Ankenævnet *for* Forsikring

Den 29. august 2018 blev nr. 91889:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme. I bilag vedlagt klageskema af 29/1 2018 har klageren bl.a. oplyst:

> "D. 8. august 2015 blev jeg indlagt med et hjertestop, og søgte derfor om udbetaling ved kritisk sygdom i henhold til forsikringsbetingelserne.
>
> D. 10. september 2015 fik jeg afslag på dækning af AP Pension. Afslag sendes som **bilag 3**. Jeg klagede over afslag ved skrivelse af d. 24. september 2015. Skrivelsen sendes som **bilag 4**. AP Pension fastholdte deres afslag ved skrivelse af d. 1. oktober 2015, hvilken skrivelse sendes som **bilag 5**.
>
> Jeg mener ikke at afslaget er korrekt, idet jeg tidligere havde tegnet forsikring hos [andet forsikringsselskab 1], hvor jeg havde dækning ved kritisk sygdom. Efter de dagældende forsikringsbetingelser var jeg dækket ved en forsikringsbegivenhed, når der var gået mere end 6 år efter operation. Jeg blev i forbindelse med tegningen af nærværende forsikring oplyst, at der var samme eller bedre dækning i forsikringen. Jeg har forgæves forsøgt at få udleveret gamle policer ved både [andet forsikringsselskab 1], samt [andet forsikringsselskab 2].
>
> Da en by-pass operation mindsker risikoen for hjertestop, er det da heller ikke et rimeligt forsikringsvilkår, at undsige sig dækning når man har fået udført en sådan operation. Jeg blev da også af lægerne oplyst, at hjertetilfældet intet havde at gøre med min tidligere lidelse.
>
> Det var netop frygten for senere hjerteproblemer efter min by-pass operation der motiverede mig til at tegne kritisk sygdom forsikring, stærkt opfordret af min Forsikringsmægler. Forsikringsselskabet har intet gjort for at oplyse mig om, at jeg ikke var dækket ved netop sådan en begivenhed.

Jeg mener derfor at AP Pension afslag er uberettiget, og at de skal tilpligtes at udbetale 157.776,73 kr., som er forsikringssummen pr. 2007 af 138.000,00 kr. pristalsreguleret til september 2015."

Selskabet har i brev af 20/2 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Sagen drejer sig om, hvorvidt Klager er berettiget til forsikringsdækning ved Visse Kritiske Sygdomme på baggrund af hjertestop den 8. august 2015, samt den efterfølgende behandling.

AP Pensions holdning
Indledningsvist skal det meddeles, at AP Pension frafalder kald og varsel.

AP Pension fastholder, at Klager er blevet behandlet i overensstemmelse med aftale-grundlaget, idet der er givet afslag på forsikringsdækning ved Visse Kritiske Sygdomme efter hjertestop den 8. august 2015. Afslaget er begrundet med, at Klager i 1998 har fået foretaget en bypassoperation, hvorefter Klagers sygdom og behandling efter hjertestoppet den 8. august 2015 ikke er forsikringsdækket, jf. dækningsbegrænsningen i forsikringsbetingelsernes § 5, nr. 2.

At Klager skulle være blevet informeret af sin forsikringsmægler om, at forsikringsdækningen i AP Pension skulle være den samme eller bedre som i Klagers tidligere tilsvarende forsikring i [andet forsikringsselskab 2], kan ikke komme AP Pension til skade, og et eventuel spørgsmål om fejlrådgivning må rejses overfor forsikringsmægleren.

Klager ønsker udbetalt kr. 157.776,73, svarende til en angivet størrelse på forsikringsdækningen i 2007 tillagt pristalsregulering. AP Pension skal anføre, at forsikringssummen i 2015 var kr. 149.000, og at rentetilskrivning ved en eventuel udbetaling skal ske efter forsikringsaftalelovens § 24, med beregning fra 14 dage efter AP Pensions modtagelse af Klagers journal fra [hospital] den 2. september 2015 og frem til udbetalingstidspunktet.

Sagsforløb
…

Aftalegrundlag
Følgende fremgår af forsikringsbetingelserne **(Klagers bilag 2)**:

'…
§ 4. Kritisk sygdom
Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, jf. § 2, stk. 2 har fået stillet en diagnose, som beskrevet i §§ 4 A-Ø. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.
...
B: Større blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt)
Akut opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv, som følge af pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.

Diagnosen skal være baseret på en typisk stigning og fald af blodets indhold af biokemiske markører (troponin TnT eller kreatinkinase MB), sammen med mindst to af følgende kriterier:
a) pludseligt opståede vedvarende brystsmerter (symptomer på myokardieiskæmi),

b) elektrokardiogramforandringer, der tyder på nyopstået iskæmi (ST-stigning eller fald) eller udvikling af patologiske Q-takker på elektrokardiogram,
c) billeddiagnostisk evidens (ekkokardiografi, myoscintiografi eller MR-scanning) fornyet tab af hjertemuskelvæv/regional dyskinisi.

Diagnosen skal være stillet på hospital eller af kardiologisk speciallæge, og være klar og entydig for akut myokardieinfarkt (type 1 infarkt).

Dækningen omfatter ikke AMI i forbindelse med PCI eller CABG.

C: Hjertekaroperation på grund af svær forsnævring i kranspulsårerne (bypass/PCI)
Revaskulariserende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:
a) gennemført ballonudvidelse af to eller flere af hjertets kranspulsårer (PCI), som ikke kan behandles tilfredsstillende medicinsk, eller
b) planlagt eller gennemført åben hjertekirurgisk revaskularisering (by-pass operation) af én eller flere af hjertets kranspulsårer.

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.
…
G: Livstruende hjerterytmeforstyrrelser med indoperation af ICD-enhed
Planlagt eller gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af livstruende hjerterytmeforstyrrelse.

Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.
…
§ 5. Begrænsninger i forsikringsdækningen
Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:
…
2) ved diagnoser som beskrevet i §§ 4 B, C, D, E, F og G, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 4 B, C, D, E, F eller G.
…'

AP Pensions anbringender
Det fremgår af journalblad fra [hospital] (**Bilag B**), anført under den 13. august 2015, at Klager, på baggrund af indikation på ventrikelflimmer og non-stomi (en type blodprop i hjertet) får indopereret en ICD-enhed (defibrillator).

Efter forsikringsbetingelserne (**Klagers bilag 2**) vil en større blodprop i hjertet, samt en livstruende hjerterytmeforstyrrelse med indoperation af ICD-enhed, kunne give ret til udbetaling af forsikringsdækningen, såfremt diagnosekriterierne er opfyldte. Udbetaling vil i så fald ske i henhold til henholdsvis forsikringsbetingelsernes § 4B eller § 4G.

Det er imidlertid beskrevet i journalbladet fra [hospital] (**Bilag B**), anført under den 8. august 2015, at Klager i 1998 har undergået en bypass operation. Bypass operation er beskrevet i forsikringsbetingelsernes § 4C, litra b.

Forsikringsbetingelserne (**Klagers bilag 2**) fastsætter i § 5 en række begrænsninger i forsikringsdækningen. Det fremgår således af bestemmelsens nr. 2, at forsikringen ikke giver ret til udbeta-

ling ved diagnoser som beskrevet i §§ 4 B, C, D, E, F og G, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i §§ 4 B, C, D, E, F eller G.

Som nævnt bliver forsikrede i 1998 diagnosticeret med en sygdom, der opfylder beskrivelsen i forsikringsbetingelsernes § 4C, litra b. Som en følge af dækningsbegrænsningen i forsikringsbetingelsernes § 5, nr. 2 vil der herefter ikke være ret til udbetaling ved de diagnoser, som Klager oplever i august 2015, da disse sygdomme er nævnt i betingelserne i § 4B og 4G.

Klager skriver i sin klage til ankenævnet, at han er blevet informeret af sine læger om, at hjertetilfældet i 2015 intet har med de tidligere lidelser at gøre. AP Pension skal hertil blot bemærke, at årsagssammenhæng mellem diagnoserne ikke er relevant at diskutere, idet det afgørende er forsikringsbetingelsernes klare undtagelse af dækning i denne situation.

Klager anfører, at han ved tegning af forsikringen i AP Pension bliver oplyst om, at der vil være samme eller bedre dækning i den nye forsikring i AP Pension i forhold til forsikredes tidligere tilsvarende forsikring i [andet forsikringsselskab 2].

Som det fremgår af sagen er Klager ved tegningen af forsikringen blevet rådgivet af en forsikringsmægler. AP Pension kan ikke genkende, at selskabet skulle have givet Klager indtryk af, at der er tale om en tilsvarende eller bedre dækning på dette område i forhold til den tidligere tilsvarende forsikring i [andet forsikringsselskab 2], men som Klager anfører i sin klage til selskabet (Klagers bilag 4) er det oplysninger, som Klager skulle have modtaget fra sin forsikringsmægler.

AP Pension vedlægger kopi af brev fra [forsikringsmægler] af 29. november 2011 (**Bilag C**), som Klager har sendt til selskabet i forbindelse med selskabets almindelige klagebehandling af sagen. Klager henviser til dette brev i sin klage til selskabet (**Klagers bilag 4**) og anfører, at forsikringsmægleren har oplyst Klager om, at forsikringsdækningen i AP Pension er lidt bedre end dækningen i [andet forsikringsselskab 2]. Af brevet fra forsikringsmægleren fremgår det, at AP Pension dækker som [andet forsikringsselskab 2], og at AP Pension derudover dækker terminal sygdom.

AP Pension er ikke bekendt med dækningsomfang og -begrænsninger i den tidligere forsikring i [andet forsikringsselskab 2], men det kan ikke komme AP Pension til skade, hvis en forsikringsmægler eventuelt måtte have givet fejlagtige informationer til Klager. Når en forsikringstager benytter en forsikringsmægler, overtager forsikringsmægleren rådgivningen, herunder rådgivningsansvaret, fra selskabet. Fejlagtig eller mangelfuld rådgivning fra en forsikringsmægler skal således italesættes overfor forsikringsmægleren, og AP Pension kan ikke stå til ansvar herfor.

Det skal nævnes, at den omtalte dækningsbegrænsning ikke er blevet ændret af AP Pension i den periode, hvor Klager har været forsikret i selskabet.

Konklusion
AP Pension fastholder herefter, at Klager er blevet behandlet i overensstemmelse med aftalegrundlaget, idet der er givet afslag på forsikringsdækning ved Visse Kritiske Sygdomme efter hjertestop den 8. august 2015.

Klager har i 1998 fået foretaget en bypassoperation, hvorefter Klagers sygdom og behandling efter hjertestoppet den 8. august 2015 ikke er forsikringsdækket, jf. dækningsbegrænsningen i forsikringsbetingelsernes § 5, nr. 2.

> At Klager skulle være blevet informeret af sin forsikringsmægler om, at forsikringsdækningen i AP Pension skulle være den samme eller bedre som i Klagers tidligere tilsvarende forsikring i [andet forsikringsselskab 2], kan ikke komme AP Pension til skade, og et eventuel spørgsmål om fejlrådgivning må rejses overfor forsikringsmægleren.
>
> Det er AP Pensions vurdering, at størrelsen på en eventuel udbetaling skal svare til forsikringssummen i 2015, dvs. kr. 149.000, tillagt rentetilskrivning efter forsikringsaftalelovens § 24, med beregning fra 14 dage efter AP Pensions modtagelse af Klagers journal fra [hospital] den 2. september 2015 og frem til udbetalingstidspunktet."

Hertil har klageren i mail af 23/3 2018 til nævnet bl.a. bemærket:

> "Jeg synes det er meget underligt der er en karens periode for kræft sygdomme på 7 år., og livslangt for hjertesygdomme, det er vel lige så ofte kræft sygdomme vender tilbage.
>
> Man føler sig virkeligt dårligt behandlet, når man har betalt til en forsikring i mange år, og når man så får brug for den, ja så dækker den ikke.
>
> Jeg synes også det er underligt at man ikke kan fremskaffe gamle policer, (det var jo ikke mit valg at flytte forsikring)
>
> Min daværende Forsikringsmægler ryddede op for mig i min mappe, og det har jeg da fortrudt mange gange, at han fik lov til."

I mail af 14/4 2018 till nævnet har klageren supplerende oplyst:

> "Det er nu lykkedes at få en kopi af tidligere forsikrings betingelser, via min tidligere Forsikringsmægler, han havde desværre ikke den første fra [andet forsikringsselskab 1].
>
> Men som han også siger ser det jo ud til at jeg burde være dækket i følge § 5.9
>
> Jeg spurgte 2 forskellige læger i … om jeg havde haft en blodprop, hvilket de svarede nej til, så skulle jeg kun have været medicinsk behandlet."

I brev af 1/5 2018 til nævnet har selskabet fastholdt sin afgørelse. Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder de lægelige oplysninger.

Nævnet udtaler:

Klageren fik i 1998 foretaget en bypassoperation i hjertet grundet forsnævring i 3 arterier i hjertet. I september 2015 anmeldte han, at han den 8/8 2015 havde haft en blodprop i hjertet. Af

klagerens hospitalsjournal fremgår, at han den 13/8 2015 fik implanteret en ICD-enhed på grund af hjerterytmeforstyrrelse.

Klageren ønsker, at selskabet udbetaler forsikringssummen, idet hans forsikringsmægler – i forbindelse med tegningen af forsikringen – oplyste, at han ville opnå samme eller bedre dækning end den han hidtil havde haft i et andet selskab, og at der i henhold til disse forsikringsbetingelser kunne opnås dækning, såfremt der var forløbet mere end 6 år siden operationen.

Da klageren tidligere har fået foretaget en bypassoperation, som er beskrevet i forsikringsbetingelsernes § 4C, litra b, kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning til klageren. Nævnet har lagt vægt på, at udbetaling som følge af implantat af en ICD-enhed på grund af hjerterytmeforstyrrelse er omfattet af forsikringsbetingelsernes § 4B eller § 4G, og at det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 5, nr. 2, at forsikringen ikke giver ret til udbetaling ved diagnoser som beskrevet i §§ 4B, C, D, E, F og G, hvis klageren tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i blandt andet i § 4C.

Da nævnet alene behandler klager over forsikringsselskaber, falder det uden for nævnets kompetence at tage stilling til den rådgivning/vejledning, som klageren måtte have modtaget fra sin forsikringsmægler, før han blev omfattet af forsikringsaftalen.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings