Ankenævnet *for* Forsikring

Den 20. marts 2019 blev i sag nr. 92802:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

PensionDanmark
Langelinie Allé 41
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring mod kritisk sygdom. I klageskema af 25/8 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "**Kort redegørelse for sagen**
> PensionDanmark udbetaler kun 1 gang for skaden, hvilket jeg syntes er forkert. Efter denne blodprop har jeg haft en skader på taleevnen, hukommelsen og balancen hvilket jeg ikke har haft før denne blodprop, jeg skal derfor starte på genoptræning. Jeg har også været indlagt på […] Sygehus + jeg været genoptræning på […] i […]. Jeg har siden hændelsen været sygemeldt. Jeg syntes derfor afslaget fra PensionDanmark er forkert. Sygejournal kan hentes.
>
> **Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
> Jeg mener jeg har krav på udbetaling."

Selskabet har i brev af 19/9 2018 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

> "Sagsforløb
> Den 19. september 2011 søgte [klageren] om udbetaling af engangsbeløbet ved kritisk sygdom på grund af diagnosen blodprop i hjernen, og da vores rådgivende lægekonsulents vurderede, at sygdomsdefinitionen var opfyldt, udbetalte vi engangsbeløbet ved kritisk sygdom den 29. september 2011, jf. bilag 2.
>
> Den 14. juni 2018 søger [klageren] om udbetaling af engangsbeløbet ved kritisk sygdom. Af akterne fra […] Sygehus fremgår, at [klageren] blev indlagt den 28. april 2018 på diagnosen epilepsi.

Epilepsi er ikke en dækningsberettiget diagnose, hvorfor vi sender afslag på udbetaling af engangsbeløbet ved brev af 22. juni 2018, jf. bilag 3.

Den 1. juli 2018 søger [klageren] om udbetaling af engangsbeløbet på diagnosen blodprop i hjernen, der er stillet den 1. maj 2018. Selskabet meddeler afslag i brev af 13. juli 2018, da [klageren] tidligere har fået udbetalt engangsbeløbet for denne diagnose, jf. bilag 4.

Den 11. august 2018 klager [klageren] over afslaget på udbetaling af engangsbeløb, da han mener, at vi skal udbetale på den nye blodprop i hjernen, fordi den skulle være startet i hjertet. Da der ikke er vedlagt nye lægelige oplysninger, fastholder selskabet afslaget den 14. august 2018 med henvisning til vores tidligere afslagsbreve, jf. bilag 5.

Begrundelse
[Klageren] søger om udbetaling af engangsbeløbet på grund af epilepsi, blodprop i hjernen og blodprop i hjertet, og der er givet følgende afslag på baggrund af de lægelige oplysninger.

Afslag på grund af epilepsi
[Klageren] søger den 14. juni 2018 om udbetaling af engangsbeløbet på aktionsdiagnosen epilepsi med komplekse/gen.toniske-kloniske anfald og bidiagnosen essentiel hypertension, jf. bilag 3, Imidlertid er ingen af disse diagnoser på selskabets liste over dækningsberettigede kritisk sygdomsdiagnoser, jf. forsikringsbetingelserne § 15, stk. 3, hvorfor selskabet meddeler afslag på udbetaling.

Afslag på diagnosen blodprop i hjernen
Den 1. juli 2018 søger [klageren] om udbetaling af engangsbeløbet på diagnosen blodprop i hjernen, der er stillet den 1. maj 20181 jf. bilag 4.

Da [klageren] allerede har fået udbetalt engangsbeløbet på denne diagnose/diagnosegruppe i 2011, jf. bilag 2, og da engangsbeløbet kun kan udbetales en gang for hver diagnosegruppe, jf. forsikringsbetingelserne§ 15, stk. 4, meddeler vi afslag, jf. bilag 5.

Afslag på diagnosen godartet tumor i hjernen.
Af de lægelige akter af 10. juli 2018 fra lægerne i […] fremgår, at [klageren] den 29. maj 2018 følges neurologisk på grund af en benign (godartet) proces i hjernen,

Sygdomsdefinitionen for diagnosegruppe 7 'visse godartede svulster i hjerne og rygmarv', jf. forsikringsbetingelsernes bilag til afsnit D med Specifikation til kritiske sygdomme indeholder følgende betingelser, for at der er ret til udbetaling for denne diagnose:

Godartede svulster i hjerne og rygmarv eller disse organers hinder, som er diagnosticeret i forsikringstiden, som er (jernet helt eller delvist ved operation, eller som ikke kan opereres på grund af risikoen derved. Diagnosen skal være stillet 1. januar 2000 eller senere.

Da [klageren] ikke er blevet opereret men alene følges neurologisk og løbende bliver skannet, opfylder han ikke betingelserne i sygdomsdefinitionen og har derfor fået afslag på udbetaling for denne diagnose, jf. bilag 5.

Afslag på blodprop i hjertet

Det fremgår endelig af de lægelige oplysninger, at [klageren] er undersøgt på mistanke om anden hjerte-karlidelse, og der er fundet en lille ubetydelige aortainsufficiens men ellers tilfredsstillende forhold i hjertet og normale hjerterytmer.

Aortainsufficiens er ikke en dækningsberettiget diagnose, jf. forsikringsbetingelserne § 15, stk. 3.

Sygdomsdefinitionen for blodprop i hjertet i diagnosegruppe 2 (2a) indeholder følgende betingelser, for at der er ret til udbetaling på denne diagnose:

Ved blodprop i hjertet (hjerteinfarkt) forstå akut opstået henfald af en del af hjertets muskulatur som følge af nedsat/ophørt blodforsyning til den pågældende del af hjertet. Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på:

- Typisk stigning og/efter fald af blodværdierne (TnT eller CK-MB) sammen med mindst et af følgende kriterier:
    - Symptomer på iskæmi (fx brystsmerter, dyspnø, akut hjerteinsufficiens, arytmier) eller
    - Ledsagende og relevante EKG-forandringer, som er forenelig med akut iskæmi (nye ST-T ændringer eller ny venstresidig grenblok)

Diagnosen skal være stillet 1. januar 2000 eller senere.

Diagnosen skal være stillet af en kardiologisk afdeling eller af kardiologisk speciallæge.

Da ingen af ovennævnte symptomer og forandringer er tilstede ifølge de lægelige oplysninger, er der ikke ret til udbetaling af engangsbeløbet på diagnosen blodprop i hjertet, og selskabet meddeler derfor også afslag på denne diagnose, jf. bilag 5.

Selskabet fastholder afslagene på udbetaling af engangsbeløbet ved kritisk sygdom til [klageren] da han af ovennævnte beskrevne årsager ikke er berettiget til udbetaling."

Klageren har i brev af 10/10 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg mener fortsat jeg har ret til en eller anden form 'erstatning'.

Dette er baseret på udtalelser fra læger da der er konstateret skader på min hukommelse og tale (går til genoptræning på dette).

Se evt. journaler på Sundhed.dk"

Selskabet har i brev af 27/11 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har fuld forståelse for [klagerens] svære helbredssituation, men som det fremgår af vores svarskrivelse af 19. september 2018 har vi allerede i 2011 udbetalt engangsbeløbet på grund af blodprop i hjernen, fordi [klageren] opfyldte de lægelige betingelser for udbetaling.

> Årsagen til afslaget på udbetaling af engangsbeløbet på grund af blodproppen i hjernen, der er stillet den 1. maj 2018, skyldes ikke de lægelige oplysninger, som [klageren] refererer til, men betingelsen om at der ikke er ret til flergangsudbetaling for den samme diagnose.
>
> Vi fastholder derfor afslaget på udbetaling af engangsbeløb ved kritisk sygdom af de årsager, der er oplyst i vores skrivelse af 19. september 2018."

Nævnet har fået forelagt klagerens brev af 14/12 2018 og selskabets brev af 16/1 2019. Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af journal fra praktiserende læge fremgår bl.a.:

> "29-05-2018 infarctus cerebri uden specifikation
> […]
> Diagnoser:
> K90 infarctus cerebri uden specifikation
> A99 obs. Pga mistanke om anden hjerte-karlidelse
> …
> Epikrise:
> [Klageren], som følges i neurologisk regi pga. benign proces i cerebrum. Har epilepsi. Udover det hypertensioarterialis og hyperkolesterolæmi. Ikke ryger. Fik foretaget en MR-scanning af cerebrum, i forbindelse med sin cerebrale tumor, hvor der er beskrevet iskæmiske læsioner i hjernen. Har ikke nogle kardiale klager, på nuværende tidspunkt. Er med god systolisk funktion, lille ubetydelig aortainsuff. Kræver ikke ekkokardiografiske kontroller. Holte ryden arytmier. Pt. Er sammen med sin [forældre] blevet informeret om at vi finder tilfredsstillende forhold i hjertet, på nuværende tidspunkt. "

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

> "**Afsnit D Betingelser for forsikringen ved visse kritiske sygdomme**
> **§ 15. Forsikringen ved visse kritiske sygdomme**
> Stk. 1. Dette afsnit indeholder de særlige regler, som gælder for forsikringen ved visse kritiske sygdomme, sammen med de generelle forsikringsbetingelser.
>
> Stk. 2. Forsikringen ved visse kritiske sygdomme består af et engangsbeløb. Reglerne for engangsbeløbet fastsættes af PensionDanmarks bestyrelse.
> …
> Den enkelte diagnose i diagnosegrupperne 1-21 skal opfylde betingelserne i den sygdomsdefinition, der står i 'Specifikation af visse kritiske sygdomme' i bilag til afsnit D.
>
> Stk. 4. Medlemmet kan kun få udbetalt ét engangsbeløb inden for diagnosegrupperne 1-21. Der udbetales det engangsbeløb, der er gældende på diagnosetidspunktet.
> …
> **Stk. 5.** Hvis medlemmet tidligere har fået stillet en diagnose inden for én diagnosegruppe, kan medlemmet ikke få udbetalt engangsbeløb for denne eller en anden diagnose i samme diagnosegruppe, jf. dog stk. 4. Det gælder, selvom medlemmet i mellemtiden har været erklæret rask.

Bestemmelsen omfatter alle tidligere diagnoser, hvor medlemmet har fået udbetalt engangsbeløb ved en kritisk sygdom, men også i de tilfælde, hvor der ikke er udbetalt engangsbeløb for den tidligere diagnose, fordi medlemmet ikke var omfattet af forsikringen på diagnosetidspunktet.
…
Bilag til afsnit D Specifikation til kritiske sygdomme
…
Diagnosegruppe 5: Hjerneblødning og blodprop i hjernen (apopleksi)
En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen, der har medført akut behandling på hospital / sygehus, hvor der mindst 24 timer efter, at behandlingen er begyndt som en direkte følge af beskadigelsen er objektive udfaldssymptomer i form af lammelser, taleforstyrrelser, synsforstyrrelser eller føleforstyrrelser eller intellektuel reduktion, som skyldes:

- en forsnævring eller tillukning af hjernens kar, eller
- en spontan eller traumatisk opstået blodansamling i eller uden på hjernen, som følge af et bristet kar eller
- en misdannelse i hjernens kar.

Hjernebeskadigelsen skal være påvist ved en hjernescanning (CT/MR), og det billeddiagnostiske fund skal svare til udfaldssymptomerne fra nervesystemet.

Tilfælde, hvor blodprop i hjernen ikke er påvist ved CT/MR-scanning, kan være omfattet af dækningen, hvis samtlige klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende neurologiske følger svarende til hjernebeskadigelsen (vurderet tidligst efter 6 måneder) i form af lammelser, føleforstyrrelser, taleforstyrrelser, synsforstyrrelser eller intellektuel reduktion.

TCI tilfælde og øvrige læsioner i hjernen og hjernestamme med symptomer af mindre end 24 timers varighed uanset fund på senere CT/MR-scanning er ikke omfattet af dækningen.

Diagnosen skal være stillet 1. januar 2000 eller senere.

Diagnosen anses for stillet, når ovennævnte betingelser er opfyldt og en neurologisk speciallæge har bekræftet objektive neurologiske symptomer og har stillet diagnosen apopleksi."

Nævnet udtaler:

Klageren, der er født i 1960'erne, har den 1/5 2018 fået stillet diagnosen blodprop i hjernen. Han har tidligere den 2/5 2011 fået stillet diagnosen blodprop i hjernen, hvor selskabet udbetalte forsikringssum for kritisk sygdom. Han ønsker på ny at få udbetalt forsikringssum for kritisk sygdom og har anført, at "[Selskabet] udbetaler kun 1 gang for skaden, hvilket jeg syntes er forkert. Efter denne blodprop har jeg haft en skade på taleevnen, hukommelsen og balancen hvilket jeg ikke har haft før denne blodprop, jeg skal derfor starte på genoptræning".

6. 92802

Selskabet har afvist dækning på diagnosen blodprop i hjernen med henvisning til, at klageren tidligere har fået udbetalt forsikringssum for blodprop i hjernen, og at klageren ikke har ret til flergangsudbetaling for samme diagnose eller diagnosegruppe. Selskabet har også afvist dækning på diagnosen epilepsi med henvisning til, at diagnosen ikke er en dækningsberettiget diagnose efter forsikringsbetingelserne. Selskabet har endvidere afvist dækning på diagnosen godartet tumor i hjernen med henvisning til, at klageren ikke opfylder diagnosebetingelserne i sygdomsdefinitionen, da han ikke er blevet opereret, men alene følges neurologisk. Selskabet har tillige afvist dækning på diagnosen blodprop i hjertet med henvisning til, at klageren ikke opfylder diagnosebetingelserne i forsikringsbetingelserne, da det af de lægelige oplysninger fremgår, at der blev fundet tilfredsstillende forhold i hjertet og normale hjerterytmer.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 15, stk. 4, at "Medlemmet kan kun få udbetalt ét engangsbeløb inden for diagnosegrupperne 1-21. Der udbetales det engangsbeløb, der er gældende på diagnosetidspunktet". Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 15, stk. 5, at "Hvis medlemmet tidligere har fået stillet en diagnose inden for én diagnosegruppe, kan medlemmet ikke få udbetalt engangsbeløb for denne eller en anden diagnose i samme diagnosegruppe, jf. dog stk. 4. Det gælder, selvom medlemmet i mellemtiden har været erklæret rask".

Efter en gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssum for blodproppen i maj 2018 med henvisning til, at forsikringssummen ved forsikring mod kritisk sygdom er et engangsbeløb, som kun kan udbetales én gang for hver diagnosegruppe jf. forsikringsbetingelsernes § 15, stk. 4 og 5.

For så vidt angår klagerens øvrige lidelser bemærker nævnet, at det er klageren, der skal bevise, at han har ret til dækning ved kritisk sygdom.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hans øvrige lidelser – herunder godartet tumor i hjernen og blodprop i hjertet – opfylder de krav, der fremgår af forsikringsbetingelserne for at få dækning for kritisk sygdom. Nævnet har derfor ikke grundlag

7. 92802

for at pålægge selskabet at udbetale engangsbeløb for kritisk sygdom til klageren. Nævnet henviser til det af selskabet anførte vedr. klagerens øvrige lidelser.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings