyder, at klager heller ikke er berettiget til udbetaling af engangsbeløb ved visse kritiske sygdomme for diagnosen angina pectoris / kranspulsåreforkalkning, som står i diagnosegruppe 2 (litra d), fordi klagers tidligere diagnose, blodprop i hjertet, ligeledes står i diagnosegruppe 2 (litra a).

Selvom vi har forståelse for klagers vanskellige helbredssituation, fastholder PensionDanmark, at klager ikke er berettiget til udbetaling af engangsbeløbet ved visse kritiske sygdomme af ovennævnte årsager.

Vi anerkender, at der er tale om to forskellige diagnoser/sygdomme, men det ændrer ikke ved ovennævnte afgørelse."

I klagerens brev af 21/4 2016 til nævnet hedder det bl.a.:

"I 2002 blev jeg ramt af en blodprop i hjertet. Jeg blev omgående indlagt og opereret. Jeg fik en ballonudvidelse. Det var en hård omgang, både psykisk og fysisk, men ikke mindst økonomisk. Jeg overgik fra første dag til sygedagpenge, og da jeg begyndte at arbejde igen, efter 3 måneders sygdom, var alle konti overtrukket, og jeg var nødt til at arbejde så meget over som muligt, for at komme økonomisk på fode igen. Der var nemlig intet der hed 'dækning ved kritisk sygdom', hos pensionsselskaberne dengang. Dette er senere kommet til, og er en af de væsentligste grunde til at jeg har valgt at være med i en pensionsordning.

I slutningen af 2015 begyndte jeg så at få trykken for brystet, hvilket undrede mig, da jeg siden operationen for blodprop i 2002 har været fuldstændig rask. Jeg fik stillet diagnosen 'ustabil angina pectoris', og fik indopereret en stent ved en ballonudvidelse, for at forhindre at blodåren skulle kollapse. Ved samme lejlighed, kontrolleredes den gamle stent fra 2002, som stadig sad som den skulle og fungerede fint. Disse to sygdomstilfælde, og efterfølgende operationer, havde altså intet med hinanden at gøre. Det er selvfølgelig aldrig rart at skulle igennem en hjerteoperation, men denne gang følte jeg mig i det mindste økonomisk tryg, for nu var jeg jo forsikret, og var ikke tvunget til at begynde at arbejde igen, før jeg følte mig 100% klar til det. Men nej - PensionDanmark nægter nu at udbetale mig den retmæssige erstatning, med begrundelse i tidligere sygdom. Hvis PensionDanmark ikke mener at jeg er berettiget til erstatning, selvom jeg 100% opfylder kravene, burde PensionDanmark vel ikke ha accepteret mig som kunde? Jeg er ikke blevet bedt om nogen helbredsattest, da jeg tegnede forsikringen, men er blevet budt velkommen uden hensyntagen til tidligere sygdomsforløb, og selvfølgelig med fuld ret/pligt til at betale fuldt kontingent! Jeg er på intet tidspunkt blevet oplyst, om at man i PensionDanmark ikke har til hensigt at udbetale den aftalte erstatning, hvis man har en tidligere sygehistorik. Der står endda følgende, sort på hvidt på PensionsDanmarks hjemmeside; ***'Beløbet ved kritisk sygdom kan udbetales flere gange. Du kan dog kun få udbetalt ét engangsbeløb inden for hver af de 21 diagnosegrupper. Det betyder, at forsikringen ikke kan udbetales to gange fra den samme diagnosegruppe.'*** Og da jeg ikke har fået noget udbetalt tidligere, kan jeg simpelthen ikke forstå hvordan PensionDanmark kan nægte at udbetale mig forsikringssummen på 100.000,- kr."

I selskabets brev af 10/5 2016 til nævnet er det bl.a. anført:

> "PensionDanmark har modtaget Ankenævnets brev af 26. april 2016 vedlagt [klagerens] supplerende bemærkninger.
>
> Vi har følgende kommentarer:
>
> Pensionsordningen i Pension Danmark er obligatorisk for lønmodtagere, der ansættes på virksomheder, der er omfattet af kollektive overenskomster, der er indgået mellem de overenskomstparter - fagforbund og arbejdsgiverorganisationer - der ejer PensionDanmark.
>
> Klager har derfor ikke, som han har anført, valgt - og klager kan ikke vælge - at være med i pensionsordningen i PensionDanmark. Medlemskab forudsætter et ansættelsesforhold hos en medlemsvirksomhed.
>
> Overenskomstparterne har bestemt ansvarsfordelingen, derved at det er medlemsvirksomhedernes ansvar at indberette og indbetale pensionsbidrag for de lønmodtagere, der i henhold til de kollektive overenskomster er forpligtet og berettiget til optagelse i pensionsordningen i PensionDanmark.
>
> Når medlemsvirksomhederne indberetter og indbetaler pensionsbidrag for lønmodtagerne, er det PensionDanmarks ansvar, at lønmodtagerne optages i pensionsordningen, idet overenskomstparterne ligeledes har bestemt, at lønmodtagerne er optagelsesberettigede uden forudgående helbredsvurdering.
>
> Det er årsagen til at klager ikke blevet helbredsvurderet ved optagelsen, og at klager derfor uden videre er optaget i pensionsordningen.
>
> Klagers helbredsforhold er uvedkommende for klagers ret til optagelse i pensionsordningen i PensionDanmark men har omvendt betydning for klagers ret til ydelser fra forsikringerne.
>
> Forsikringsbetingelserne, som er bestemt af overenskomstparterne ved deres repræsentanter i selskabets bestyrelse via organisationsfuldmagten, jf. forsikringsbetingelserne § 4, indeholder en række bestemmelser for forsikringerne ved visse kritiske sygdomme og førtidspension, hvor helbredsforhold før optagelsen har betydning for retten til udbetaling, som de i klagers tilfælde nævnte bestemmelser, jf. vores tidligere svarskrivelse.
>
> Med hensyn til PensionDanmarks hjemmeside, pension.dk, indeholder denne generelle informationer om pensionsordningen efter princippet om lagdelt information, hvilket fremgår af forsikringsbetingelserne § 2.
> Klager kan derfor ikke støtte ret alene på informationerne på selskabets hjemmeside, da forsikringsbetingelserne og informationerne på selskabets hjemmeside til sammen udgør aftalegrundlaget for pensionsordningen i PensionDanmark."

I klagerens brev af 23/5 2016 til nævnet er det bl.a. bemærket:

> "Jeg har siden 2009 været ansat hos …, og dermed været omfattet af forsikringen hos PensionDanmark. Der er i den periode blevet indbetalt 12% af min indtægt i præmie. Det vil sige at der er blevet indbetalt et sted mellem 50-60 tusinde kr. i præmie årligt. Inden jeg blev ansat hos …, har jeg været ansat hos virksomheder, som indbetalte tilsvarende be-

løb til [andet pensionsselskab]. Det vil sige at i løbet af et arbejdsliv, indbetales flere millioner kr. i forsikringspræmie, bl.a. til dækning af udbetaling af erstatning i forbindelse med kritisk sygdom. Jeg er helt på det rene med at [andet pensionsselskab] i og for sig er uvedkommende i denne forbindelse, men at jeg nævner dem, skyldes at pensionsselskaberne, stort set, har samme regler. Altså en form for karteldannelse, som det kan være overordentligt svært at kæmpe imod, for en ganske almindelig ufaglært arbejder. Disse pensionsselskaber har vedtaget at de har ret til at skue tilbage i tiden, mens kunden ikke har denne ret. Med dette mener jeg at pensionsselskaberne påberåber sig ret til at nægte at udbetale en erstatning, som jeg opfylder alle betingelser for at få, med henvisning til at de mener at jeg har haft samme sygdom før. Men jeg gives ikke samme ret til at skue tilbage i tiden, for så at påberåbe mig ret til at få erstatning for den, påståede, samme sygdom, som jeg havde dengang. Argumentet fra pensionsselskabet er, at der ikke fandtes kritisk sygdom i 2002, hvor jeg blev opereret for en blodprop i hjertet. Så jeg kan ikke få erstatning for noget som ikke fandtes i 2002, og jeg kan ikke få erstatning nu, fordi jeg havde det alligevel? Det giver da ingen mening?

PensionDanmark skriver endvidere bl.a. i deres svar på forrige brev, at ***'Klager kan ikke støtte ret alene på informationerne på selskabets hjemmeside.'*** Nu er jeg forvirret. Jeg er ikke uddannet jurist, men er det ikke hvad man kan betegne som falsk markedsføring? I 2016 er det jo netop på diverse firmaer og selskabers hjemmesider, at man henter relevant information. Jeg er da også ret overbevist om, at en af de væsentligste årsager til at PensionDanmark har en hjemmeside, med diverse relevante informationer, er at det dels er kundernes foretrukne informationskilde, og dels at der ikke er ansat personale til at sidde og besvare alle mulige henvendelser pr telefon og pr. brev. Men nu siger de at man ikke kan regne med hvad der står på hjemmesiden? Hvad skal man så forholde sig til?

Man lover på hjemmesiden at; ***'Beløbet ved kritisk sygdom kan udbetales flere gange. Du kan dog kun få udbetalt ét engangsbeløb inden for hver af de 21 diagnosegrupper. Det betyder, at forsikringen ikke kan udbetales to gange fra den samme diagnosegruppe.'*** Og da jeg som tidligere nævnt, IKKE har fået udbetalt et engangsbeløb, mener jeg stadig at jeg er berettiget til at få erstatningen på 100.000,- kr. udbetalt."

I selskabets brev af 2/6 2016 til nævnet hedder det bl.a.:

"Vi har modtaget ankenævnets brev af 25. maj 2016 vedlagt supplerende bemærkninger fra klager.

Vi finder, at sagen kan forelægges nævnet på det foreliggende grundlag, idet vi for god ordens skyld blot vil kommentere følgende:

- Forsikringen ved visse kritiske sygdomme fandtes i 2002, men klager blev først optaget i pensionsordningen i 2005, hvorfor han ikke kan få udbetalt engangsbeløbet for diagnosen i 2002

- Bemærkningen om, at 'klager ikke kan støtte ret alene på informationerne på selskabets hjemmeside' skal præciseres med, at 'klager ikke kan støtte ret alene på de generelle informationer på selskabets hjemmeside', idet forsikringsbetingelserne, som også ligger på hjemmesiden, til sammen med de generelle informationer udgør aftalegrundlaget.

- Den refererede passus fra hjemmesiden om flergangsudbetaling vedrører bestemmelsen i forsikringsbetingelserne § 15, stk. 4. Klager har fået afslag efter § 15, stk. 5 og stk. 10"

I klagerens brev af 21/6 2016 til nævnet bl.a. anført:

"Sagen kan, for mit vedkommende, forelægges nævnet på det forhåndenværende grundlag. Dog vil jeg for god ordens skyld lige kommentere på PensionsDanmarks påstand om at forsikring ved kritisk sygdom fandtes i 2002; PensionDanmark skriver i brev af10. maj 2016 bl.a. at; ***'Klager- har derfor ikke, som han har anført, valgt - og klager kan ikke vælge '- at være med i pensionsordningen i PensionDanmark. Medlemskab forudsætter et ansættelsesforhold hos en medlemsvirksomhed.'*** Lige netop dette forhold gør jo at forsikring ved kritisk sygdom ikke på daværende tidspunkt eksisterer for mig, da jeg ingen indflydelse har på min arbejdsgivers medlemsforhold."

I klagerens lægejournaler er det bl.a. anført:

"17. december 2015 kl. 11.16 Indlæggelse på afsnit …

… årig mand indlægges med henblik på KAG + evt. PCI u.d. Angina pectoris uden specifikation
Indlægges elektivt
…
Tidligere kardiologisk Iskæmisk hjertesygdom
Kendt IHS: Ja. CCS klasse: III
Hjertesvigt
Ikke kendt med hjertesvigt.

Tidligere diagnostik/behandling
Ekkokardiografi
Sted: …hospitalet, d. 14. december 2015. LVEF: 50%
KAG
den . .

PCI
Sidst foretaget på … Hospital, PCI af RCA, yderligere fremgår ikke af OPUS. den 01. januar 2002. Antal tidligere PCI: 1
…
Aktuelt
…-årig mand, kendt med iskæmisk hjertesygdom, non STEMI i 2002 (PCI RCA) henvises fra … u.d. angina pectoris mhp. KAG.
…
(17.12.15) HJERTEMEDICINSK SENGEAFSNIT 2, S-601GE
UDSKRIVNINGSBREV
…
Der udføres PCI via højre a. femoralis d. 17. december 2015 med følgende resultat:
Stenose af distale højre koronararterie reduceres fra 90 % til 0 %. (Medicin-afgivende stent, Anden stent anvendt se tekst) Revaskulariseringsgrad: Inkomplet, der planlægges yderligere revaskularisering.
Kommentar til procedure: KAG viser tæt RCA3 stenose der PCI behandles med 2 coatede stents. Der er let in stent restenose i RCA1-2. Pt er højre dominant. I LAD1 er der moderat

stenose. Medicin jf EPM inkl Clopidogrel i 1 år. Pt skal have tid til reKAG samt FFR af LAD i januar."

I oplysninger fra behandlende læge er det bl.a. bemærket:

"Udbetaling af engangsbeløbet forudsætter, at sygdommen bl.a. er nævnt i vedlagte bilag.

Diagnosen på dansk og latin:	Ustabil angina pectoris
WHO kode	I 20.0
Hvilken dato opstod symptomerne på diagnosen?	14-12-2015
Hvilken dato blev diagnosen stillet?	17-12-2015 udført PCI (bilagsdiagnoser 2d)
Evt. tidligere diagnose på samme eller beslægtet sygdom	Ja, i 2002 også PCI (ballonstent-beh.), derpå symptomfrit interval
Lægens dokumentation	
Er betingelserne for ovennævnte diagnose, jf. vedlagte bilag opfyldt?: Ja ☒ Nej ☐	

I udskrift fra selskabets hjemmeside er det bl.a. anført:

"**Forsikringen kan udbetales flere gange**

Beløbet ved kritisk sygdom kan udbetales flere gange. Du kan dog kun få udbetalt ét engangsbeløb inden for hver af de 21 diagnosegrupper. Det betyder, at forsikringen ikke kan udbetales to gange fra den samme diagnosegruppe."

Af forsikringsbetingelserne gældende fra januar 2015 fremgår det bl.a.:

"**Afsnit D Betingelser for forsikringen ved visse kritiske sygdomme**
§ 15. Forsikringen ved visse kritiske sygdomme

Stk. 1. Dette afsnit indeholder de særlige regler, som gælder for forsikringen ved visse kritiske sygdomme, sammen med de generelle forsikringsbetingelser.

Stk. 2 Forsikringen ved visse kritiske sygdomme består af et engangsbeløb. Reglerne for engangsbeløbet fastsættes af PensionDanmarks bestyrelse.

Stk. 3 Følgende diagnosegrupper er omfattet af forsikringen ved visse kritiske sygdomme:

1 Ondartet kræft, herunder knoglemarvstransplantation
2 Blodprop i hjertet, dilateret cardiomyopathi, bypass operation af hjertekranspulsåre-forkalkning og ballonudvidelse
3 Hjerteklapkirurgi og betændelse i de venstresidige hjerteklapper
4 Sygdom i aorta

…

Den enkelte diagnose i diagnosegrupperne 1-20 skal opfylde betingelserne i den sygdomsdefinition, der står i 'Specifikation af visse kritiske sygdomme' i bilag til afsnit D.

…

Stk. 5 Hvis medlemmet tidligere har fået stillet en diagnose indenfor en diagnosegruppe, kan medlemmet ikke få udbetalt engangsbeløb for denne eller en anden diagnose i samme diagnosegruppe. Det gælder, selvom medlemmet i mellemtiden har været erklæret rask.

Bestemmelsen omfatter alle tidligere diagnoser, hvor medlemmet har fået udbetalt engangsbeløb ved en kritisk sygdom, men også i de tilfælde, hvor der ikke er udbetalt engangsbeløb for den tidligere diagnose, fordi medlemmet ikke var omfattet af forsikringen på diagnosetidspunktet.

…

Stk. 10 Engangsbeløbet udbetales ikke, hvis diagnosen er stillet, før medlemmet bliver omfattet af forsikringen ved visse kritiske sygdomme, jf. tillige stk. 14.

…

Diagnosegruppe 2:

Diagnosegruppen indeholder følgende diagnoser:

2a. Blodprop i hjertet

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

1 Stigning og/eller fald i hjertespecifikke biomarkører (fortrinsvis troponin) med mindst en værdi, der overstiger 99 percentilen af øvre referencegrænse og

2 Evidens for myokardieiskæmi med mindst et af følgende forhold

- Symptomer på iskæmi (fx brystsmerter, dyspnø, akut hjerteinsufficiens, arytmier)
- EKG-forandringer tydende på akut iskæmi (nye ST-T ændringer eller ny venstresidig grenblok)
- Udvikling af patologisk Q takker i EKG'et
- Billeddannende diagnostisk evidens for nyt tab af viabelt myokardium

Diagnosen skal være stillet 1. januar 2000 eller senere.

Diagnosen skal være stillet af en kardiologisk afdeling eller af kardiologisk speciallæge. Landspatientregistrets diagnosekoder kan anvendes som dokumentation.

2b. Dilateret cardiomyopathi

Desuden dækkes dilateret cardiomyopathi. Diagnosen skal være stillet 1. januar 2000 eller senere. Landspatientregistrets diagnosekode kan anvendes som dokumentation.

2c. Kranspulsåreforkalkning - bypass-opererede tilfælde

Angiografisk påvist forsnævring (>75 pct.) af mindst én kranspulsåre med samtidig tilstedeværende symptomer (angina pectoris) og objektive forandringer (arbejds-EKG / myokardie scintigrafi) foreneligt med nedsat blodforsyning til områder af venstre hjertekammermuskel. Diagnosen skal være stillet 1. januar 2000 eller senere.

Hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) i form af planlagt eller gennemført bypass operation omfattende en eller flere kranspulsårer med anlæggelse af vene og/eller arterie grafts, udført hos personer med medicinsk intraktabel angina pectoris. Ved planlagt operation er det et krav, at forsikrede er accepteret på venteliste. Landspatientregistrets diagnosekoder kan også anvendes som dokumentation.

2d. Kranspulsåreforkalkning - behandlet med ballonudvidelse
Angiografisk påvist forsnævring (>75 pct.) af mindst én kranspulsåre med samtidig tilstedeværende symptomer (angina pectoris) foreneligt med nedsat blodforsyning til områder af venstre hjertekammermuskel. Diagnosen skal være stillet 1. januar 2000 eller senere.

Hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning i form ballonudvidelse, som skal omfatte mindst én kranspulsåre. Behandlingen en skal være gennemført, før udbetaling kan ske. Landspatientregistrets diagnosekoder kan anvendes som dokumentation"

Nævnet udtaler:

Det fremgår af sagen, at klageren den 17/12 2015 fik stillet diagnosen ustabil angina pectoris, som samme dag blev behandlet med en ballonudvidelse (PCI). I udskrivningsbrevet af 17/12 2015 er det anført: "Stenose af distale højre koronararterie reduceres fra 90 % til 0 %."

Nævnet lægger herefter til grund, at diagnosen opfylder diagnosebetingelserne i forsikringsbetingelsernes specifikation af visse kritiske sygdomme, diagnosegruppe 2, punkt 2 d.
Det er oplyst, at klageren i 2002, forud for at han blev omfattet af forsikringen, havde fået foretaget en ballonudvidelse som følge af en blodprop i hjertet.

Nævnet lægger til grund, at lidelsen i 2002 opfylder diagnosebetingelserne i forsikringsbetingelsernes specifikation af visse kritiske sygdomme, diagnosegruppe 2, punkt 2 a.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 15, stk. 5, at såfremt klageren tidligere har fået stillet en diagnose inden for en diagnosegruppe, udbetales der ikke engangsbeløb for denne eller en anden diagnose i samme diagnosegruppe.

Videre fremgår det af bestemmelsen, at den også omfatter de tilfælde, hvor der ikke er udbetalt engangsbeløb for den tidligere diagnose, fordi medlemmet ikke var omfattet af forsikringen på diagnosetidspunktet.

Da begge diagnoser er omfattet af forsikringsbetingelsernes diagnosegruppe 2, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist at udbetale dækning ved kritisk sygdom i anledning af operationen den 17/12 2015.

Oplysningerne på selskabets hjemmeside er korrekte, men vedrører ikke en situation som den foreliggende.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand