Ankenævnet *for* Forsikring

Den 6. juni 2018 blev i sag nr. 91486:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv

Krumtappen 4

Postbox 442

2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Klageren har anmodet Forenede Gruppeliv om tegning af en gruppelivsforsikring, der dækker ved død og visse kritiske sygdomme. Han klager over selskabets afslag på at tegne forsikringen.

Selskabet har afvist at tegne forsikringen med henvisning til, at der kun kan ske optagelse i gruppelivsforsikringen, hvis forsikringen kan tegnes til normal præmie, jævnfør retningslinjerne fra Videncenter for Helbred & Forsikring, og at der i klagerens tilfælde aldrig vil kunne tilbydes forsikringsdækning på normale vilkår. Selskabet bestrider, at klageren er blevet lovet, at der kunne tilbydes forsikringsdækning efter et afsluttet observationsforløb.

2. 91486

I klageskema af 22/10 2017 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.*
> Jeg har søgt om at få tegnet en gruppelivsforsikring hos Forenede Gruppeliv
> Ansøgningen er blevet afvist med henvisning til, at jeg har været til kontrol for atrieflimren.
> Jeg har klaget 2 gange over afgørelsen til selskabet.
> I den seneste afgørelse står der 'Du blev tilbudt frekvensregulerende behandling, som du afslog', hvilket ikke er korrekt. Jeg er ikke på noget tidspunkt blev tilbudt eller anbefalet frekvensregulerende behandling. Det er nævnt som en mulighed ved en eventuel forværring af symptomerne.
> Afgørelsen bygger derfor på forkerte præmisser.
> Som det fremgår af notaterne fra [sygehus], er min sag afsluttet, og jeg forventer derfor - som jeg telefonisk har fået oplyst hos selskabet - at jeg vil kunne tegne en forsikring på normale vilkår.
>
> **Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
> Tegning af en gruppelivsforsikring på normale vilkår"

Selskabet har i brev af 20/11 2017 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

> "Klager udfyldte en helbredserklæring 12. april 2017 med henblik på optagelse i ovennævnte gruppelivsforsikring (bilag A).
>
> Det fremgår af bilag B, som er kopi af gruppelivsaftalen, at for at blive berettiget til at indtræde i forsikringen, skal ansøger bl.a. afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger, jf. aftalens § 3, jf. § 1. Det er FG der vurderer, om helbredsoplysningerne er tilfredsstillende.
>
> Klager oplyste i helbredserklæringen, at klager inden for de sidste 3 år havde været i kontakt med læge, sygehus [...] pga. hjertebanken eller uregelmæssig hjerterytme. Klager oplyste endvidere, at klager var blevet undersøgt for atrieflimren på [sygehus] i maj 2016.
>
> For at få en yderligere belysning af klagers helbredsforhold indhentede vi journaloplysninger fra klagers praktiserende læge, bilag C.
>
> Det fremgår af bilag C i journalnotat fra 20. juni 2014, at klager havde fornemmelse af, at hjertet slog ekstraslag, som typisk optrådte i pressede situationer. Klager afslog tilbud om at få foretaget hjertekardiogram (EKG), da klager hellere ville se tiden an. I epikrise fra 2. december 2016 fremgår, at klager havde fået diagnosticeret paroksystisk atrieflimren i sommeren 2016.
>
> Klager blev ved lægekonsultation 24. august 2016 tilbudt behandling af lidelsen med frekvensregulerende behandling. Klager ønskede ikke behandlingen, da klager hellere ville forsøge alternative muligheder med bl.a. akupunktur. Det fremgår også, at klager havde ført dagbog over anfaldende med atrieflimren, hvor anfaldende havde en varighed fra 1 minut til ca. 1 time. Klager have i forbindelse med anfaldende haft symptomer i form af hjertebanken og svimmelhed. Klager ønskede fortsat ikke behandling for lidelsen.
>
> Der kan kun ske optagelse i gruppelivsforsikringen, hvis den person der ønsker optagelse, ikke har en forøget helbredsmæssig risiko for nedsat levetid og/eller sygdom. Det er ikke muligt at blive

optaget i gruppelivsforsikringen mod betaling af forhøjet præmie eller med indskrænkning i forsikringsbetingelserne ved f.eks. klausul om, at en nærmere bestemt lidelse ikke dækkes af forsikringsbetingelserne (skærpede vilkår).

Det betyder, at der kun kan ske optagelse i forsikringen på normale vilkår - se uddrag af tegningsregler for gruppelivsforsikring i FG i bilag D, hvoraf det fremgår, at normale vilkår er en klassifikation af helbredsbedømmelsen på D0, D1 og I0 og I1 samt normal præmie.

Som bilag E vedlægges uddrag af retningslinjerne fra Videncenter for Helbred & Forsikring med beskrivelse af klassificeringen af bedømmelsestavlerne, hvor risikovurderingen ved dødsfaldsvurdering er angivet som D-tavler (D0-D8), jf. beregningsgrundlaget G82 eller som DA, svarende til afslag. Tilsvarende findes der i bilaget risikovurderinger for vurdering af tab af erhvervsevne.

Som bilag F vedlægges pkt. 2.2 i retningslinjerne som beskriver sygdommen/lidelsen 'Supraventrikulær takykardi'. I klagers tilfælde skal risikovurderingen ske under pkt. 2.2.1, da klager lider af atrieflimren og da klager har haft symptomer inden for de sidste 3 år (hjertebanken og svimmelhed), skal risikovurderingen ske under pkt. 2.2.1.3, som risikovurderer tilfælde 'Uden symptomer i mindre end 3 år [...]'.

Under pkt. 2.2.1.3 er anført 'Henvisning', som betyder, at en nærmere vurdering af sagen skal ske hos Videncenter for Helbred & Forsikring pga. sagens kompleksitet. Sagen blev ikke sendt til Videncenter for Helbred & Forsikring, da FG allerede på forhånd vidste, at risikovurdering ville betyde antagelse på skærpede vilkår. Denne antagelse er baseret på risikovurdering under pkt. 2.2.1.2, som er tilfælde 'Uden symptomer i mere end 3 år [...]' - som er bedømmelsen for lettere tilfælde af atrieflimren. Her er antagelsesvilkårne for tilfælde uden AK-behandling (blodfortyndende behandling) D1 I 1 samt 50 % præmietillæg for dækning ved kritisk sygdom - dvs. skærpede vilkår pga. præmietillægget ved kritisk sygdom.

Som tidligere beskrevet har FG ikke mulighed for at tilbyde indskrænkning i forsikringsbetingelserne med en klausul eller forsikringen med præmieforhøjelse.

Det betyder, at vi ikke kan tilbyde klager forsikringen.

For en yderligere belysning af lidelsen vedlægges bilag G, som er Hjerteforeningens beskrivelse af atrieflimren. Det fremgår, at atrieflimmer som udgangspunkt er en ufarlig rytmeforstyrrelse, men der kan være alvorlige følgevirkninger til at have atrieflimren, bl.a. øget tendens til blodprop i hjerne, arme eller ben samt hjertesvigt. Det fremgår også, at atrieflimren ikke er en stationær lidelse, men kan udvikles over tid til at blive en kronisk tilstand.

Det kan herefter konstateres, at klagers helbredsoplysninger udgør en forøget sygdomsrisiko og det er derfor korrekt og efter fast praksis, at vi afviste at optage klager i gruppelivsforsikringen, hvilket vi skrev til klager 11. maj 2017, 1. august 2017, 2. oktober 2017 og 13. oktober 2017 (bilag H)."

Klageren har hertil i brev af 8/12 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har nogle kommentarer til svaret fra FG

Der er nogle faktuelle fejl i forhold til oplysningerne fra min sygehusjournal, og jeg har tidligere redegjort for disse over for FG.

Jeg har ikke afslået tilbud om at få foretaget hjertekardiogram (EKG). Det har jeg fået foretaget flere gange i forløbet.

Jeg er ikke blevet tilbudt behandling med frekvensregulerende behandling. Det er blevet nævnt som en mulighed ved forværring af symptomerne, men det er ikke relevant, da jeg jo ikke længere har nogen symptomer.

Af uddragene fra retningslinjerne fra Videncenter for Helbred og Forsikring fremgår det, at der er praksis for, at man ikke kan forsikres hos FG, når man har haft anfald af atrieflimren. Det er i direkte modstrid med de oplysninger, jeg modtog, da jeg henvendte mig til FG. Her blev jeg oplyst om, at kriteriet ville være, at mit observationsforløb på [sygehus] skulle være afsluttet, og det er det ifølge oplysningerne i journalen.

Det er muligt, at selskabet ikke kan pålægges at tilbyde mig en forsikring, men i så fald er der tale om fejlagtig rådgivning fra selskabets side. Og samtidig finder jeg det kritisabelt, at man fra selskabets side - trods flere korrektioner fra min side - fastholder fejlagtige beskrivelser af dele af forløbet."

Selskabet har i brev af 21/12 2017 til nævnet bl.a. anført:

"FGs svar af 20. november 2017 fastholdes i sin helhed.

Derudover kan tilføjes, at det ikke er noteret hos FG, at klager ville kunne tilbydes forsikringsdækning efter en observationsforløb på [sygehus].

Et sådant tilsagn ville være i direkte strid med retningslinjerne fra Videncenter for Helbred & Forsikring, hvor der i klagers tilfælde aldrig ville kunne tilbyde forsikringsdækning på normale vilkår."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Et uddrag gengives i det følgende.

Af klagerens mail af 9/10 2017 til selskabet fremgår bl.a.:

"Jeg havde i foråret [20]16 i forbindelse med nogle problematiske forhold på min arbejdsplads haft nogle tilfælde af hjertebanken. I den forbindelse fik jeg foretaget en Holtermonitorering.
…
Jeg kom til kontrol og havde en samtale med læge og sygeplejerske:
…
Der blev sagt, at jeg 'kunne overveje' frekvensregulerende behandling, men jeg oplevede fuld forståelse for, at jeg ville forsøge andre metoder først.
Til den efterfølgende samtale nogle måneder senere oplevede jeg da også anerkendelse for, at jeg havde klaret det selv og nu var symptomfri.

I mellemtiden havde jeg haft ansøgt om gruppelivsforsikring, men fået afslag, da jeg var i et behandlingsforløb for atrieflimren. [Sagsbehandler] forklarede mig pr. telefon, at det var normal praksis, men at sagen ville stå anderledes, når behandlingsforløbet var afsluttet.

Til den næste kontrol på [sygehus] i juni 17 var meldingen:

- Behandlingsplan
  - Konklusion og plan
    - Har haft ganske få tilfælde med kortvarig uro i brystet gennem det sidste halve år, ellers fuldstændig asymptomatisk og ikke påvirket i sin hverdag.
      Patienten er informeret om behandlingsmulighederne og at man i første omgang, ved flere symptomer samt anfald, vil prøve med frekvensregulerende behandling. Patienten er indforstået med dette. Ønsker på nuværende tidspunkt ikke frekvensregulerende behandling, da anfaldene er meget få og uden symptomer. Patienten AFSLUTTES
      til egen læge og han anbefales at få taget ekg og målt blodtryk minimum en gang årligt, samt snakke med egen læge ved hyppigere anfald og/eller flere symptomgivende anfald. Han er indforstået med dette.

Alle disse oplysninger fremgår af min journal fra [sygehus], som I også har fået adgang til.

I jeres afgørelser står der, at jeg 'ikke ønsker frekvensregulerende behandling', og det er på sin vis korrekt, men det er jeg heller ikke på noget tidspunkt blev tilbudt eller anbefalet. Det er nævnt som en mulighed ved en forværring af symptomerne.

Det kan synes som meget at gøre ud af en sag som denne, men det er blevet lidt principielt for mig. Jeg er rask, og jeg kan ikke forstå, at det at jeg på et tidspunkt har haft symptomer på en sygdom, der af lægen beskrives som: *Forkammerflimren er som udgangspunkt ufarligt,* kan medføre, at jeg ikke kan tilbydes en forsikring på normale vilkår."

Nævnet udtaler:

Klageren klager over selskabets afslag på at tegne en gruppelivsforsikring, der dækker ved død og visse kritiske sygdomme. Hans krav er tegning af en gruppelivsforsikring på normale vilkår. Han har anført, at han af selskabet har fået oplyst, at kriteriet for tegning var, at hans observationsforløb var afsluttet.

Selskabet har afvist at tegne forsikringen med henvisning til, at der kun kan ske optagelse i gruppelivsforsikringen, hvis forsikringen kan tegnes til normal præmie, jævnfør retningslinjerne fra Videncenter for Helbred & Forsikring, og at der i klagerens tilfælde aldrig vil kunne tilbydes

forsikringsdækning på normale vilkår. Selskabet bestrider, at klageren er blevet lovet, at der kunne tilbydes forsikringsdækning efter afsluttet observationsforløb.

Nævnet bemærker indledningsvis, at et livsforsikringsselskab ikke har pligt til at tegne en forsikring, hvis det ikke finder risikooplysningerne tilfredsstillende.

Efter en gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere, at selskabet med henvisning til sin tegningspolitik har afslået at tegne gruppelivsforsikring for klageren. Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at han er blevet lovet, at han ville kunne tegne en gruppelivsforsikring, når hans observationsforløb var afsluttet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings