Ankenævnet for Forsikring

Den 2. august 2017 blev i sag nr. 89921:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Cardif Forsikring
Bredgade 56, 2. sal
1260 København K

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har låne- og kreditforsikring i Cardif Forsikring. Han klager over, at selskabet har afvist at yde dækning for lån i forbindelse med, at han er blevet sygemeldt den 14/10 2013 på grund af ryglidelse.

Selskabet har anført, at klageren havde kendskab til sin sygdom forud for tegningen af forsikringen, og at der som følge heraf ikke er dækning. Selskabet her med henvisning hertil også ophævet to af klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

I klageskemaet af 28/9 2016 til nævnet har klageren blandt andet anført:

> "Jeg blev sygemeldt ved læge d. 14/10-2013. Forsikringen nægter at dække mine lån på grund af at de mener at jeg allerede kendte til mine symptomer tilbage i 1998. Jeg har dog ikke på noget tidspunkt følt mig rygsyg førend jeg i 2013 måtte fratræde min stilling. Det som jeg har oplyst til … klinik er at jeg som ung følte et press i lænderyggen. I samarbejde med ledende overlæge … fandt vi ud af, at dette skyltes at jeg havde en medfødt snæver spinalkanal. Jeg har på intet tidspunkt i livet vidst at jeg var rygsyg førend jeg i en alder af [30erne] år blev MR-Scannet. Der ud over har jeg været [i militær] og er blevet vurderet 100 procent rask ved flere lejligheder og har levet et normalt liv. Jeg har flere rygsygdomme, i alt 6 stykker, men man kan ikke lægeligt dokumentere at den ene sygdom er skyld i den anden, ligesom forsikringsselskabet ikke har påvist hvilken af mine rygsygdomme som gør mig uarbejdsdygtig. Det mener jeg at de bør, for hvem siger at de små symptomer som jeg havde som ung er dem der gør, at jeg er rygsyg den dag i dag? Derudover er min sickness illness disease, sådan indrettet at jeg hele livet har troet at alle mennesker havde det ligesom jeg og at alle havde de samme smerter i lænden. Jeg fandt det helt naturligt og har derfor tegnet mine forsikringer i god tro.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At de enten dækker mine afdrag på mine lån fordi jeg er rygsyg og ikke må arbejde. Eller betragter min situation som at jeg er ufrivilligt arbejdsløs, som de tegnede forsikringer også skal dække."

Klageren har i mail af 29/9 2016 til nævnet supplerende bemærket:

"Jeg har tegnet forsikring på samtlige lån. Dette lån er udbetalt, men der skrives at forsikringen først er tegnet 7/1-2014. Det passer ikke, den er tegnet ved optagelse af lånet d.15/9-2013 (se bilag 1.) Derfor har jeg også her penge til gode.

Ydermere har jeg også et lån på hele 55.000 kr, som de ikke har taget med. Der er også tegnet forsikring på, men man har bare aldrig svaret mig tilbage. (forsikringen blev tegnet telefonisk ved en af deres rådgivere. (svært at bevise.)

Jeg har fra nedenstående afgørelse betalt mine afdrag indtil denne måned, derfor har jeg også en del afdrag til gode som jeg har betalt for meget.

Det er korrekt at jeg har oplyst en forkert dato for min sygemelding ved første ansøgning. Jeg er dog smertepatient som det også fremgår, lider af søvnmangel og har et stort morfin forbrug. Derfor er hukommelsen til tiden sløret og datoerne greb jeg lidt ud i luften fordi jeg kun er smertefri i få timer om dagen. Min koncentration svigtede mig, hvilket jeg beklager, men reelt har det jo ikke den store indflydelse. Derfor håber jeg at I kan udrede trådende for mig."

Selskabet har i brev af 7/11 2016 til nævnet blandt andet oplyst:

"Den 1. december 2015 modtager BNP Paribas Cardif anmeldelse af fuldt tab af erhvervsevne. [Klageren] anmelder følgende sygdom 'Discursdegenerationer og protrusion L3/L4, spinkel osøs spinalkanal konginit m/forkorted pedikler L4/L5.

Ud fra de oplysninger vi har modtaget af praktiserende læge …, (praktiserende læge) har vi vurderet, at skade eller symptomer har vist sig, inden forsikringen blev tegnet, og at [klageren] havde kendskab til sygdom eller symptomer ved tegning af forsikringerne.

Det her fremgår også i notering fra lægejournal, epikrise, fra Region …, som [klageren] har sendt med i sin klage til Ankenævnet for Forsikring.

Vi modtager svar fra praktiserende læge (bil 4-10) som oplyser følgende:
- At [klageren] bemærkede de første symptomer på din sygdom tilbage i 1998,
- At [klageren] er blevet 100 % sygemeldt fra den 14. oktober 2013.

Endvidere oplyses det i lægejournal følgende fra den 20. december 2014/2.septemer 2015: 'Snæver rygmarvskanal og tiltagende kroniske rygsmerter med udstrålende neuropatiske smerter mest i venstre ben, men også højre, først opdaget i starten af 20erne hvor patienten ville være soldat, herefter kontoransat i … men smerter i siddende stilling, fik arbejde som … men kunne med tiden heller ikke dette'

Idet vi må vurdere, at de oplysninger vi har modtaget fra [klageren] praktiserende Læge er korrekte, havde [klageren] kendskab om sygdom eller symptom ved tegning af alle forsikringer.

Følgende to forsikringer er tegnet efter at [klageren] blev sygemeldt for sygdommen den 14. oktober 2013. [Klageren] havde ifølge lægens svar og journaler, kendskab om sygdom eller symptom ved tegning af disse to forsikringer.

Forsikring for lån …, tegnet den 20. december 2013. (Sagsnummer …). Forsikring for lån …, tegnet den 27. juni 2014. (Sagsnummer …).

Forsikring for lån …, tegnet den 21. december 2012. (Sagsnummer …). [Klageren] havde også, ifølge lægens svar og journaler, kendskab om sygdom eller symptom ved tegning af denne forsikring.

I henhold til betingelserne, (bil.8), ydes der ingen udbetaling ved fuldt tab af erhvervsevne på baggrund af kendskab til sygdommen ved tegning af forsikringen samt forsikringer, som er tegnet efter sygdommens indtræden.

Jf. betingelserne pkt. 3.2.5 står der: Der udbetales ikke erstatning ved fuldt tab af erhvervsevne, som skyldes nogle af de følgende forhold, sygdom, smitte, skade eller symptomer som viste sig, inden forsikringen blev tegnet (uanset om diagnosen først endeligt kunne stilles efter tegningen af forsikringen), eller følger af disse gener."

Af klagerens brev af 20/11 2016 til nævnet fremgår blandt andet:

"Det siger vel sig selv, at jeg umuligt har haft kendskab til rygproblemer i 1998. Jeg var på session i … og blev lægeligt undersøgt. Jeg blev **ikke** kasseret og indgik i [militæret] i 2000, hvor jeg heller ikke blev kasseret og … 2001, hvor jeg heller ikke blev kasseret og var under lægeligt tilsyn halvårligt. Jeg var soldat indtil … I denne periode har jeg på ingen måde have kunnet være rygsyg. Der er dog tale om en smule ømhed. Jeg har [dokument] fra 1997-2001 og kan dermed heller ikke have kunnet været rygsyg i denne periode, det er klart.

Det, som egen læge … (har kun haft ham siden 2014) misforstår, er en samtale jeg har med overlæge …, der spørger ind til, hvornår og hvordan jeg husker min ryg gennem tid under belastning. I denne forbindelse, nævner jeg at jeg ofte havde ondt i min lænderyg i Forsvaret, når vi havde båret på 25- 50 kg tunge rygsække, hvor andre som oftest havde ondt i skuldre, hofter og midterryg, men også lænderyg. Så, nej jeg har ikke haft kendskab til mine rygsygdomme førend, jeg blev MR-scannet i 2014. Derfor har jeg handlet i god tro. Der er selvsagt intet belæg for, at jeg skulle vide noget om dette.

Som overlæge … skriver, drejer min epikrise sig om tidligere rygrask patient. Overlæge … nedfælder selvfølgelig, at jeg har været øm i ryggen i 1998-2004, og at jeg har været bekendt med denne ømhed. Det skal han, da det passer fint med senere opdaget sygdom. Han gør det for at kunne give den rette diagnose, som blev opdaget ved MR-scanning. Alt andet ville jo ikke være lægefagligt korrekt. Den ømhed og de strålesmerter som jeg har haft indtil min MR-scanning er på ingen måde noget jeg har fundet unormalt, da jeg er født sådan. Derfor troede jeg, at alle mennesker havde de samme symptomer i større eller mindre grad. Jeg var jo ikke bekendt med andet. Jeg har på intet tidspunkt troet, at det jeg følte dengang skulle have noget med min rygsygdom, men har derimod troet at det har skyldtes en inflammation på grund af at jeg havde spist chili samt havde brugt parfume.

Jeg havde tænkt, at min allergi/overfølsomhed måske havde 'sat sig' i bevægeapparatet, men jeg er jo heller ikke lægefaglig.

Ud over dette har forsikringsselskabet ikke på opfordring besvaret, hvilken af mine sygdomme, som ikke gør mig ufrivilligt arbejdsløs? Mangler jeg ikke en dækning her? Hvorfor vil forsikringsselskabet ikke dække på baggrund af ufrivillig arbejdsløshed, som forsikringen burde? I er jo informeret i tide.

Hvordan vil forsikringen bevise, at den ømhed jeg havde i 1998-2004, har noget at gøre med min kongenitte (medfødt) spinkle spinalkanal, når jeg oveni har seks andre rygsygdomme, der ikke er relateret til førnævnte? Og hvordan vil de bevise, at jeg skulle have kendskab til denne, førend en MR-scanning forelå i 2014? Mig bekendt er det uladsiggørligt at stille denne diagnose uden en MR-scanning og forudgående røntgenundersøgelse - så hvordan skulle jeg vide noget om dette? Første gang jeg nogensinde prøver en MR-scanner er i 2014, samme med røntgenbilleder.

I understreger, at jeg har arbejdet som … siden 2012. Det er rigtigt nok, men jeg var ikke rygsyg og opsøger først læge langt senere - d.15-10-2013 - hvor jeg sættes under observation for unormalitet i ryghvirvel L 4. Dette i sig selv er dog ikke på den måde et symptom og det kan ikke bevises, at det har været det, som jeg har mærket i lænden som yngre, da det intet har at gøre med en kongenit spinkel spinalkanal og er hurtigt helbredeligt. Ryghvirvel L4 er belastet hos alle mennesker i større eller i mindre grad over tid, men den har i mit tilfælde og sikkert også mange andres ingen sammenhæng med mine andre rygsygdomme. Hvis I mener dette, så bevis det. I mit tilfælde er belastningen af L4 ikke et symptom på noget som helst i retning af min endelige diagnose der omhandler noget helt andet, nemlig det at det er medfødt. Ellers, igen: bevis det.

Sidst men ikke mindst mangler der et udbetalt lån, som jeg også kræver erstatning for, beskrevet til Forsikringsankenævnet. Hvor er det? Der mangler vist også et nyere lån på ca. 50.000 kr., men jeg kan ikke tyde jeres overstregede papirer.

At forsikringssælger i telefonen er så ivrig efter at tjene penge, at hun glemmer at spørge ind til relevante oplysninger vedrørende mit helbred, kan og bliver aldrig mit problem. Hun tilbød at tegne forsikring på det foreliggende grundlag, hvilket jeg egentlig mente var ganske flot og tak for det.

Jeg kan heller ikke forstå, at Cardiff ved deres afslag på dækning, så alligevel bliver ved med at trække mig for penge til at dække en forsikring, der ikke skulle være gældende. Kan man få en forklaring på dette? I skulle jo have opsagt forsikringen, hvis I ikke mente at jeg fortsat kunne dækkes af den, eller at den var tegnet på et uholdbart grundlag.

Cardiff skal forstå, at dette er et tilbud fra min side af. Et tilbud om, at vi kan forhandle. For i sidste ende er det kun mig der afgør, om jeg vil imødekomme noget krav fra Cardiffs søsterfirma …, da jeg på intet tidspunkt vil vedkende mig at have noget udestående gæld til …. De vil aldrig få et fundament herfra. Når og hvis en eventuel retssag mellem undertegnede og jeres søsterselskab … kommer, vil jeg til hver en tid henholde mig til, at I og ikke jeg er skyldnerne."

Klageren har ved mail af 15/12 2016 til nævnet fremsendt kopi af en opsigelsesbrev af 13/12 2016 fra selskabet.

Af selskabets opsigelsesbrev til klageren fremgår blandt andet:

> "Du har den 20. december 2013 tegnet lånesikring for lån …og den 27. Juni 2014 tegnet du lånesikring for lån ….
> I henhold til gruppeforsikringsbetingelserne gælder bl.a. at du er fuldt erhvervsdygtig vid tiden da du tegnet.
>
> I forbindelse med vores behandling af dine sager … og …, for din sygeperiode med start den 14. oktober 2013, har vi blevet opmærksomme på at du ikke opfylder tegningskriterierne, for fuldt erhvervsdygtig, når du tegnet dine forsikringer.
>
> Idet du ikke er berettiget til at tegne forsikringerne, vil vi annullere dine forsikringer fra den 25. januar 2016 (fra den dag vi modtog dokumentation for hvornår din sygemelding startet).
>
> Ekspres Bank vil tilbage betale forsikringspræmien til dig."

Klageren har i mailen blandt andet anført:

> "Jeg erkender ikke deres ophævelse som værende gyldig og har gjort indsigelse ved Cardif.
>
> Cardif kan heller ikke vide om jeg var fuldt erhvervsdygtig i den periode hvor forsikringen er tegnet, da jeg har haft enkelte perioder under min sygehistorik hvor jeg var på uddannelse og under revalideringsydelse eller su.
>
> Derfor ser jeg gerne at denne skrivelse indgår i min sag, som et bevis på at Cardif ønsker at omgås gældende regler.
>
> Forsikringerne gælder derfor fortsat og det vil jeg henholde mig til også i et senere retsopgør, ved de danske domstole"

Selskabet har i brev af 21/12 2016 til nævnet blandt andet oplyst:

> "**Svar på spørgsmål af 16. december 2016 vedrørende tilbagebetaling af forsikringspræmie på grund af forkert tegnet forsikring.**
>
> Vi fastholder vores afgørelse, at vi ikke kan imødekomme [klagerens] ønske.
>
> [Klageren] har ikke opfyldt kravet om at være fuldt erhvervsdygtig for at kunne tegne disse to forsikringer. Forsikringerne skal derfor annulleres, og præmien skal tilbagebetales fra den dato, som BNP Cardif har fået kendskab til dette.
>
> Det var under behandling af retten til erstatning for fuldt tab af erhvervsevne, som BNP Cardif fik en lægeattest fra praktiserende læge, der påviser, at [klageren] har været 100 % sygemeldt siden den 14-10-2013. Dette fremgår også af [klagerens]klage til Ankenævnet for Forsikring, dateret den 28-09-2016.
>
> BNP Paribas har ikke modtaget nogen dokumenter, der påviser, at der skulle foreligge nogen urigtighed hos informationen fra den praktiserende læge.

Forsikringen for lån … er tegnet den 20. december 2013 (sagsnummer …), og forsikringen for lån … er tegnet den 27. juni 2014 (sagsnummer …). Begge disse forsikringer er blevet tegnet under den tid, som [klageren] angiveligt var 100 % sygemeldt. [Klageren] har ikke opfyldt kravet om at være fuldt erhvervsdygtig for at kunne tegne disse to forsikringer."

Nævnet har i brev af 9/1 2017 forespurgt selskabet:

"I har oplyst, at 2 af klagerens forsikringer annulleres, og at præmien for forsikringerne tilbagebetales til det tidspunkt, hvor selskabet har fået kendskab til, at klageren angiveligt ikke var fuldt erhvervsdygtig på tegningstidspunkterne.

Selskabet bedes i denne forbindelse venligst oplyse med hvilken hjemmel forsikringerne er ophævet/annulleret, og med hvilken hjemmel præmietilbagebetalingen sker fra 'kendskabstidspunktet'."

Selskabet har i brev af 14/3 2017 til nævnet blandt oplyst:

"**Svar på spørgsmål vedrørende hjemmel for annullation af forsikringerne og præmietilbagebetaling.**

Policenummer	Lånenummer	Tegningsdato	Skadenummer
…	…	2013-12-20	…
…	…	2014-06-27	…

Overstående forsikringer er blevet opsagt/annullerede på grund af følgende forsikrings betingelser.

5.6 *BNP Paribas Cardif har ret til at opsige forsikringen uden varsel, hvis du ved forsikringens etablering eller ved en forsikringshændelse svigagtigt har givet urigtige eller ufuldstændige oplysninger, eller har fortiet omstændigheder, som er af betydning for forsikringen*

8.2 *Har du forsætligt eller ved en ikke ubetydelig uagtsomhed givet urigtige eller ufuldstændige oplysninger, der har betydning for forsikringen, kan det medføre, at BNP Paribas Cardif kræver forsikringen opsagt eller ændret, og at BNP Paribas Cardif fritages for ansvar for indtrufne forsikringstilfælde*

Forsikringerne er opsagt på grund af at [klageren] tegnet forsikringerne på urigtige grund, idet [klageren] ved tidspunktet da han tegnede forsikringerne var 100% sygemeld siden den 14. oktober 2013.

Fra det tidspunkt vi blevet opmærksomme på at begge forsikringer er tegnet på urigtig grund, og [klageren] ikke vil kunne gøre brug af forsikringerne, har vi også taget et beslut om at tilbage betale forsikringspræmien fra det dato vi fik videnskab om dette."

Klageren har i mail af 28/3 2017 til nævnet blandt andet bemærket:

"Til svar om Cardif forsikrings påstand om manglende eller ukorrekte oplysninger i deres sagspunkter 5,6 og 8,2, kan jeg kun tilføje at forsikringerne er tegnet mundtligt over telefon. En medarbejder ringede til mig og spurgte ind til om de lån jeg ville optage skulle tegnes med forsikring. Dertil svarede jeg ja.

Cardif forsikring skriver at jeg har været 100% sygemeldt siden 14. oktober 2013. Hvor har de disse oplysninger fra? Mig bekendt har jeg studeret i perioden efter.

At Cardif forsikring tager en beslutning om at ophæve forsikringerne og tilbagebetale forsikringspræmierne, har jeg modsat mig fra start. Det kan Cardif forsikring ikke lovligt gøre uden der er faldet dom i sagen. Indtil da ser jeg stadigvæk forsikringerne gælder med samme dækning som hidtil. Sagen skal behandles ved de danske domstole. før dækningen kan trækkes tilbage og som jeg ser det, er det Cardif forsikring der skal bede retten om at gøre dette. Det er dem der skal føre beviser mod mig og ikke omvendt. Jeg skal ikke selv anlægge sag."

Selskabet har i mail af 10/4 2017 til nævnet blandt andet anført:

"Ifølge jeres brev skriver kunden: 'Cardif Forsikring skriver, at jeg har været 100% sygemeldt siden 14. oktober 2013. Hvor har de disse oplysninger fra? Mig bekendt har jeg studeret i perioden efter.'

Vi henviser til lægeerklæringen dateret den 15. januar 2016, hvor lægen skriver:

'Patienten mærkede først symptomer i 1998. Han har været 100% sygemeldt siden 14. oktober 2013'."

Klageren har fremsendt yderligere bemærkninger til nævnet i mails af 20/4, 21/4 og 23/4 2017, og heraf fremgår blandt andet:

"Den 20. april 2017 kl. 17.01

…

Til spørgsmålet om jeg har været sygemeldt siden 14. Oktober 2013, kan jeg kun sige som tidligere nævnt, at min Læge … er en meget forvirret mand.

1.) De symptomer som jeg er sygemeldt med nu og som giver mig en mulighed for førtidspension, er IKKE de symptomer som der beskrives fra 1998.

2.) Jeg har ikke været sygemeldt siden 14. Oktober 2013. Jeg har studeret siden og er blevet mere syg siden og har måttet opgive mine studier. (Se SU-oversigt.)

3.) Ud over dette har jeg i samme periode haft eget firma.

…

Den 20. april 2017 kl. 19.40

…

Mine symptomer starter d. 1/4-2014 og jeg ansøgte læge d. 1/4-2014

Jeg ansøger om revalidering og får denne d. 20/6-2014 (dermed er jeg ikke sygemeldt d. 27/6-2016, men fuldt erhvervsaktiv.). (se bilag.)

…

Den 21. april 2017 kl. 02.01

…

Med symptomer d. 1/4-2014 menes smerter, men ved lægebesøg senere var der ikke klarhed over hvad de skyldes. Der var bud på en forstrækning, noget reumatologisk, at jeg havde løftet forkert, eller en prolaps. Derfor går der endnu længere tid inden der kommer

en reel diagnose, men ikke en endelig diagnose på hvad det kan være. Det sker d. 11/4-2014 ved overlæge … [hospital]. Han vurdere at der er behov for en yderigere udredning ved radiologerne, men det kan ikke siges med sikkerhed hvor smerterne fra 1/4-2014 stammer fra, men højest sandsynligt stammer de fra den del som er medfødt, men som jeg ikke er bekendt med endnu. og for mig virkede til at være helt normale smerter, som alle mennesker havde. Jeg har derfor ikke haft kendskab til at min ryg skulle være så dårlig, at den i dag gør at jeg kommer i betragtning til en førtidspension.
…
Den 21. april 2017 kl. 02.59
…
Sidst men ikke mindst, vil jeg oplyse om at jeg den 20/12-2013 ud over at have eget firma, fortsat var ansat og fik løn ved .... Jeg var i arbejde på fuld tid (se bilag.) Jeg kan også se at jeg ingen sygedage har haft i denne periode.
…
Den 21. april 2017 kl. 04.38
…
Igen vil jeg mene at det er Cardif forsikring der skal ind og bevise, at det lige nøjagtig er den medfødte sygdom, som gør at jeg får gener d. 1/4-2014 og som forvolder mig smerter i starten af mine ungdomsår. Det at jeg skulle have neuropatiske smerter i begyndelsen af 20erne er ikke sandt. Det at jeg skulle have omfattende rygproblemer da jeg ville være soldat kan ikke lade sig gøre, fordi jeg blev soldat og var det i flere år. Jeg blev tilset af læger hvert halve år i hele min militær karriere, uden at der var tegn på en rygsygdom.
…
Sendt: 23. april 2017 02:37
…
Der har ikke tidligere været skrevet sygejournaler/epikriser vedrørende min ryg før end overlæge … gør det d. 11/4-2014. Det der er vigtigt at forstå her er at de smerter/symptomer som han beskriver fra mine ungdomsår ikke har noget som helst at gøre med min kongenit spinkle osøse spinalkanal at gøre og det er den, jeg bliver sygemeldt med og som gør at jeg kommer i betragtning til førtidspension og bliver erklæret for uarbejdsdygtig i en hver form. De symptomer/smerter der beskrives at være fra yngre dage er muligvis almindelige muskelsmerter eller protrusioner mellem L3/L4 og L4/L5, det er ikke til at vide. Det kan også være af reumatologisk karakter, men disse er slet ikke nok til at bliver erklæret uarbejdsdygtig. Det er derfor den kongenit osøse spinalkanal der er årsagen til at jeg ikke må arbejde i dag. Denne kongenit osøse spinalkanal har ikke eller får ingen betydning for hvordan resten af ryggen fungere. De andre seks rygsygdomme som jeg har, skyldes på ingen måde denne kongenit osøse spinalkanal og omvendt skyldes den kongenit osøse spinalkanal heller ikke det at jeg har andre rygsygdomme. Derfor skal Cardif forsikring efter min bedste overbevisning dække her fordi hvis jeg 'kun' havde de andre rygsygdomme og ikke en kongenit osøs spinalkanal, så var jeg stadigvæk 100% erhvervsdygtig og kunne dermed arbejde på lige fod med alle andre, hvis vi ser på hvad arbejdsmarkedslovgivningen siger og de krav der stilles til sygdomsramte borgere i Danmark. Havde jeg kun haft de andre rygsygdomme, var jeg ikke blevet tilkendt en revalidering, jeg var heller ikke blevet sygemeldt eller senere kommet i betragtning til førtidspension. Jeg siger igen, at jeg var 100% uvidende om min medfødte sygdom indtil jeg fik en forklaring d.7/8-2014 og igen der er aldrig blevet noteret noget om min ryg førend d. 11/4-2014."

Af journalen fra klagerens praktiserende læge fremgår blandt andet:

"Torsdag d. 24. oktober 2013
** BILLEDDIAGNOSTISK EPIKRISE ** 2013 10 24 kl. 09:26

…
Røntgenbesøg: 2013 10 24 kl. 08:45
EPIKRISE:
Columna lumbalis d. 24-10-2013 KI. 08:48:
Antydningsvis højdereduktion af 4. lumbale discus. Ingen reaktive forandringer.
…
Mandag d. 13. januar 2014
** SPECIALLÆGEEPIKRISE ** 2014 01 13
…
Henvisningsårsag: "I ca. 4 uger paræstesiersv,t L4, 5 sin. Laseq negativ. Vurdering af ryg... Ingen smerter. Manipulation uden effekt. Ru col. lumb.: deg.L 4/5.
Anamnese: Pt. identificeres med navn og sygeskringskort. Oplysningsskema inkomplet udfyldt.
Pt. beskriver rygsmerter med udstråling især i venstre UE, på lår og laterale underben, intermit. Kraftløshed i venstre forfod. Føleforstyrrelse i form af dysæstesi og intermit. smerter, forværring i oktober uden at der er hoste/nyse forværring, Valsalva negativ. Beskriver forværring i liggende position med strakte ben, aflastning ved bøjet ben og lumbale rygsmerter. Primær opstart uden traume eller infektion.
…
Konklusion:
...-årige mand med natlige rygsmerter samt belastningssmerter ved løft i lænden med udstråling i venstre UE og klin. mulig lettere parese i m. ekstensor hallucis longus sin. med radiologisk påvist degenerative forandringer L4/L5. Vi har aftalt, at han sendes pga. natlige smerter til MR-skanning af columna lumbalis.
Pt. informeres om klin. us. resultater, 'red flags', terapi muligheder og diagnostisk behov.
Kontrol.
Henvisning til MR er sendt.
…
** SPECIALLÆGEEPIKRISE ** 2014 02 03
…
MR col. lumbalis d. 03-02-2014:
Der er udført standard sekvenser.
Undersøgelsen viser normale krumninger. Samtlige hvirvelcorpora har normal form og signalforhold. Den ossøse spinalkanal er kongenit spinkelog forholdene er præget af korte pedikler.
Der ses incipiente discusdegenerationer med brede protrusioner i niveau L3/L4 ogL4/L5.
Derudover let facetleds / ligamenthypertrofi. Disse forandringer er årsag til marginal / let spinalstenose i disse niveauer med arealet målende hhv.0,7 og 0,6 cm2
…
Kontrol efter MR-skanning af columna lumbalis fra 3. februar 2014 med tegn til en kongen. Spinkelt spinal kanal samt begyndende discusdegenerationer med bredeprotrusioner og facetledsartrose med hypertrofi samt lettere spinalstenose i niveau L3/L4 og L4/L5.
Undersøgelses svaret beskrives for pt. uden at der ses en neurologisk terapi muligheder, ingen tegn til en rygkirurgisk behandlingsbehov vedfortsat rygsmerter med kronisk behandlingsbehov i form af fysioterapi og smertebehandling. Prognostisk må man beskrive at man pt. kan ikke regne med at pt. er egnet til rygbelastende arbejde og jeg har anbefalet at kontakte kommunen mhp. revaliderings muligheder.
…
Tirsdag d. 6. maj 2014
** UDSKRIVNINGSEPIKRISE ** 2014 05 06
…

10. 89921

Sammenfatning:
…-årig mand, som ikke er disponeret til rygsygdom og har tidligere været rygrask.
…
Nuværende drejer sig om lænderygproblemer, der startede i forbindelse med arbejdet i 1990'erne hos …. Lænderygsmerter forværrede som soldat, hvor der har været tungt løftearbejde og udsættelse for helkropsvibrationer. Forværrede igen som [arbejde]. Trodsskift til mere administrativt arbejde med varierede arbejdsstillinger, blev rygsymptomerne fortsat ved med at genere patienten. Har siden 2012 som [arbejde] haft akavede arbejdsstillinger i forbindelse med magtanvendelse og i forbindelse med dette forværring af rygsymptomer med udstråling til venstre ben. Samtidig psykisk belastet, søgte derfor egen læge.
Denne har forsøgt med manipulation, som kun havde kortvarig virkning. Henvist til neurolog, som mistænker discusprolaps, MR-skanning viser dels en konginit spinkel spinalkanal med forkortede pedikier, men samtidig discusdegeneration og protrusion sv.t. L3/L4, L4/L5. Det vurderes, at der ikke umiddelbart er operationsindikation.
…
Lørdag d. 20. december 2014
ny patient, angiveligt snæver rygmarvskanal og tiltagende kroniske rygsmerter med neuropatiske smerter i ve. ben, først opdaget i starten af 20'eme hvor han ville være soldat, herefter kontoransat i … men smerter i siddende stilling, fik arbejde som … på … med fodbold o.l. men kunne med tiden heller ikke dette."

Klagerens praktiserende læge har i udtalelse af 15/1 2016 til selskabet oplyst:

"Patientens mærkede først symptomer i 1998.
Han har været 100% sygemeldt siden 14. Oktober 2013."

I forsikringsbetingelserne hedder det blandt andet:

"**1 Forsikringens indtrædelseskriterier**

For at blive en del af gruppeforsikringen* er det en betingelse, at du
- har et lån* hos … Bank,
- er fyldt 18 år men endnu ikke 66 år,
- har et dansk CPR-nummer og fast bopæl i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne),
- er fuldt erhvervsdygtig*, og
- er indforstået med at arbejdsløshed, varsling om arbejdsløshed, opsigelse, sygdom eller lidelser som du er bekendt med inden tegning af forsikringen ikke er dækket.

…
3.2 Dækning ved fuldt tab af erhvervsevne

3.2.1 Ved fuldt tab af erhvervsevne* udbetales månedlige erstatning* med de undtagelser, som fremgår af pkt. 3.2.2-3.2.5
…
Udbetalingen sker til … Bank og krediteres kontoen for det lån*, som er tilknyttet forsikringen.
…
Forsikringsdækningen træder i kraft tidligst 90 dage efter din indtræden i gruppeforsikringen* (kvalificeringsperioden), således at fuldt tab af erhvervsevne* skal være indtruffet efter denne periode.

Hvis der indtræffer fuldt tab af erhvervsevne* efter kvalificeringsperioden udbetales der ingen erstatning for de første 30 dage (karensperioden). Hvis fuldt tab af erhvervsevne* fortsat består efter endt karensperiode udbetales månedlig erstatning* med 1/30 pr dag som det fulde tab af erhvervsevne har varet inden for forsikringsperioden*. Erstatningen udbetales månedsvis bagud og udbetales i maksimalt 12 måneder (360 dage) pr. godkendt skade og i maksimalt 36 måneder (1.080 dage), i den samlede periode hvori forsikringen er i kraft.

Den første dag med fuldt tab af erhvervsevne* anses for at være den dag, som du har fået en lægeerklæring, fra praktiserende læge i Danmark, på at du ikke kan udføre et fuldtidsarbejde* eller arbejde som selvstændig erhvervsdrivende*.

…

3.2.5 Der udbetales ikke erstatning ved fuldt tab af erhvervsevne*, hvis du opnår erstatning pga. ufrivillig arbejdsløshed* iht. pkt. 3.3 eller ikke leverer det fornødne for, at der foreligger fuldt tab af erhvervsevne*.

Derudover udbetales der ikke erstatning ved fuldt tab af erhvervsevne*, som skyldes nogle af de følgende forhold:

- Selvforskyldt legemsbeskadigelse,
- Sygdom, smitte, skade eller symptomer,
    - som viste sig, inden forsikringen blev tegnet (uanset om diagnosen først endeligt kunne stilles efter tegningen af forsikringen), eller følger af disse gener, eller
    - som du i et eller flere tilfælde i de 12 måneder umiddelbart forud for forsikringens/ændringens ikrafttræden har fået eller søgt konsultation eller behandling for hos en autoriseret læge

…

3.3 Dækning ved ufrivillig arbejdsløshed

3.3.1 Ved ufrivillig arbejdsløshed* udbetales månedlige erstatning* med de undtagelser, som fremgår af pkt. 3.3.2-3.3.4.

…

Den første dag med ufrivillig arbejdsløshed* anses for at være den dag, du har fået bevilget ret til erstatning fra dansk A-kasse eller fra en anden tilsvarende offentlig ydelse.

…

Det er en forudsætning for dækningen ved ufrivillig arbejdsløshed* at du er tilmeldt som aktivt jobsøgende ved et jobcenter/ arbejdsformidlingen, står til rådighed for arbejdsmarkedet og modtager fuld erstatning fra en dansk A-kasse eller anden tilsvarende offentlig ydelse iht. de regler, som gælder for aktuel arbejdsløshed.

…

4. Ændring af erstatningskrav

Du kan skifte mellem erstatning for fuldt tab af erhvervsevne* og erstatning for ufrivillig arbejdsløshed* og vice versa, forudsat at betingelserne for de respektive forsikringsdækninger er opfyldt, og at antallet af udbetalinger af din andel af månedlige erstatninger* ikke overstiger i alt 12 måneder (360 dage) sammenhængende udbetalinger.

…

Definitioner

…

'Fuldt erhvervsdygtig': Du er fuldt erhvervsdygtig, hvis du kan udføre dit sædvanlige arbejde uden begrænsninger og ikke modtager eller har ret til erstatning, der skyldes sygdom og/eller ulykke*. Samtidigt forudsættes det at du ikke har et særligt tilpasset arbejde

eller arbejder med såkaldt løntilskud iht. sociallovgivningen pga. psykisk og/ eller fysisk funktionsnedsættelse og at du heller ikke har modtaget erstatning for sygdom og/eller ulykke* i mere end 14 dage i træk i den seneste 3-måneders periode.

'Fuldt tab af erhvervsevne': Hvis du mister din erhvervsevne, som følge af sygdom eller ulykke*, og som indtræffer i forsikringsperioden*, samt at denne tabte evne helt forhindrer dig i at udføre et fuldtidsarbejde* eller arbejde som selvstændig erhvervsdrivende*
…
'Selvstændig erhvervsdrivende': Iht. lov om arbejdsløshedsforsikring anses du som værende selvstændig erhvervsdrivende, hvis du driver en selvstændig virksomhed med beskæftigelse for egen regning og risiko med det formål at opnå et økonomisk udbytte. Som selvstændig erhvervsdrivende skal du udføre arbejde, for mindst 17 timer om ugen.
…
'Ufrivillig arbejdsløshed': Når dit faste ansættelsesforhold ophører i forsikringsperioden* pga. omstrukturering eller arbejdsmangel, eller fordi arbejdsgiverens virksomhed helt eller delvist nedlægges, eller andre årsager som du som arbejdstager ikke har indflydelse på."

Nævnet udtaler:

Klageren har i forbindelse med optagelsen af flere lån tegnet forsikringer, der dækker ydelserne, som han skal betale på lånet i tilfælde af, at han bliver ufrivilligt arbejdsløs eller erhvervsudygtig. Selskabet har oplyst, at der er tale om 3 forsikringer, der blev tegnet den 21/12 2012, 20/12 2013 og 27/6 2014. Nævnet lægger til grund, at der er enslydende forsikringsbetingelser knyttet til de 3 forhold.

Klageren har anført, at selskabet skal yde dækning og betale ydelserne på de lån, der er tilknyttet forsikringerne i forbindelse med, at han er blevet uarbejdsdygtig på grund af en ryglidelse.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at klageren var bekendt med sin sygdom/sine symptomer på den lidelse, de førte til hans uarbejdsdygtighed forud for tegningen af forsikringerne. Selskabet har også den 13/12 2016 meddelt klageren, at 2 af forsikringerne pr. 25/1 2016 er ophævet med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet med henvisning til, at han ikke var fuldt erhvervsdygtig på tegningstidspunktet.

Klageren har anført, at selskabet ikke er berettiget til at ophæve hans forsikringer.

Om klagerens ryglidelse fremgår det af sagen blandt andet, at det ved en MR-scanning foretaget den 3/2 2014 blev konstateret, at klageren havde en kongenital spinkel spinalkanal med begyndende diskusdegenerationer med brede protrusioner og facetledsartrose med hypertrofi samt lettere spinalstenose i niveau L3/4 og L4/5. Det er i forbindelse med MR-scanningen noteret, at klageren ikke var egnet til at varetage rygbelastende arbejde.

I en udskrivningsepikrise af 6/5 2014 er det blandt andet anført, at klageren "ikke er disponeret til rygsygdom og har tidligere været rygrask." Det er videre angivet, at "nuværende drejer sig om lænderygproblemer, der startede i forbindelse med arbejdet i 1990'erne hos …. Lænderygsmerter forværrede som soldat, hvor der har været tungt løftearbejde og udsættelse for helkropsvibrationer. Forværrede igen som [arbejde]. Trods skift til mere administrativt arbejde med varierede arbejdsstillinger, blev rygsymptomerne fortsat ved med at genere patienten. Har siden 2012 som [arbejde] haft akavede arbejdsstillinger i forbindelse med magtanvendelse og i forbindelse med dette forværring af rygsymptomer med udstråling til venstre ben. Samtidig psykisk belastet, søgte derfor egen læge."

Klagerens praktiserende læge har i udtalelse af 15/1 2016 til selskabet oplyst, at klageren første gang mærkede symptomer i 1998, og at han har været sygemeldt siden 14/10 2013.

Klageren har afvist, at han kendte til sine symptomer i 1998, eller at han har følt sig rygsyg, før han i 2013 måtte fratræde sin stilling.

<u>Ophævelse af 2 af forsikringerne med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet</u>
Selskabet har som begrundelse for ophævelsen af 2 af klagerens forsikringer anført, at han ikke opfyldte kravet om at være 100 % erhvervsdygtig på tidspunktet for tegningen af forsikringerne. Selskabet har henvist til forsikringsbetingelsernes punkt 5.6 og punkt 8.2.

Klageren har anført, at forsikringerne er tegnet mundtligt over telefonen, og at en medarbejder havde ringet til ham og spurgt, om de lån, som han optog, skulle tegnes med forsikring, hvilket han svarede ja til.

Nævnet bemærker, at ophævelse af en forsikring med henvisning til, at der er afgivet urigtige oplysninger er reguleret i forsikringsaftalelovens §§ 4-10.

Nævnet bemærker, at der ved forsikringer, der tegnes på grund af telefonsamtaler, påhviler selskabet en streng bevisbyrde for, at selskabet rent faktisk har stillet de spørgsmål, der påberåbes som grundlag for urigtige risikooplysninger. Dette er lagt til grund i nævnets mangeårige praksis.

Selskabet har ikke fremlagt tilstrækkeligt bevis for, at der ved tegningen af forsikringen blev spurgt til klagerens helbred eller arbejdsmæssige forhold, ligesom selskabet ikke har bevist, at klageren har oplyst, at han på tegningstidspunktet var fuld arbejdsdygtig. Nævnet finder herefter ikke grundlag for at lægge til grund, at klageren ved tegningen af forsikringen afgav urigtige oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens §§ 4-6.

Nævnet finder, at klageren ved tegningen af forsikringerne burde have været klart over, at oplysningen om, at han var sygemeldt på grund af sin ryglidelse kunne være af betydning for selskabet og nævnet finder det ikke udelukket, at dette kan tilregnes ham som grov uagtsomhed, jf. herved forsikringsaftalelovens § 7.

Imidlertid har selskabet i sit opsigelsesbrev af 13/12 2016 til klageren oplyst, at det fik kendskab til oplysningerne om klagerens helbred den 15/1 2016. Nævnet finder, at selskabet ikke herved har påberåbt sig rettigheder i henhold til forsikringsaftalelovens §§ 5-7 uden unødigt ophold, jf. forsikringsaftalelovens § 8. Nævnet finder som følge heraf, at selskabets ophævelse af klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft ikke er gyldig, hvorfor selskabet har været uberettiget til at ophæve forsikringerne med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

15. 89921

Dækning ved fuldt tab af erhvervsevne

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 3.2.1, at der ved fuldt tab af erhvervsevne udbetales månedlige erstatninger. Fuldt tab af erhvervsevne er i forsikringsbetingelserne defineret som mistet erhvervsevne som følge af sygdom eller ulykke, der indtræffer i forsikringsperioden, og at den tabte evne helt forhindrer udførelse af fuldtidsarbejde.

Af punkt 3.2.5 fremgår det endvidere, at der ikke udbetales erstatning ved fuldt tab af erhvervsevne, hvis dette skyldes sygdom, skade eller symptomer "som viste sig, inden forsikringen blev tegnet (uanset som diagnosen først endeligt kunne stilles efter tegningen af forsikringen) eller følger af disse gener, …".

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen ikke grundlag for at pålægge selskabet at yde dækning. Nævnet har blandt andet lagt vægt på oplysningerne om, at klageren i flere år forud for tegningen af forsikringerne har haft gener og symptomer fra ryggen, og at hans efterfølgende uarbejdsdygtighed skyldes disse ryggener. Det som klageren har anført om, at han ikke var bekendt med årsagen til generne eller anså disse for normale kan efter nævnets opfattelse ikke føre til andet resultat.

Dækning ved ufrivillig arbejdsløshed

Klageren har anført, at såfremt han ikke har krav på dækning på grund af tab af erhvervsevne, da skal der ydes dækning efter reglerne om ufrivillig arbejdsløshed. Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 3.3.3, at det er en forudsætning for dækning ved ufrivillig arbejdsløshed, at sikrede er tilmeldt som aktivt jobsøgende og står til rådighed for arbejdsmarkedet og modtager fuld erstatning fra en dansk A-kasse eller anden tilsvarende offentlig ydelse.

Det fremgår af sagen, at klageren blev sygemeldt i 2013, at han blev tilkendt revalidering den 20/6 2014. Nævnet finder på denne baggrund, at klageren ikke opfyldte betingelserne for udbetaling af erstatning for ufrivillig arbejdsløshed.

16. 89921

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Cardif Forsikring, skal anerkende at ophævelsen af klagerens forsikringer med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet er ugyldig, og at forsikringerne som følge heraf forsat er i kraft.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales.

Peter Thønnings