Ankenævnet *for* Forsikring

Den 11. april 2018 blev i sag nr. 91107:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxx

mod

AXA Financial Insurance Company

Postboks 701

2605 Brøndby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har via sin bank økonomisikring, der dækker ved midlertidig uarbejdsdygtighed i AXA Financial Insurance Company. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringsydelser i forbindelse med, at han er blevet uarbejdsdygtighed på grund af 3 diskusprolapser i nakken.

Selskabet har anført, at klageren forud for tegningen af forsikringen den 28/7 2016 havde betydelige ryggener. Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til forsikringsbetingelsernes punkt 21, hvoraf det blandt andet fremgår: "Vi udbetaler ikke forsikringsydelse ved midlertidig uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden er opstået som en direkte eller indirekte følge af: … sygdom eller personskade, som du var, eller burde have været bekendt med, eller som du søgte læge for, indenfor 12 måneder før forsikringens ikrafttræden."

2. 91107

I klageskema af 12/7 2017 til nævnet har klageren blandt andet anført:

> "**Sagsfremstilling**
> Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.
> uarbejdsdygtig pga. flere discoprolapser i nakke
>
> **Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
> at de anerkender at jeg ikke vidste at kunne få skader senere hen i nakken da jeg har været fuldt på arbejde indtil 6/3-2017 da skaderne blev opdaget"

Selskabet har i brev af 10/11 2017 til nævnet blandt andet redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

> "Sagen drejer sig om, at … [klager] har tegnet en forsikring i vort selskab [selskabet] den 28. juli 2016. Klagers forsikring er omfattet af forsikringsbetingelserne 6000-008 [bilag 1].
>
> Klager anmeldte den 16. maj 2017 klagers midlertidige uarbejdsdygtighed. I anmeldelsen af midlertidig uarbejdsdygtighed mm. [bilag 2] har klager anmeldt for discusprolaps i nakken. [uarbejdsdygtighed]
>
> Selskabet efterspørger her om lægeattest FP710 [bilag 3] for at kunne vurdere om klager havde, eller burde have haft, kendskab til klagers uarbejdsdygtighed eller symptomer hertil før forsikringens tegnelse.
>
> Selskabet modtager den 30. maj 2017 bilag 3 som selskabet, sammen med bilag 2, sender til selskabets lægekonsulent for en lægelig vurdering.
>
> Da den indsendte lægelige dokumentation (bilag 2 og bilag 3) er for vag, anmoder selskabet her om lægejournal på klagers uarbejdsdygtighed. [bilag 4]
>
> Den 19. juni 2017 modtager selskabet bilag 4, som selskabets lægekonsulent gennemgår. Den faglige vurdering lyder på, at klager havde kendskab til klagers uarbejdsdygtighed før klager tegnede forskringen. På baggrund af dette, sender selskabet den 23. juni 2017 et afslagsbrev. [bilag 5].
>
> Den 28. juni 2017 modtager selskabet en e-mail fra klager, med anmodning om at revurdere sagen. Klager mener at selskabet har givet afslag på forkert grundlag. Selskabet sender herved alt modtaget dokumentation til selskabets lægekonsulent, hvorved dokumenterne blev gennemset på ny. Lægekonsulenten understreger her, at klager havde symptomer som senere hen har ledt til klagers uarbejdsdygtighed, og at klager derved havde kendskab.
>
> På denne baggrund sender selskabet den 6. juli 2017 et revurderingsafslagsbrev. [bilag 6]

3. 91107

Opsummering:

Klager har haft symptomer for klagers uarbejdsdygtighed før klager tegnede forsikringen den 28. juli 2016, som er begrundet i den indsendte dokumentation af klager og klagers læge, gennemgået af selskabet og selskabets lægekonsulent.
Selskabet kan derfor ikke imødekomme klagers anmodning om dækning, da der er dokumentation for, at der har været kendskab til uarbejdsdygtigheden før tegning."

Klageren har i e-mail af 4/12 2017 til nævnet blandt andet anført:

"Jeg vil bare påpege at min uarbejdsdygtighed skyldes 3 discoprolapser i nakken og ikke den spinalstenose der er omtalt i raport fra læge
De er konstateret 1/4-2017 ved scanning"

Nævnet har fået forelagt sagens bilag, herunder lægelige journaloplysninger og den korrespondance mellem selskabet og klageren, der ligger forud for sagens indbringelse for nævnet. Et uddrag heraf vil blive gennemgået i det følgende.

Af epikrise af 29/5 2013 efter indlæggelse på et sygehus fremgår blandt andet:

"EPIKRISE:
Resumé og vurdering:
[Mand i 50-erne] henvist af fagforeningen … til vurdering af lænderyglidelse.
Siden 1977 har pt. været ansat i en virksomhed, der producerer og distribuerer diverse … i dunke og trykflasker. I den forbindelse har pt., gennem årene, med en betydelig variation, håndteret disse emner og i perioder haft stor eller særdeles stor, daglig løftemængde.
I sommeren 2012 debut af lænderygsmerter med udstråling til højre ben. Præoperativt fandtes ved MR-skanning degenerative forandringer med prolapser på niveau L4/L5 og L5/S1. Grundet hyperrefleksi udførtes supplerende MR-skanning af columna cervicothoracalis visende spinalstenose nedadtil i halshvirvelsøjlen og degenerative forandringer. I februar 2013 er der udført operation for lumbal discus prolaps med god effekt på sensibilitetsforstyrrelserne i højre underben og fod. Efterfølgende genoptræning.
Pt. er aktuelt i arbejdsprøvning på deltid i sit gamle firma.
Objektivt findes tegn på lænderyglidelse i form af nedsat bevægelighed, operationscikatrice og ømhed nedadtil og til højre i lænderyggen og højre glutealregion."

Af journaloplysninger af 4/9 2014 fra hospitalets akutafdeling fremgår det blandt andet:

"[Mand i 50'erne] kendt med AMI i maj 2014 og op for paramedian L4/L5 diskusprolaps i 2013. Desuden kendt med cervikal spinalstenose som ikke er operationskrævende. Henvises af e.l. obs diskusprolaps. Pt har siden juni/juli haft lumbale rygsmerter med udstråling til begge ben. Dog mest til hø."

4. 91107

Af epikrise efter rygoperation den 17/11 2014 fremgår blandt andet:

"EPIKRISE:
17-11-2014 Operation
Indlagt mhp. operation. Symptomerne og generne i det væsentlige uændret. Informeret om det planlagte indgreb og dekompression, både frilægning og dese som anført, også informeret om risici som anført og accepterer og er operationsklar.

I	GA + LA
for	DM48.0, Lumbal spinalstenose
og	DM51.1 D lumbal prolaps
gøres	KABC56, laminectomia cum decompressio radices
samt	KNAG64, interlaminær spondylodese uden fiksation

Lumbalt midtlinieincision. Dobbeltsidig muskulær fillægning. Vejledt af gennemlysning afbides spinosi og der laminektomeres på L5 og L4 op til underkanten af L3, imidlertid er der også stenose her også svarende til recesser og taminektomien udvides til også at omfatte L3. Afbider lat., åbner recesser og dekomprimerer rødderne i rodkanalerne på alle niveauer, dvs. L4/L5 og Sl-rødderne i begge sider. Svær hypertrofi af facetted især L4/5 i hø. side, flere steder mindre synovialiscyster, desuden er der en galdre duradefekt i hø. side fra den tidl. opr., men arachnoidea holder. Defekten ikke egnet til sutur, dækkes med spongostan og skrumper lidt bed bipolær. Frilægningens omfang kontrolleres ved gennemlysning, print til journalen. Disci er eksploreret, alle faste uden defekter eller prolaps, lades urørt. Facetleddene opmejsles, der dekortikeres posterolat. og graftes med knogle høstet fra frilægningen."

I speciallægeepikrise af 17/11 2014 hedder det blandt andet:

"Epikrise
DM48.0, lumbal spinalstenose
DM51.1 D lumbal prolaps
KABC56, laminectomia cum decompressio radices
KNAG64, interlaminær spondylodese uden fiksation
Tidligere opr. for højresidig lumbal prolaps med nogen effekt men nu igen smerter i lænderyggen med udstråling til begge ben, mest højre med sovende fornemmelse ned i tæerne, mest højre fod. Forværres ved løft og belastning. Undres ikke meget i hvile. Konservativ beh. uden effekt og tiltagende smerter og funktionsindskrænkning. MR viser dels prolaps og recesstenose desuden mistænkt synovialiscyste. Opereres med dekompression og ossøs Bese. Suturfjernelse 14. dag. Skal skåne ryggen i tre mdr. indtil rtg. og klinisk kontrol her."

Af journalnotat udfærdiget af klagerens praktiserende læge den 18/2 2015 fremgår blandt andet:

"Kons./Besøg Beh.: …
Hustru ringer. Pt oplever føleforstyrrelser i arme og ben (vist mest hø) i forb. med aktivitet og kondicykling.
Pga spinalstenose eller Får lægetid./…"

5. 91107

Af journalnotat udfærdiget af klagerens praktiserende læge den 9/3 2017 fremgår blandt andet:

> "09-03-2017: ryggen. følefortsyrrelser i ben og arme. mistænker spinal stenose i nakken som årsag.
> Sygemedit sig. / ta har tid hos JE til opfølgning. kan tage tramadol og PCM."

Det fremgår blandt andet af journaloplysninger af 22/3 2017 fra et privathospital:

> "Aktuelle:
> Tendens til nakkesmerter af klemmende karakter med svaghedsfornemmelse i hænderne. Symptomerne optræder efter ca. 1 times arbejde som lagerfunktionær, hvorfor han er langtidssygemeldt. Den sovende og prikken fornemmelse stråler ud i alle 5 fingre. Der kan være ledsagende hovedpine og svimmelhed. Symptomerne er forværret langsomt over de sidste 2 år. Har ikke fået konservativ behandling.
> Har seq. i form af svaghedsfomemmelse i benene siden dekompression i 2014."

Af svar på MR-skanning af nakken den 1/4 2017 fremgår det blandt andet:

> "MR skanning af columna cervicalis:
> Undersøgelsen viser en moderat kraftig degeneration af disci i niveauerne C4/C5, C5/C6 og C6/C7. På degenerativ basis er C5 gledet en smule fremad i forhold til C4. I niveau C3/C4 foreligger der en ekstension af discus ud i det højre foramen intervertebrale, som er forsnævret i en sådan grad af der opstår en påvirkning af højre C4 rod. Det venstre foramen har sufficiente pladsforhold. I niveau C4/C5 foreligger der en bredbaset centralt prolaps, som yder et let tryk på medullas anteriore overflade. Der foreligger markant bilat. foraminal forsnævring med mulighed for påvirkning af begge C5 redder. I niveau C5/C6 foreligger der ligeledes en central bredbaset prolaps, som yder et tryk på medullas anteriore overflade. Der er relativ forsnævring af begge foramina intervertebralia, men uden sikker rodpåvirkning. I niveau C6/C7 foreligger der en markant bredt bugtende discus centralt, som yder et let tryk på medullas anteriore overflade. Der er sufficiente pladsforhold i begge foramina intervertebralia. Pladsforholdene i den resterende del af columna cervicalis er normale. Medulla cervicalis og øvre thoracalis er uden patologiske signalforandringer.
>
> Konklusion:
> Markant højresidig foraminal stenose i niveau C3/C4.
> Centrale prolapser i niveauerne C4/C5 og C5/C6 med medullær påvirkning.
> Bredt bugtende discus i niveau C6/C7, også med medullær påvirkning.
> Bilat. foraminal stenose i niveau C4/C5 med mulighed for påvirkning af begge C5 rødder.
> Degeneration af disci i niveauerne C4105, C5/C6 og C6/C7."

Af sundhedsforsikringsattest af 23/5 2017 udfyldt af klagerens praktiserende læge fremgår det blandt andet:

2	Hvilke symptomer har patienten og hvornår startede de?			Dato for første symptom: Følefortsyrrelser og nedsat kraft i ben og arme; er der hele tiden; men forværes ved fysisk aktivitet 6.3.2017
	Hvornår undersøgte du patienten for symtomerne første gang?			Dato: 21.3.2017
3	Foreligger der en diagnose på tilstanden?	Nej ☐	Ja ☒	Hvis **JA**, hvilken diagnose (gerne på latin): /Prolapsus disci intervertebralis C4/C5, C5/C6 et C6/C7/ et /Stenosis foram. C3/C4 et C4/C5/
	Er sygdommen kronisk?	☐	☒	
	Hvornår blev diagnosen stillet?			Dato: 1.4.2017

...

5	Har patienten dig bekendt været behandlet/undersøgt for samme symptomer, sygdom eller skade indenfor de seneste [10] år?	Nej ☒	Ja ☐	Hvis **JA**, hvornår: Dato:
6	Skønner du, på det foreliggende grundlag, at symptomer, sygdomme eller andre forhold herunder graviditet, inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på nuværende symptomer/sygdom eller forværret dens følger?	Nej ☒	Ja ☐	Hvis **JA**, hvilken indflydelse på tilstanden?
	Hvornår debuterede symptomerne/sygdommen?			Dato:

Af selskabets brev til klageren den 23/6 2017 fremgår blandt andet:

> "Vi har modtaget og behandlet din anmeldelse af Midlertidig Uarbejdsdygtighed. Efter gennemgang af din sag, må vi desværre meddele dig, at vi ikke kan imødekomme dit ønske om forsikringsdækning.
> Årsagen til dette er, at det af lægejournal fremgår, at det i 2012 blev konstateret at du havde spinalstenose nedadtil i halshvirvelsøjlen og degenerative forandringer. Vi har sendt denne journal til vores medicinske afdeling, og de har vurderet, at du således havde kendskab til din sygdom da du tegnede din forsikring den 28. juli 2016.
>
> I forsikringsbetingelserne punkt 21 står der følgende;
> "Vi udbetaler ikke forsikringsydelse ved midlertidig uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden er opstået som en direkte eller indirekte følge af sygdom eller personskade, som du var, eller burde have været bekendt med, eller som du søgte læge for, indenfor 12 måneder før forsikringens ikrafttræden."

Af selskabets revurderingsbrev af 6/7 2017 til klageren fremgår blandt andet:

> "Vi har modtaget din indsigelse af 28. juni 2017 og har på denne baggrund taget din sag op til fornyet behandling.
> Når vi modtager en indsigelse, gennemgår vi dine oplysninger i anmeldelsen igen og indhenter eventuelt yderligere oplysninger fra din læge eller hospital. Vi sammenholder så de konkrete oplysninger med forsikringsbetingelserne, og afgør herefter om anmeldelsen giver ret til udbetaling fra forsikringen.
> På den baggrund må vi desværre meddele dig, at vi fortsat ikke kan imødekomme dit ønske om at få forsikringsdækning i denne sag.

Grunden til dette er, at vores lægehold fortæller at discusprolapserne ganske rigtigt blev diagnosticeret i 2017, men at det fremgår af journalerne at der var symptomer på radiculopati i de øvre lemmer i minimum 2 år før policen blev underskrevet den 28. juni 2016. Det er således disse symptomer som ligger til grund for diagnosen med den cervicale disusprolaps. På denne baggrund finder vores lægehold derfor forhåndskendskab til symptomer fra før policen blev underskrevet. Så selvom diagnosen først blev stillet i 2017, var der kendskab til symptomerne inden policen blev underskrevet, og forsikringen dækker derfor ikke."

Af forsikringsbetingelserne fremgår det blandt andet:

"**Midlertidig uarbejdsdygtighed for kunder som er fyldt 18 år, men ikke 65 år**

19. Vilkår for udbetaling af forsikringsydelser

Forsikringsdækningen gælder udelukkende, hvis uarbejdsdygtigheden indtræder i forsikringens løbetid og under forudsætning af, at du på tidspunktet for uarbejdsdygtighedens indtræden, er beskæftiget som lønmodtager (aflønnet for min. 16 timer pr. uge) eller er selvstændig erhvervsdrivende (og beskæftiget hermed i mere end 30 timer pr. uge) (se definition af lønmodtager og selvstændig under ordforklaringerne)

Uarbejdsdygtighed, der indtræder, er opstået eller pådraget, indenfor de første 30 dage efter at forsikringen er trådt i kraft, er ikke omfattet af forsikringen. Dette gælder også selv om uarbejdsdygtigheden først anmeldes på et senere tidspunkt.

'Midlertidig uarbejdsdygtighed' betyder, at du på grund af sygdom eller en ulykke, er fuldstændigt forhindret i at udføre dit almindelige, lønnede arbejde eller drive din selvstændige virksomhed. Det er samtidig en betingelse, at du, mens du er uarbejdsdygtig, ikke udfører noget andet arbejde, som er lønnet eller som normalt ville være det, og at du er undergivet jævnlig og løbende lægelig behandling mod sygdommen eller ulykkens følger.

Den midlertidige uarbejdsdygtighed regnes for indtrådt den dag, hvor du ifølge lægeerklæring blev uarbejdsdygtig.

…

21. Undtagelser i dækningen

Vi udbetaler ikke forsikringsydelse ved midlertidig uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden er opstået som en direkte eller indirekte følge af:

- Sygdom eller legemsbeskadigelse, som du ved grov uagtsomhed, eller forsætligt, selv har forårsaget.

- Sygdom eller personskade, som du var, eller burde have været bekendt med, eller som du søgte læge for, indenfor 12 måneder før forsikringens ikrafttræden.

- Ryglidelser eller nakkelidelser eller skade på ryg eller nakke, med mindre der fra lægeligt hold kan påvises objektive fysiske årsager til sådan lidelse eller skade."

Ankenævnet *for* Forsikring

8. 91107

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 13/5 2017 til selskabet, at han var blevet uarbejdsdygtig på grund af diskusprolapser i nakken, som gav ham smerter i arme og ben ved fysisk belastning. Det er anført, at den første sygedag var den 6/3 2017, og at det første lægebesøg i forbindelse med uarbejdsdygtigheden var den 21/3 2017. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale ydelser ved uarbejdsdygtighed. Han har blandt andet anført, at uarbejdsdygtigheden ikke skyldes spinalstenose, men 3 diskusprolapser i nakken, som først er blevet konstateret ved skanning den 1/4 2017.

Selskabet har anført, at klageren tegnede forsikringen via sin bank den 28/7 2016. Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at det af forsikringsbetingelsernes punkt 21 blandt andet fremgår, at selskabet ikke udbetaler forsikringsydelse ved midlertidig uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden er opstået som en direkte eller indirekte følge af…
Sygdom eller personskade, som du var, eller burde være bekendt med, eller som du søgte læge for, indenfor 12 måneder før forsikringens ikrafttræden."

Nævnet lægger til grund, at diskusprolapserne i nakken er udtryk for en forværring af klagerens nakkegener/spinalstenose, der i årene forud for tegningen af forsikringen havde givet en række symptomer.

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning for den anmeldte uarbejdsdygtighed med henvisning til dækningsundtagelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 21 om sygdom, som klageren burde være bekendt med ved tegningen af forsikringen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af journaloplysninger af 4/9 2014 fra hospitalets akutafdeling, at klageren er "kendt med cervikal spinalstenose" og af journaloplysninger 22/3 2017 fra et privathospital, at klageren har tendens til nakkesmerter af klemmende karakter med svaghedsfornemmelse i hænderne, og at "symptomerne er forværret langsomt

over de sidste 2 år". Nævnet har endvidere lagt vægt på, at MR-skanning af 1/4 2017 har vist, at klageren har "en moderat kraftig degeneration af disci i niveauerne C4/C5, C5/C6 og C6/C7".

Det forhold, at klagerens praktiserende læge i sundhedsforsikringsattest af 23/5 2017 har anført, at klageren indenfor de seneste 10 år ikke er blevet behandlet/undersøgt for samme symptomer, sygdom eller skade, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt