Ankenævnet *for* Forsikring

Den 10. oktober 2018 blev i sag nr. 91964:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har blandt andet kritisk sygdomsforsikring. Han klager over, at selskabet har udbetalt 100.000 kr. og ikke 500.000 kr. i forbindelse med en anmeldt kritisk sygdom.

I klageskema af 18/2 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "Jeg vil gerne klage over selskabets afgørelse i relation til ændring af min forsikring. Selskabet har afvist min klage på baggrund af, at de mener, jeg har givet forkerte oplysninger.
>
> 27. november 2017 var jeg til undersøgelse hos egen læge. Lægen er i tvivl om, hvad jeg fejler. Han tror det muligvis er stress, depression eller migræne. Op til denne dato har jeg været på arbejde hver dag.
>
> 28. november 2017 kontakter jeg PFA for at få henvist en psykopædagog, da lægen som sagt, tror jeg har stress eller depression. Som følge af dette fik jeg henvist en psykopædagog, som jeg havde 30 minutters samtale med den 29. november 2017. Jeg aftaler med hende at køre et forløb over fem gange, som er gratis via min forsikring. Hun anbefaler, at finde en psykolog, efter jeg afslutter forløbet hos hende.
>
> 1. december tager jeg til undersøgelse på hospitalet, som følge af henvisning fra egen læge. På hospitalet ved de ikke, hvad jeg fejler, og ydermere ser jeg ikke scanningen. Jeg tager hjem samme dag. Jeg kører selv hjem i bil …
>
> 2. december 2017 foretager jeg ændring af min forsikring som registreres 5. december 2017.

Da jeg ændrer min forsikring er der ikke mistanke om kræft. Lægen tror det er depression, stress eller migræne. Jeg starter et forløb hos en psykopædagog efter lægens anbefaling.
Efter min scannning på hospitalet, ser jeg ikke scanningen, og kører selv hjem i bil. Jeg mener derfor, at de oplysninger jeg har afgivet i forbindelse med ændringen af min forsikring har været korrekte. Jeg vidste ikke, og mener heller ikke at jeg burde have vidst at jeg var syg.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Formålet med min klage er opnå en forsikringsudbetaling efter ændringen af min forskring svarende til et beløb 500.000."

Selskabet har i brev af 24/5 2018 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"**Hvilken type forsikring er der tale om?**
Forsikredes ordning er tegnet pr. 1. juni 2000 via [arbejdsgiver]. Ordningen omfatter bl.a. dækning for kritisk sygdom. Der henvises til aftalegrundlag i form af pensionsbevis og forsikringsbetingelserne af 2. august 2017 (bilag A og B).

Hvad handler tvisten om — parternes overordnede synspunkter?
Forsikrede er utilfreds med, at PFA har afvist at udbetale den forhøjede engangssum for Kritisk sygdom, forhøjet fra 100.000 kroner til 500.000 kroner, som følge af en anmeldt kræftdiagnose, ondartet hjernesvulst. PFA fastholder, at forsikrede ikke er berettiget til udbetaling af den forhøjede sum med henvisning til, at han er omfattet af en karensbestemmelse i aftalegrundlaget.

Sagsfremstilling
Aftalen
Forsikrede modtog den 2. august 2017 pensionsbevis og vilkår for sin ordning hos PFA. Af beviset fremgår, at forsikredes ordning var tegnet med standarddækninger, hvilket for så vidt angår kritisk sygdom udgjorde en engangssum på 100.000 kroner (bilag A).

Af pensionsvilkårene (bilag B) fremgår under punkt 3.1 vedrørende Generelle pensionsvilkår for forsikringer: '*Ved forhøjelser af dækninger, herunder forhøjelser der skyldes stigning i indbetalingen, kan FFA Pension kræve helbredsoplysninger, der efter PFA Pensions vurdering er tilfredsstillende, eller forsikringen kan oprettes med et tidsbegrænset forbehold*'.

Af pensionsvilkårenes punkt 4. Særlige pensionsvilkår for PFA Kritisk sygdom fremgår under punkt 4.5. Undtagelser fra dækning, 4.5.1. Frivillig dækning: '*For den frivillige del af dækningen kan der ikke ske udbetaling for diagnoser, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, som den forsikrede har modtaget behandling for, inden denne dækning blev valgt til. Dette forbehold gælder dog kun i to år fra det tidspunkt, hvor en frivillig dækning er trådt i kraft.*'

Forsikrede forhøjer sine dækninger
Den 2. december 2017, klokken 09:25 anmodede forsikrede om ændring i sin pensionsordning (bilag D). Samme dag klokken 09:26 modtog forsikrede på sin selvbetjeningsprofil en pensionsrapport (bilag E). Af forsiden på pensionsrapporten fremgår, at pensionsrapporten er et resumé af forsikrede nuværende ordning og at rapporten indeholder bl.a. de ændringer, som forsikrede har

godkendt med sit NemID. Af rapporten fremgår, at forsikrede forhøjede alle sine dækninger på ordningen.

Af overskriften på siden, hvoraf ændringerne er oplyst, er anført (bilag E, side 5): '*Tilpas forsikringer*' og videre fremgår: '*Du kan her se dine nuværende forsikringstal og PFA's anbefalinger. Du kan også se dine nuværende forsikringsdækninger – og hvad du eventuelt har valgt*'. Af dækningsoversigten i rapporten fremgår '*Dit tal nu*' og '*PFA anbefaler*'. Under '*Dit tal nu*' fremgår forsikredes standarddækningerne.

Under de enkelte dækninger fremgår herefter, at forsikrede ønskede at forhøje dækning ved tab af erhvervsevne fra en dækning nu på 41 procent til 60 procent, engangsudbetaling ved tab af erhvervsevne på nu 103 procent til 200 procent. Forsikredes dækninger på liv forhøjede han fra henholdsvis 318 procent og 103 procent til nu 700 procent og 484 procent, børnepension fra 5,1 procent til nu 25 procent og endelig forhøjede han dækningen for kritisk sygdom fra '*Nuværende dækning på ordningen: 100.000 kr.*' til '*Valgt dækning på ordningen: 500.000 kr*.' (bilag E, side 6)

Af rapporten fremgik desuden: '*Hvis du har ændret dine forsikringer og du skal aflevere helbredsoplysninger, kan ændringerne af forsikringsdækninger dog først træde i kraft, når helbredserklæringen med dine helbredsoplysninger er behandlet. Det gælder også forsikringsdækninger, som ikke kræver en helbredsvurdering, dvs. fx PFA Diagnose, PFA Helbredssikring og evt PFA Kritisk sygdom. Så længe vi behandler din helbredserklæring, er dine forsikringsdækninger derfor uforandrede*'.

Med rapporten modtog forsikrede desuden udskrift af hans pensionsbevis med hans aktuelle dækninger, dvs. 100.000 kroner som engangsudbetaling ved Kritisk sygdom (bilag F).

Samme dag, den 2. december 2017, udfyldte forsikrede helbredserklæringen (G). I erklæringen satte forsikrede kryds i svarrubrikken '*Nej*' ved besvarelse af spørgsmålet om, hvorvidt forsikrede '*[...] indenfor de sidste to år [har] haft en diagnose, haft symptomer på sygdom eller gener, været undersøgt eller behandlet hos læge, speciallæge, psykolog, fysioterapeut/kiropraktor, på sygehus/hospital/privatklinik eller hos andre behandlere, for eksempel alternativ behandler?*'.

Under spørgsmålet har selskabet videre specificeret: '*Med symptomer/gener menes helbredsmæssige symptomer/gener af 14 dages varighed eller mere som du endnu ikke har kontaktet lægen eller anden behandler med*'

Forsikrede satte tilsvarende kryds i svarrubrikken '*Nej*' ved besvarelse af spørgsmålet om, hvorvidt forsikrede '*Er [...] henvist til eller optaget på venteliste til undersøgelse, behandling eller indlæggelse*?'

Ved brev af 5. december 2017 fremsendte PFA forsikredes nye pensionsbevis, som også er dateret 5. december 2017 og heraf fremgik de forhøjede dækningerne (bilag I). I vedlagte brev fra selskabet blev anført: '*Da vi har ændret din pensionsordning, får du her en opdateret pensionsoversigt. Se her, hvad der er ændret, og hvornår det er sket: Den 4. december 2017 [...] – Din PFA Kritisk sygdom, engangsudbetalingen er 500.000 kr.* I pensionsbeviset er karensbestemmelsen under Kritisk sygdom dækningen gentaget.

Nyt pensionsbevis
Den 10. december 2017 fremsendte PFA et nyt pensionsbevis per 1. december 2017, hvor alene standarddækninger stod anført (bilag J). Forsikrede kontaktede på den baggrund selskabet, som efterfølgende har redegjort for, at fremsendelsen af forsikringsbeviset med standard vilkår ikke var korrekt, da forsikrede med en afgivelse af en ren helbredserklæring rettelig skulle have haft modtaget et bevis med de forhøjede dækninger på daværende tidspunkt.

Anmeldelse af kritisk sygdom og forsikredes helbred i forudgående periode
Den 20. december 2017 indgav forsikrede anmeldelse om Kritisk Sygdom (bilag K). Af anmeldelsen er som diagnose oplyst: '*Hjerne tumor*' og som svar på, hvornår forsikrede første gang blev undersøgt/behandlet ved læge, såvel som første gang forsikrede blev undersøgt/behandlet første gang, anført den 1. december 2017 på sygehus/ akutmodtagelsen. Forsikrede har som dato for, hvornår diagnosen blev stillet oplyst den 19. december 2017. I forbindelse med anmeldelsen ringede forsikrede til selskabet, hvor selskabet gjorde forsikrede opmærksom på, at han havde udfyldt en ren helbredserklæring den 2. december 2017.

Til brug for sagens behandling modtog og indhentede selskabet en række lægelige oplysninger. Af forsikredes journal fra egen læge (bilag S) fremgår, at forsikrede i løbet af efteråret 2016 opsøgte egen læge på grund af gener i form af hovedpine. I 2017 konsulterede forsikrede den 13. november 2017 igen egen læge på grund af hukommelsessvigt. Af notatet fremgår, at forsikrede oplevede gener i form af: '*Glemsom mister ord? [...]* '*Dårlig søvn, marg dgl hovedpine, bytter rundt på ord, kan skrive andet end det han ville (arbejder som …). Kan føle vrøvler lidt, kunden lagde dog ikke mærke til det. Gener gennem måneder, for seneste uge. Let diarre tendens seneste uge, nat vandl, ikke vægttab. Objektivt: Vågen, klar og orienteret. [...] Marginalt nedsat bev i ve mundvig. [...] Rp træthedsblp, Rp hjemme BT. Vil spørge hustru om let asym mundvige. Obs stress/afv bt+ blp/borelia/neuropatologi*?'

Af journalen fra egen læge den 27. november 2017 (bilag S) fremgår herefter: '*P76 Depression [...] Ser på fine blp og hjemme bt. Gråd V2 time søndag, konstant irritabel, ked af det, svingende hovepine, hustru mener ve mundvig habituelt. Nedsat lyst og int, isolere sig fra venner. Dårlig søvn, vågner altid kl 6, dårligt humør. Nat. Ap. tabt 1 kilo. Overvejer at skifte Branche. Int markedsfør. Gener gennem måneder, forv, glemsomhed. psyk fonden. Pp icd 10 x 2. [...] Sygemeldes efter behov. Initialt fuld tid 2 uger. Kontrol om 1 måned. Ønsker ikke medicin. Rp psykolog*' (bilag XX).

Forsikrede kontaktede herefter den 28. november 2017 PFA angående dækning af psykologbehandlingerne. Vi har vi vores system under emnefelt noteret: 'psykolog – arbejdsrelateret stress'. Desuden har vi noteret: '*Afslag ingen helbredssikring*' og i tekstfeltet har vi anført: *'[..] henviser til Sundhedslinjen*' ?? (Bilag C).

Af vores interne journalsystem fremgår, at sundhedslinjen har anbefalet forsikrede psykologbehandling og forsikrede oplyser i klagebrevet til Ankenævnet, at han har været til samtale hos en psykopædagog den 29. november 2017, hvor han aftalte at køre et forløb over fem gange hos en psykolog (Bilag C).

Den 1. december 2017 blev forsikrede indlagt på sygehus. Af anamnesen i hospitalhenvisningen fremgår (bilag S): '*01/12/17 08:52 [...] P76 Depression N01 Hovedpine N99 Neurologisk sygdom IKA – obs migræne aura tvi, 2 dage siden aften, under tv, vrøvlede pludseligt, der kom underlige lyde ud, varighed 10-15 min, underlig fornemmelse i højre hånd, sovende. Hovedpine denne dag –*

vågnede med det ikke af det. Panodil kl 5. Uændret hovedpine efter hændelsen. Ikke fam disp hjerte kar. … . Ingen symptomer nu. Obj upv sym bt 146/100 p 79. Obs migræneaura uden hovedpine. Har bestilt tid psykolog. Konf neurolog: Enes om indl mhp Scanning kard udr mm.'

Af journalen fra sygehuset fremgår endvidere (bilag R), at MR scanningen påviste '*forandringer i ve hemisfære med en kontrastopladende proces på 3 x 21/2 cm beliggende corticalt i relation til motorisk cortex. Foran denne proces er der påvist to mindre områder af lignende karakter, og der er påvist let uspecifik forandring i pons. Der er betydelig ødem omkring processerne, der kan repræsentere metastaser eller et multifokalt malign gliom*.'

Det fremgår desuden af udskrivningsjournalen (bilag S): '*Indlagt d. 01-12-2017 09:46 05-12-2017 15:00 [...] Resumé af sygdomsforløb, væsentligste fund: … mand* [i 40'erne] *tidl rask indlagt d. 1-12-2017 9:48 efter episoder af minutters varighed med taleforstyrrelser samt hovedpine over mdr. Beskeden nedsat kraft over hø side, OE. Gennemførte undersøgelser, indgreb og diagnostiske procedurer [...] CTC: tumorsuspekt forandring i ve hemisfære. [...] Patientens aktuelle tilstand: Svag hovedpine, ingen taleforstyrrelser. Ikke generet af medicin. Konklusion og Plan: Formodet primær hjernetumor med epileptiske fænomener, opstartet i binyrebarkhormon samt levetiracetam. Afventer NK-samtale og pkan mandag*'.

Den 4. december 2017 modtog forsikrede indkaldelse til forundersøgelse på hospitalets neurokirurgisk klinik (bilag M).

Ifølge forsikrede egne oplysninger tog forsikrede hjem fra hospitalet samme dag, som han blev indlagt den 1. december 2017 og modtog ikke svar på scanningen den dag (jf. Forsikredes klage til Ankenævnet for Forsikring).

Den 19. december 2017 blev forsikrede opereret for hjernesvulsten, som viste sig at være ondartet (bilag R).

I brev af 5. februar 2018 (bilag T) meddelte PFA, at forsikrede var berettiget til at få udbetalt forsikringssummen på 100.000 kroner fra hans forsikring ved kritisk sygdom. Selskabet anførte, at han i henhold til karensbestemmelsen ikke var berettiget til udbetaling i henhold til forhøjelsen.

Ved brev af 7. februar 2018 (bilag V) meddelte selskabet videre, at selskabet som følge af uoverensstemmelse mellem de afgivne helbredsoplysninger og de indhentede lægelige oplysninger ophævede aftalen af 2 december 2017, hvor forsikrede forhøjede sine dækninger.

Den 17. februar 2018 har forsikrede indbragt klagen for Ankenævnet for Forsikring, hvor han klager over, at han ikke har ret til den forhøjede dækning på hans kritisk sygdom forsikring.

Begrundelse for PFA's 'afgørelse'
PFA fastholder, at forsikrede ikke er berettiget til udbetaling af den forhøjede engangssum ved kritisk sygdom. Selskabet har lagt vægt på følgende forhold:

- Forsikredes egen læge henviste den 13. november 2017 forsikrede til blodprøveudtagning og blodtryktagning i hjemmet. Den 26. november 2017 blev forsikrede videre henvist til psykologbehandling, idet han oplevede symptomer i form af grådlabilitet, irritabilitet og isoleringstendens og modtog den 26. november 2017 første behandling. Hvad angår be-

handling i form af medicin, fremgår det af journalen fra den praktiserende læge, at forsikrede ikke ønskede dette.

- Forsikrede blev den 1. december 2017 indlagt efter et sygeforløb, hvor han gennem måneder havde haft gener i form af bl.a. glemsomhed, dårlig søvn, hovedpine og problemer med at finde de rette ord. Forsikrede blev ifølge journalen indlagt på grund af tilsvarende gener, dog også gener i højre hånd. Forsikrede blev på baggrund af de anførte gener scannet den 1. december 2017. Forsikrede oplyser, at han ikke fik svar på scanningen samme dag. Næste morgen anmodede forsikrede om at forhøjede dækningen og den 4. december 2017 blev indkaldt til forundersøgelse med henblik på den efterfølgende operation. Den 5. december 2017 meddelte selskabet, at forhøjelsen var antaget og trådt i kraft den 4. december 2017.
- Af Kræftens Bekæmpelses hjemmeside fremgår, at symptomer på tumor i hjernen netop er ændringer i personlighed, hovedpine, hukommelsesbesvær, taleforstyrrelser, lammelse eller manglende kræfter i arme og/eller ben og føleforstyrrelser.
- Det er herefter PFA's vurdering, at der er sammenhæng mellem de symptomer/ den tilstand, *som* forsikrede gentagne gange konsulterede egen læge med i året op til indlæggelsen, *som* forsikrede blev henvist til blodprøveudtagning og blodtrykstagning for, *som* forsikrede modtog behandling for i form af psykologsamtaler, *som* forsikrede blev indlagt og scannet for den 1. december 2017 og her sat i behandling med medikamenterne binyrebarkhormon samt levetiracetam, *som* forsikrede den 4. december 2017 blev indkaldt til forundersøgelse med henblik på operation af og den hjernetumor, *som* forsikrede fik konstateret og den 19. december 2017 blev opereret for.
- Den anmeldte diagnose har således sammenhæng med den tilstand, som forsikrede fik behandling for inden forhøjelsen den 4. december 2017 trådte i kraft og er derfor omfattet af aftalens karensbestemmelse. Dette uanset, hvornår diagnosen ondartet hjernesvulst (malignt gliom) de facto blev stillet.
- Endvidere er det PFA's opfattelse, at ordet behandling også dækker over undersøgelser og udredning, såvel som behandlinger af de diagnoser, som mistænkes og leder op til den sikre og endegyldige diagnose. Behandling er foranstaltninger, som iværksættes for at afhjælpe et helbredsmæssigt problem, hvilket i sagens natur starter med undersøgelser, udredning eller indledende behandlinger af mistænkte diagnoser. Et udredning-/undersøgelsesforløb, såvel som behandling af de indledende mistænkte diagnoser, er forløberen for – og en del af den lægelige proces mod, en sikker diagnosticering, og må derfor også betragtes som en del af en behandling af den sikre og endegyldige diagnose.
- Det følger af karensbestemmelsen i pensionsvilkårenes punkt 4.5.1. at der ikke kan ske udbetaling *for den frivillige del af dækningen for diagnoser, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, som den forsikrede har modtaget behandling for, inden denne dækning blev valgt til. Dette forbehold gælder dog kun i to år fra det tidspunkt, hvor en frivillig dækning er trådt i kraft*.

Konklusion
På baggrund af det anførte fastholder PFA, at forsikrede ikke er berettiget til udbetaling af den forhøjede engangssum i anledning af den anmeldte ondartet hjernesvulst."

Klageren har i mail af 13/6 2018 til nævnet bl.a. anført:

"PFA Pension afviser min klage med henvisning til karensbestemmelsen i pensionsvilkårernes punkt 4.5.1. I denne fremgår, at der ikke kan ske udbetaling for: '*den frivilige del af dækningen for*

diagnoser, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, som den forsikrede har modtaget behandling for, inden denne dækning blev valgt til. Dette forbehold gælder dog kun i to fra det tidspunkt, hvor en frivillig dækning er trådt i kraft'.

Jeg vil fortsat foreligge sagen for Ankenævnet af følgende grunde:

- Jeg mener ikke, at min tidligere diagnose har sammenhæng til min nuværende tilstand. Jeg var hos egen læge den 27/11-2017, hvor lægen mener, at jeg har tydlige tegn på depression eller arbejdsrelateret stres. Jeg bliver i forlængelse her af henvist til en psykolog for at behandle dette. Der er altså på intet tidspunkt tale om kræft. Jeg kontakter PFA den 28/11-2017 i relation til dækning af psykologbehandlingerne. Som resultat af dette, tager jeg til samtale med en psykopædagog den 29/11-2017.

- Den 01/12 tager jeg selv på [hospital] sammen med min kone. Der er intet hasteværk, da ingen af os tror, det er noget alvorligt, og jeg sidder derfor i venteværelset og venter på min tur. Det fremgår af udskrivningsjournalen: '*væsentligste fund: … mand [i 40'erne] tidl rask indlagt d. 1-12-2017 9:48...* '. Jeg tager hjem fra hospitalet samme dag, og lægerne siger på intet tidspunkt noget om kræft. Jeg får ikke svar på scanningen, og jeg får lov til at tage hjem samme dag uden videre.

- Ydermere henviser PFA Pension til Kræftens Bekæmpelse i relation til symptomer på kræft. Jeg mener ikke, det kan forventes, at jeg skal undersøge symptomer på kræft (hjerne tumor). Jeg har hverken af egen læge eller af lægerne på [hospital] fået at vide, at der var mistanke om kræft. Da jeg ikke fik at vide at kræft var en mulig diagnose, havde jeg ingen grund til at undersøge det nærmere.

- Sidst men ikke mindst vurderer jeg ikke, at en behandling starter med en undersøgelse. En undersøgelse er første skridt til at fastlægge, hvorvidt der er noget galt eller ej. Jeg er af den overbevisning, at en undersøgelse lige så godt kan resultere i, at jeg får at vide, at jeg er rask, hvilket også er tilfældet for mange mennesker. Derudover har der optil og til med den 01/12 ikke været nogen indikationer på, at jeg fejlede noget udover en formodet deprission og stress.

Jeg håber i vil overveje ovenstående, når i vuderer sagen. Vigtist af alt vil jeg endnu gang jf. ovenstående påpege, at jeg på intet tidspunkt inden ændring af min forskning, fik noget som helst at vide om kræft. Hvad enten lægerne fattede mistanke, var dette ikke noget, der blev oplyst til mig. Under mit forløb til og med ændring af forsikringen, har der ikke været nogen indikationer på kræft – i hvert fald ikke nogen, som jeg er blevet oplyst om."

Selskabet har i brev af 22/6 2018 til nævnet bl.a. anført:

"PFA Pension (herefter PFA) fastholder, at forsikrede ikke er berettiget til udbetaling af den forhøjede engangssum ved Kritisk Sygdom. PFA henviser til indholdet af selskabets brev i sagen til Ankenævnet dateret den 24. maj 2018.

PFA har følgende kommentarer til det fremsendte:

Forsikrede anfører, at de modtagne psykologbehandlinger forud for forhøjelsen – ifølge forsikrede, ikke havde sammenhæng med den efterfølgende stillede kræftdiagnose. Forsikredes psykiske

tilstand viste sig dog netop at være affødt af den senere stillede kræftdiagnose og var således reelt behandling af symptomer på kræftdiagnosen.

Forsikrede anfører desuden, at han ved indlæggelsen den 1. februar 2017 ikke fik svar på scanningen. PFA bemærker hertil, at en MR-scanning foretages på indikation af nogle symptomer og med formodning om en diagnose, som forsikrede må have været vidende om.

Det bemærkes endvidere, at forsikredes subjektiv viden om den endegyldige slutdiagnose ikke er afgørende for, om forholdet er omfattet af en '*diagnose, der har direkte eller indirekte sammenhæng med en tilstand, som den forsikrede har modtaget behandling for, […]*'.

Det er '*tilstanden*' – ikke diagnosen, som netop er den, som forsikrede gennem længere tid har konsulteret sin læge med, gået til undersøgelser og modtaget behandlinger for, som direkte eller indirekte skal have sammenhæng med diagnosen omfattet af karensbestemmelsen. Forsikrede har utvivlsomt haft viden om sin 'tilstand'. Med den citerede formulering i karensbestemmelsen favner selskabet således situationer, som den her foreliggende.

PFA er enige med forsikrede i, at en lægelig undersøgelse også kan resultere i, at man erklæres rask. Det er dog ikke tilfældet i nærværende situation og karensbestemmelsen har med formuleringen '*[...] indirekte har sammenhæng med en tilstand*' taget højde for disse situationer, som således er omfattet af bestemmelsen.

PFA har herefter ikke flere kommentarer til sagen, og den kan efter selskabets vurdering afgøres på det foreliggende grundlag, såfremt der ikke fremkommer væsentlige nye oplysninger."

Til dette har klageren fremsendt mail af 6/7 2018, hvori det bl.a. er anført:

"Min psykiske tilstand er ikke nødvendigvis relateret til min kræftdiagnose. Selv hvis den havde sammenhæng, så finder jeg det sagen mere eller mindre uvedkommende.

Faktum er, at jeg på intet tidspunit er blevet gjort opmærksom på mistanken om kræft. Helt op til efter jeg ændrede forsikring, har der ikke været nogen indikationer på kræft.

Alle indikationer pegede på at jeg havde det psykisk dårligt. Jeg henviser til min psykologbehandling som jeg har omtalt i tidligere mails.

PFA henviser til, at jeg burde være opmærksom på min tilstand, hvilket jeg finder mærkværdigt. At man føler sig lidt psykisk nede, formoder jeg sker for rigtig mange mennesker, og derfor antog jeg ikke, at der var noget galt, da jeg ændrede forsikringen. Dette underbygges yderligere at både egen læge og hospitalet troede, at det enten var stress eller depression.

Det er korrekt, at jeg har været til scanning, men heller ikke der fik jeg noget at vide om kræft. Scanningen virkede mere til at være en formalitet end en decideret undersøgelse, da formodningen stadig var, at det var et psykisk problem.

Ellers henviser jeg til mine tidligere mails, hvor der foreligger dokumentation, på det faktum, at jeg ikke var opmærksom på, at der var noget galt, da jeg ændrede min forsikring."

9. 91964

Af journal fra klagerens praktiserende læge fremgår blandt andet:

"**13/11/17 08:23 JUV/JUV**
P20 Hukommelsessvigt
Glemsom mister ord?
Tilbydes tid i dag.
Arbejder 10-19 5 dage om uge. 37 timer. Føler ej stress.
Aldrig i skoven ingen flåter.
Dårlig søvn, marg dgl hovedpine, bytter rundt på ord, kan skrive andet end det ahn ville (arbejder som …).
Kan føle vrøvler lidt, kunden lagde dog ikke mærke til det.
Gener gennem måneder, for seneste uge. Let diarre tendesn seneste uge, nat vandl, ikke vægttab.
Objektivt: Vågen, klar og orienteret. Fin samtale i dag.Symmetrisk med naturlig gang, inklusiv hæl og
tågang.
Hjernenerver intakte (ikke undersøgt visus og lugt). Marginalt nedsat bev i ve mundvig.
Normal diadokinese, Negativ Romberg.
Ikke sensibilitetsforstyrrelser. Normal bevægelighed, trofik og tonus i ekstremitetter.
BT: 150/99 p 66. Uændret blue nævus pande.
Rp træthedsblp
Rp hjemme BT
Vil spørge hustru om let asym mundvige.
obs stress/afv bt + blp/ borrelia/neuropatologi?

20/11/17 13:35 JUV/JUV
hjemme bt: 135/96 p 70

24/11/17 07:16 BRJ/
Bl.pr.

27/11/17 11:21 JUV/JUV
P76 Depression
Ser på fine blp og hjemme bt.
Gråd % time søndag, konstant irritabel, ked af det, svingende
habituelt.
Nedsat lyst og int, isolere sig trækker sig fra venner.
Dårlig søvn, vågner altid kl 6, dårligt humør.
Nat ap, tabt 1 kilo.
Overvejer at skifte Branche. Int markedsfør.
Gener gennem måneder, forv, glemsomhed.
psyk fonden.
Rp icd 10 x 2.
I dag: 2+6 svt moderat depression Score 34.
…
Sygemeldes efter behov. Initialt fuld tid 2 uger.
kontrol om 1 måned
Ønsker ikke medicin.
Rp psykolog"

10. 91964

Af hospitalshenvisning udfærdiget af klagerens praktiserende lægen den 1/12 2017 fremgår blandt andet:

> "Henvist til:
> Neurologisk efter aftale bv.
>
> HENVISNINGSDIAGNOSE:
> H migræne aura obs tci obs
>
> Anamnese:
> 01/12/17 08:52 JUV/JUV
> P76 Depression
> NO1 Hovedpine
> N99 Neurologisk sygdom IKA – obs migræne aura obs tci
> 2 dage siden aften, under tv, vrøvlede pludseligt, der kom underlige lyde ud, varighed 10-15 min, underlig fornemmelse i højre hånd, sovende.
> Hovedpine denne dag – vågned med det ikke af det. panodil kl 15. Uændret hovedpine efter hændelsen. Ikke fam disp hjerte kar.
> …
> obj upåv sym bt 146/100 p 79.
> obs migræneaura uden hovedpine.
> Har bestil tid psykolog.
> konf neurolog:
> Enes om indl mhp Scanning kard udr mm."

Af udskrivningsepikrise fra hospitalet fremgår blandt andet:

> "HENVISNINGSDIAGNOSE:
> H DZ039 Obs. pga mistanke om sygdom eller tilstand UNS
>
> Indlagt d. 01-12-2017 09:46 – 05-12-2017 15:00
>
> AKTIONSDIAGNOSE:
> A DR298A Symptom i nervesystemet UNS
>
> Udskrivningsresumeer af … Neurolog på 05-12-2017 14:10
>
> Udskrivningsresumé
>
> Aktiv diagnoseliste for patient
> Diagnose Noteringsdato
> . Symptom i nervesystemet UNS (DR298A) 01-12-2017
> Resumé af sygdomsforløb, væsentligste fund
> … mand [i 40'erne] tidl rask indlagt d. 01-12-2017 9:48 efter episoder af minutteres varighed med taleforstyrrelser samt hovedpine over mdr. Beskeden nedsat kraft over he side, OE.

11. 91964

Gennemførte undersøgelser, indgreb og diagnostiske procedurer
Blodprøver: i.a.
CTC: tumorsuspekt forandring i ve hemisfære
MRC: OBS multifokal glioblastom. Telangiektasi i pons
CT-thor/abd: Foretaget, men ikke beskrevet endnu. Intet patologisk for mit øje.

Patientens aktuelle tilstand
Svag hovedpine, ingen taleforstyrrelser. Ikke generet af medicinen.

Konklusion og Plan
Formodet primær hjernetumor med epileptiske fænomener, opstartet i binyrebarkhormon samt levetiracetam. Afventer NK-samtale og plan mandag. Tilknyttes daghospital i ventetiden og skal ringe ved nye eller forværrede symptomer."

Nævnet udtaler:

Klageren begærede den 2/12 2017 via sin selvbetjeningsprofil på internettet blandt andet forhøjelse af summen ved kritisk sygdom fra standarddækningen på 100.000 kr. til 500.000 kr. Selskabet accepterede ændringen med virkning fra den 4/12 ved brev af 5/12 2017 på baggrund af "rene" helbredsoplysninger afgivet af klageren. Den 20/12 2017 indgav klageren anmeldelse om, at han den 19/12 2017 var blevet opereret for en hjernetumor, der havde vist sig at være ondartet.

Selskabet har oplyst, at det med tilbagevirkende kraft har ophævet de ændringer af forsikringen, som klageren begærede den 2/12 2017, under henvisning til, at han i helbredserklæringen afgav urigtige helbredsoplysninger.

Tvisten for nævnet vedrører, at selskabet alene har udbetalt standarddækningen på 100.000 kr. Selskabet har til støtte for, at klageren ikke berettiget til 500.000 kr. over for nævnet alene henvist til karensbestemmelsen i forsikringsbetingelsernes pkt. 4.5.1, hvoraf det fremgår, at der for den frivillige del af dækningen ikke kan "ske udbetaling for diagnoser, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, som den forsikrede har modtaget behandling for, inden denne dækning blev valgt til. Dette forbehold gælder dog kun i to år fra det tidspunkt, hvor en frivillig dækning er trådt i kraft."

12. 91964

Selskabet har anført, at klageren kort forud for tegningen flere gange havde søgt læge på grund af symptomer som depressive træk, glemsomhed, dårlig søvn, hovedpine, problemer med at finde de rette ord og gener i højre hånd. Ud over konsultationer hos egen læge søgte klageren hos selskabet den 28/11 2017 dækning af udgifter til konsultationer hos en psykopædagog, hvor han havde første samtale den 29/11 2017. Endvidere blev klageren MR-skannet den 1/12 2017, hvor der blev konstateret tumorsuspekte forandringer i hjernevævet. Selskabet gør på denne baggrund gældende, at der er sammenhæng mellem den tilstand som forsikrede fik behandling for inden forhøjelsen af forsikringen den 4/12 2017 og den anmeldte kritiske sygdom.

Klageren har over for nævnet anført, at han på begæringstidspunktet den 2/12 2017 efter samtaler med sin læge troede, at han enten var stresset, led af migrene eller havde fået en depression, og at han ingen oplysninger havde fået om, at han muligvis havde fået en hjernetumor, da han endnu ikke var blevet orienteret om resultatet af MR-skanningen. Det er hans opfattelse, at der ingen sammenhæng er mellem de mulige diagnoser, man overvejede, da han tegnede forsikringen og hjernetumoren.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet efter en samlet vurdering ikke at kunne kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til forsikringsbetingelsernes pkt. 4.5.1.
Nævnet har lagt vægt på, at klageren forud for tegningen af forsikringen havde oplevet en række symptomer forenelige med den senere fastsatte diagnose, at han som følge heraf havde søgt lægebehandling, og at han blev lægehenvist til en MR-skanning, der blev gennemført den 1/12 2017. Det forhold, at klageren ikke måtte være bekendt med, at han led af en hjernetumor på tidspunktet, hvor han begærede forhøjelserne af forsikringsdækningerne i hans pensionsordning, kan ikke føre til andet resultat.

Nævnet har herved ikke taget stilling til, om selskabet også under henvisning til klagerens afgivelse af urigtige risikooplysninger, jf. herved forsikringsaftaleloven §§ 4-10, kunne have afvist at yde dækning.

13. 91964

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings