

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 18. marts 2020 blev i sag nr. 92917:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

If Skadeforsikring
Stamholmen 159
2650 Hvidovre

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sundhedsforsikring med dækning ved kritisk sygdom. I klageskema af 29/9 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg har fået foretaget en Bypass operation og denne operation er foretaget i forsikringsperioden og diagnosen er stillet i forsikringsperioden og jeg mener derfor at vilkårene for udbetaling er opfyldt, men forsikringsselskabet vil ikke udbetale erstatning.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Få udbetalt forsikringssummen."

Selskabet har i brev af 6/12 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Sagen vedrører anmeldelse af skade for 'Kritisk Sygdom'. Vi har afvist dækning, da kunden er blevet diagnosticeret og opereret inden for de tre første måneder efter han blev omfattet af dækningen 'Kritisk Sygdom'.

Kundeforhold

Kunden henvender sig den 29. juli 2015 til If med henblik på at tegne en sundhedsforsikring med tilvalgsdækningen 'Kritisk Sygdom' via sit firma. Policen omfatter kun denne ene person. Policen bliver sat i kraft med startdato den 1. august 2015. Det fremgår af korrespondance med kunden, at han ønskede policen skulle træde i kraft allerede den 1. juni 2015 (Bilag 1). Dette er ikke muligt, da han først henvender sig til os den 29. juli 2015.

Sagsforløb

Vi modtager den 12. januar 2016 en anmeldelse, om at kunden ønsker udbetaling for 'Kritisk Sygdom', 200.000 kroner, da han har fået foretaget en hjerteoperation. Vi udbeder den fulde journal vedrørende hjertesygdommen. Han indsender kun journal fra indlæggelse i forbindelse med ope-

ration (Bilag 2). Af denne journal fremgår det, at han allerede den 20. juli 2015 er blevet indstillet til CABG, koronar bypass, der er operation for angina pectoris (hjertekramper). Operationen er foretaget den 30. september 2015.

Den 20. januar 2016 meddeler vi skriftligt kunden, at han ikke opfylder vilkårene for at få udbetalt 'Kritisk Sygdom'.

Vi fastholder vores afvisning

I forsikringsvilkårene fremgår det, at tilvalgsdækningen 'Kritisk Sygdom' dækker sygdomme, der diagnosticeres i forsikringsperioden, dog ikke kritiske sygdomme, der diagnosticeres de første 3 måneder efter at sikrede blev omfattet af tilvalgsdækningen. Se punkt 5.1.14 i bilag 3.

Kunden er blevet diagnosticeret den 20. juli 2015, da han indstilles til operation. Dette er inden forsikringen er trådt i kraft den 1. august 2018. Han er blevet opereret den 30. september 2015, inden for de tre første måneder efter kunden er blevet omfattet af dækningen. Denne skade er derfor ikke dækket.

Kunden skriver i sin klage til Ankenævnet, at diagnosen er stillet i forsikringsperioden. Dette har kunden ikke sendt journaler, der understøtter. Tværtimod fremgår det, som tidligere nævnt, af journalen, at han er indstillet til bypass-operation allerede den 20. juli.

Uanset hvilken dato den præcise diagnose er stillet, er operationen for den kritiske sygdom Angina Pectoris foretaget, da forsikringen har været i kraft i to måneder. Kritiske sygdomme, der diagnosticeres de første 3 måneder af forsikringsperioden, er ikke dækket jf punkt 5.1.14 i forsikringsvilkår (bilag 3).

Konklusion

Da vi ikke mener, at der kommet yderligere oplysninger i kundens klage til Ankenævnet, og vi i øvrigt mener, at vores oprindelige behandling af skaden var korrekt, må vi fastholde, at sygdommen ikke er dækket Sundhedsforsikringen med 'Kritisk Sygdom'.

Vi mener derfor fortsat ikke, at kunden er ikke berettiget til udbetaling for 'Kritisk Sygdom'."

Klageren har i kommentar af 10/12 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har d.d. uploaded tre bilag.

Bilag 2 er forsikringsvilkårene og under 'Dæknings omfang' står 'Forsikringssummen fremgår af forsikringsaftalen og udbetales til sikrede. Den kritiske sygdom skal diagnosticeres i forsikringsperioden, og summen kan maksimalt udbetales en gang pr. sygdomsgruppe. Den samme sygdom kan ikke udløse erstatning fra flere sygdomsgrupper.'

Bilag 3 er Forsikringsbeviset og der står at der er mig (...) der er forsikret og nederst i bilaget står der at forsikringssummen ved kritisk sygdom er kr. 200.000,00.

Bilag 4 Er en udskrift fra min journal fra [hospital] og bilaget dokumenterer at jeg har fået foretaget en bypass operation 20150930"

Klageren har i kommentar af 10/12 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har uploaded bilag 5, der er fra min egen læge og hvor han bekræfter at min bypassoperation er omfattet af min forsikring."

Klageren har i brev af 13/1 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Nedenfor finder I mine kommentarer til If's brev af 20181206

Side 1, 1. afsnit

'Sagen vedrører anmeldelse af skade for 'Kritisk Sygdom'. Vi har afvist dækning, da kunden er blevet diagnosticeret og opereret inden for de tre første måneder efter han blev omfattet af dækningen 'Kritisk Sygdom'.'

Det må nødvendigvis forstås sådan at når If skriver at jeg er blevet diagnosticeret, så må det forstås sådan at det skal være en af de diagnoser der er beskrevet i dækningsomfanget og for hjertekaroperation står der at diagnosen skal være *'medicinsk intraktabel angina pectoris'*

Da disse 4 ord ikke fremgår af de bilag som If har fremlagt og de fremgår heller ikke af bilag D, er det ikke korrekt når If skriver at jeg er blevet diagnosticeret med den diagnose der står i bilag B inden for de tre første måneder efter jeg er blevet omfattet af dækningen.

Der står ingen steder i bilagene, at man ikke må være blevet opereret inden for de tre første måneder, hvilket må medføre at If ikke kan bruge dette som en grund til at afvise at udbetale erstatning.

Side 1 under sagsforløb skriver If

'Af denne journal fremgår det, at han allerede den 20. juli 2015 er blevet indstillet til CABG, koronar bypass, der er operation for angina pectoris (hjertekramper).'

Provokation: Jeg vil bede If for ankenævnet at udpege hvor i journalen ovennævnte er nævnt?

Selvom ovenstående skulle være nævnt kan det ikke bruges som grund for at nægte at udbetale erstatning.

Det forholder sig sådan at ordene CABG eller koronar bypass ikke er nævnt i bilag B (Forsikringsvilkårene) så selvom at If kan dokumentere at jeg allerede den 20. juli 2015 var indstillet til CABG, koronar bypass, så er det ikke det samme som det der står i bilag B (Forsikringsvilkårene).

Det forholder sig endvidere sådan at vilkårene ikke stiller kravet *'er blevet indstillet til'* Vilkårene er *'Planlagt eller foretaget hjertekirurgisk behandling'* og planlægningen er først kommet mig i hænde efter forsikringen er trådt i kraft 1. august 2015.

I bilag B (Forsikringsvilkårene) står:

...

Vilkårene er:

Den kritiske sygdom skal diagnosticeres i forsikringsperioden

Og

Diagnosen skal være medicinsk intraktabel angina pectoris

If har ikke fremlagt dokumentation for at ovennævnte diagnose er stillet tidligere end 1. august 2015.

If har ikke fremlagt dokumentation for at ovennævnte diagnose er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringsperioden er indtrådt (1. august 2015). Selvom at If kan fremlægge en sådan dokumentation, så kan den ikke bruges til at afvise at udbetale erstatning da jeg har fået foretaget en hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning i forsikringsperioden. Endvidere så fremgår det af bilag C at forsikringen gælder fra 1. august 2015 og der er ikke nævnt noget om nogen karenperiode og da bilag C er senere i tid (yngre, dateret 20150731) end bilag 3 (dateret 20150729), er det selvfølgelig vilkårene i bilag C, der er gældende.

If skriver i afsnittet

Vi fastholder vores afvisning

...

Det er ikke korrekt når If skriver at der i bilag 3 under punkt 5.1.14 står *"Kritisk Sygdom" dækker sygdomme, der diagnosticeres i forsikringsperioden, dog ikke kritiske sygdomme, der diagnosticeres de første 3 måneder efter at sikrede blev omfattet af tilvalgsdækningen.*

Ved det at If føler behov for at skrive noget der ikke er sandt, er det nemt at se at forsikringsvilkårene ikke støtter If's påstande.

Det forholder sig endvidere sådan at ordet 'tilvalgsdækningen' ikke fremgår af bilag C, og den eneste naturlige forståelse af dette må være at den sætning, og som end ikke er et vilkår i nogle af de dokumenter som If har fremlagt, ikke kan gøres gældende, da 'tilvalgsdækning' ikke fremgår af bilag C, hvor jeg har valgt 'tilvalgsproduktet' Kritisk sygdom, så selvom If kunne komme frem til at 'tilvalgsdækning' ikke er gældende de første 3 måneder, så kan dette argument selvsagt ikke udstrækkes til også at gælde for det tilvalgsprodukt der fremgår af bilag C.

Det forholder sig endvidere sådan at bilag 3 er dateret 29. juli 2015 og da bilag C (Forsikringsbeviset) er dateret 31. juli 2015 er det vilkårene i det seneste og her sidst nævnte dokument, der er gældende og forståelsen af bilag C (Forsikringsbeviset) er at alle de produkter der er nævnt i bilag C (Forsikringsbeviset), der gælder, at de forsikringssummer, der er nævnt udfor de forskellige produkter, at de gælder fra den 1. august 2015, se side 1 i bilag C (Forsikringsbeviset).

Det er derfor dokumenteret at alle produkterne gælder fra den 1. august 2015 og at de indskrænkninger som If omtaler ikke kan gøres gældende, da disse indskrænkninger ikke er omtalt i bilag C, der er senere i tid end bilag 3.

If skriver *'Kunden er blevet diagnosticeret den 20. juli 2015, da han indstilles til operation. Dette er inden forsikringen er trådt i kraft den 1. august 2018.'* Det er ikke korrekt det If skriver og jeg vil bede If om at dokumenterer påstanden om at jeg den 20. juli 2015 har fået diagnosen medicinsk intraktabel angina pectoris, Jævnfør bilag 3 hvor der står at *'Diagnosen skal være medicinsk intraktabel angina pectoris.'*

Det forholder sig sådan at disse 4 ord og i denne rækkefølge ikke i 2015 eller tidligere er at finde i min journal og det er derfor ikke sandt det som If skriver.

Som det fremgår at bilag E (min mail til min læge) er det først den 23. december 2015 at jeg bliver klar over at den forsikring som jeg har tegnet, at den dækker for den sygdom som jeg er blevet opereret for.

If skriver 'Kunden er blevet diagnosticeret den 20. juli 2015, da han indstilles til operation.' Det forholder sig sådan at der i forsikringsvilkårene ikke er nævnt ordene 'indstilles til operation' I forsikringsvilkårene står derimod 'Planlagt eller foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning...' og det forholder sig sådan min operation først blev planlagt den 5. august 2015 og til udførelse i september 2015, se bilag F, altså efter at forsikringen var trådt i kraft (1. august 2015) og det er først ved modtagelsen af bilag F at jeg får kendskab til hvornår min operation er planlagt til.

Det er If's ansvar at skrive forsikringsvilkårene på en sådan måde at en forbruger uden lægefaglig eller juridisk viden kan forstå dem og da der er tvivl om forståelsen af aftalen, vil jeg bl.a. bede Ankenævnet om at iagttage § 38 b i aftaleloven, se nedenfor:

§ 38 b. *Opstår der tvivl om forståelsen af en aftale, og har det pågældende aftalevilkår ikke været genstand for individuel forhandling, fortolkes vilkåret på den måde, som er mest gunstig for forbrugeren. Den erhvervsdrivende har bevisbyrden for, at et aftalevilkår har været genstand for individuel forhandling.*

I bilag 3 står der i punkt 1.2

1.2 Aftaleperiode

...

I punkt 1.2 står der at 'Forsikringen gælder fra det tidspunkt aftalen er indgået af parterne eller fra og med en senere aftalt dato kl. 00.00.'

Af bilag C (Forsikringsbevis) fremgår det at forsikringen gælder fra 1. august 2015.

I bilag C (Forsikringsbevis), midt på siden står 'På næste sidefinder du en oversigt over din Sundhedsforsikring.'

Nedenfor ses det, at det punkt der omhandler kritisk sygdom er beskrevet på samme måde (skriftstørrelse, skrifttype osv.) som f.eks. fysioterapi og der står ingen steder i forsikringsbeviset at kritisk sygdom's dækningen gælder fra et senere tidspunkt end de andre dækningspunkter, der er omtalt i forsikringsbeviset.

Forståelsen af indholdet af forsikringsbeviset og dermed af hvornår den indgåede aftale gælder fra, må være at den indgåede aftale gælder fra den 1. august 2015 og at den nævnte dato gælder for alle de i forsikringsbeviset nævnte produkter.

I bilag 2 står der i punkt 5.1.14 Kritisk sygdom

I bilag 3, side 5 står der under punkt 2.

2 Hvornår gælder forsikringen

Sundhedsforsikringen gælder i den periode, der er anført i forsikringsaftalen og perioden må nødvendigvis begynde den 1. august 2015, se bilag C.

Ankenævnet for Forsikring

6.

92917

Jeg vil henlede ankenævnets opmærksomhed på at selvom der i bilag B står '*Forsikringsvilkår – Sundhedsforsikring – Fritid* ', så gælder forsikringen både i fritiden og i arbejdstiden jævnfør bilag 3."

Selskabet har i brev af 21/3 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Kunden søger dækning for 'Kritiske sygdomme punkt 11 Hjerte/kar operation (bypass/PCI operation)'.

Kunden har fået foretaget bypassoperation (CABG) den 30.09.15 efter indstilling til operation på Thoraxkonference den 20.07.15 (se tidligere indsendte Bilag 2 journal). Da denne operation er foretaget inden for de første 3 måneder efter kunden blev omfattet af dækningen den 01.08.15, dækker forsikringen ikke jf. vilkår punkt 5.1.14 i tidligere indsendte bilag 3 Forsikringsvilkår.

Kunden skriver, at han ikke er diagnosticeret inden for de første 3 måneder af dækningsperioden, men da han både er blevet indstillet til bypassoperation inden forsikringen trådte i kraft og opereret inden for de første 3 måneder, er diagnosen også stillet, da man ellers ikke ville udføre operationen.

Se venligst vedhæftet Bilag 4 CABG, der er en beskrivelse af koronar bypass CABG og årsagen til udførelse af denne operation, hvilken er angina pectoris (hjertekramper).

Kunden indsender som bilag C et forsikringsbevis med en dækningsoversigt samt et link til de samlede vilkår. Det vil altid være den samlede vilkårstekst, der er gældende og ikke kun brudstykker som bilag B.

Når kundens læge i bilag E udtaler sig om kundens forsikringsvilkår, kender denne ikke dækningsomfanges omfang eller hvor længe kunden har haft forsikringen. Lægen kan og bør kun udtale sig om sikredes sygdom og diagnose. Han har i dette tilfælde blot bekræftet at diagnosen er medicinsk intraktable angina pectoris.

Vi fastholder vores afvisning af dækning for 'Kritisk sygdom'."

Klageren har i brev af 22/4 2019 til nævnet bl.a. anført:

"If skriver i 2. afsnit 2. linje '*Da denne operation er foretaget inden for de første 3 måneder efter kunden blev omfattet af dækningen den 01.08.15,*' Her står jo klart og tydeligt at jeg 01.08.15 er blevet omfattet af dækningen i forsikringen. Dette stemmer også med bilag C (Forsikringsbeviset) hvor der på side 1 står at det gælder fra 1. august 2015 og hvor der på side 2 står at det gælder for kritisk sygdom og derfor har jeg dækning for kritisk sygdom fra den 1. august 2015

Forståelsen af Forsikringsbeviset må derfor være at forsikringen gælder for kritisk sygdom fra den 1. august 2015.

Det må endvidere være sådan at da forsikringsbeviset er senest i tid, dateret 31. juli 2015 (altså kortest i tid fra forsikringsbegivenheden) må dette have forrang fremfor andre dokumenter. I bilag B står der bl.a.

...

Vilkåret er at diagnosen skal stilles i forsikringsperioden og forsikringsperioden starter jævnfør bilag C, Forsikringsbeviset den 1. august 2015.

Hvis det skulle vise sig at der er uoverensstemmelse mellem dokumenter (vilkår) i aftalen eller indenfor et enkelt dokument (vilkår), så er det If alene der må bære ansvaret for dette da If er koncipist på vilkårene og med henvisning til nedenstående paragraf fra *'Bekendtgørelse af lov om aftaler og andre retshandler på formuerettens område'*, hvor der står at opstår der tvivl om forståelsen af en aftale, skal vilkåret fortolkes på den måde, som er mest gunstig for forbrugeren, hvilket medfører at dækningen for kritisk sygdom starter den 1. august 2015.

§ 38 b. Opstår der tvivl om forståelsen af en aftale, og har det pågældende aftalevilkår ikke været genstand for individuel forhandling, fortolkes vilkåret på den måde, som er mest gunstig for forbrugeren. Den erhvervsdrivende har bevisbyrden for, at et aftalevilkår har været genstand for individuel forhandling.

Stk. 2. En skriftlig aftale, der tilbydes forbrugeren, skal af den erhvervsdrivende være udarbejdet på en klar og forståelig måde.

Det er endvidere min opfattelse at If ikke har dokumenteret at de har udarbejdet aftalen på en klar og forståelig måde.

De sidste 3 linjer i bilag B lyder som nedenstående:

...

Her er det vigtigt at bemærke hvilke krav der skal være opfyldt før udbetaling kan ske.

1. Jeg skal have fået diagnosen *'medicinsk intraktable angina pectoris'*

Der udover skal der gælde en af de 2 nedennævnte ting:

2. *'Ved planlagt operation er det et krav, at sikrede er accepteret på venteliste'*

Eller

3. *'Ved ballonudvidelse skal operationen være gennemført'*

Før udbetaling kan finde sted skal enten 1 og 2 være opfyldt eller 1 og 3

Kravene er således:

'Diagnosen skal være medicinsk intraktable angina pectoris. Ved planlagt operation er det et krav, at sikrede er accepteret på venteliste, før udbetaling kan ske.'

Eller

'Diagnosen skal være medicinsk intraktable angina pectoris. Ved ballonudvidelse skal operationen være gennemført, før udbetaling kan ske.'

Da jeg har fået *'foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) med anlæggelse af vene og/eller arterie grafts.'* skal det derfor dokumenteres hvornår kravene 1 og 2 er blevet opfyldt samt hvilke vilkår forsikringen stiller. Kraven 1 og 2 lyder jævnfør ovenstående:

'Diagnosen skal være medicinsk intraktable angina pectoris. Ved planlagt operation er det et krav, at sikrede er accepteret på venteliste, før udbetaling kan ske.'

I bilag B under punkt 11 står bl.a. *'Planlagt eller foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning...'*. Forståelsen af denne sætning må være at før udbetaling kan ske, så skal der enten være planlagt en *'hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning'* Eller der skal være foretaget *'hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning'*.

I dette tilfælde har jeg den 30. september 2015 fået *'foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning...'*. Det er derfor dokumenteret at punkt 2 (anden del) af kravet er opfyldt og ved bilag F er det dokumenteret at det først er ved modtagelsen af bilag F, der er dateret 5. august 2015 at jeg får kendskab til at min operation er planlagt og hvornår den er planlagt til. Både den 5. august 2015 og den 30. september 2015 er i forsikringsperioden.

Med hensyn til punkt 1 (første del) i kravet der lyder *'diagnosen skal være medicinsk intractabel angina pectoris'*

If har ikke fremlagt dokumenter der viser at denne diagnose er skrevet i min journal førend jeg tegnede forsikringen og If har heller ikke fremlagt dokumenter der viser at denne diagnose er skrevet i min journal i de første 3 måneder efter jeg har tegnet forsikringen.

If henviser til bilag 2 der er en kopi af min journal fra den 29. september 2015 og til og med den 1. oktober 2015. I dette bilag står der under diagnose:

...

I bilag 2 står der ikke under diagnose *'medicinsk intractabel angina pectoris', men 'Kronisk iskæmisk hjertesygdom'*. Jeg kan derfor ikke før den 23. december 2015 vide at jeg har tegnet en forsikring der dækker for den sygdom som jeg har haft, men mere herom senere.

I bilag 2 står også nedenstående:

...

Her er det vigtigt at bemærke at jeg ikke havde og aldrig har haft regelrette smerter. I bilag 2 står endvidere at jeg *'Motionerer dagligt på højt niveau uden gener.'*

I bilag 2 står også:

...

At min sygdom er atypisk og det er bl.a. derfor at jeg ikke førend den 23. december 2015 bliver klar over at jeg kan få udbetaling fra min forsikring.

På sundhed.dk står bl.a. nedenstående:

...

Der står at symptomerne er ofte smerter i brystet ved fysisk anstrengelse og jeg kan oplyse at jeg aldrig har haft disse smerter.

Som det fremgår af bilag E, er det først den 23. december 2015 at jeg bliver klar over at jeg har tegnet en forsikring der dækker for den sygdom som jeg har haft og som jeg er blevet opereret for.

If skriver i 3. afsnit nedenstående:

...

Det er ikke sandt når If skriver, at jeg inden forsikringen trådte i kraft er blevet indstillet til by-passoperation. Det fremgår derimod af bilag F at det først er ved modtagelsen af bilag F, der er dateret den 5. august 2015 at jeg kan blive klar over at jeg er blevet indstillet til bypassoperation.

Det fremgår af de fremlagte dokumenter at der ikke er belæg for ovenstående påstand i 3. afsnit om at *'er diagnosen også stillet, da man ellers ikke ville udføre operationen.'* Ja, If evner ikke en gang at nævne hvilken diagnose der så også er stillet og det gør If ikke da diagnosen *'medicinsk in-*

traktabel angina pectoris' ikke er nævnt i min journal og derfor er der ikke belæg for If's påstand. Det skal her bemærkes at jævnfør bilag B, så skal diagnosen være '*medicinsk intraktabel angina pectoris*' og ikke bare en eller anden ikke nævnt diagnose. If's påstand er derfor ikke valid, da If ikke nævner en specifik diagnose. Dette ses også af at If ikke kan dokumentere at der på dette tidspunkt er stillet diagnosen '*medicinsk intraktabel angina pectoris*'.

Af bilag 4 fremgår det at årsagen til en hjertekaroperation også kan være '*at du har udbredte forandringer, kan operation komme på tale, selvom du ikke er svært plaget af hjertekramper.*', se nedenstående fra bilag 4.

...

Ovenstående ses også ved at læse bilag B hvor der står hvorfor og hvornår man kan få foretaget en hjertekaroperation, og der står '*Planlagt eller foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) med anlæggelse af vene og/eller arterie grafts.*' Det kan heraf udledes at hjertekaroperationen foretages for at behandle kranspulsåreforkalkningen og denne behandling går ud på at man med blodåre, der er hentet andre steder i kroppen leder blodet forbi de steder i kranspulsårerne hvor der er forkalkninger.

If skriver i 4. afsnit nedenstående:

...

En aftale kan bestå af et eller flere brudstykker (vilkår) og et hvert af disse brudstykker (vilkår) skal være korrekte og konsistent med de andre vilkår i aftalen og hver part i aftalen er også bundet af hvad der står i hvert enkelt brudstykke (vilkår).

Bilag B er de komplette vilkår for den kritiske sygdom '*Hjertekaroperation*' og det er således ikke korrekt når IF skriver at det er brudstykker.

If har ikke ført dokumentation for at vilkårene skal tolkes som If skriver i deres besvarelser og dermed at det If skriver skal have forrang frem for de vilkår som jeg henviser til i den indgåede aftale og da If ikke har fremlagt denne dokumentation er det jævnfør '*Bekendtgørelse af lov om aftaler og andre retshandler på formuerettens område*' vilkåret der er mest gunstigt for forbrugeren der er gældende, hvilket medfører at dækningen for kritisk sygdom starter den 1. august 2015, se nedenstående:

...

Der er intet i de af If fremlagte dokumenter der dokumenterer jeg har haft viden om at min sygdom kunne have diagnosen '*medicinsk intraktabel angina pectoris*', eller at nogen læger har nedskrevet eller fortalt mig at min sygdom kunne have diagnosen '*medicinsk intraktabel angina pectoris*'.

Som det fremgår af bilag C så er ordet '*tilvalgsdækningen*' ikke nævnt i bilag C. Jeg har derfor aldrig tilkøbt en '*tilvalgsdækning*', jeg har derimod i hele forsikringsperioden været omfattet af et '*Tilvalsprodukt*' der er benævnt '*Kritisk sygdom*' og det er jævnfør bilag C '*Hovedproduktet*' i '*Sundhedsforsikring Arbejdstid/Fritid*' da det er nævnt med samme størrelse skrift og samme skrifttype som de andre '*hovedprodukter*' i bilag C. Det er således ikke relevant for denne sag at læse hvornår en tilvalgsdækning er gældende fra, hvilket også ses af at jævnfør bilag C, så er tilvalsproduktet gældende fra 1. august 2015.

Med hensyn til hvornår jeg har fået kendskab til diagnosen '*medicinsk intraktabel angina pectoris*' eller min sundhed i general forstand kan jeg oplyse nedenstående.

Jeg er uddannet ... og ... i min fritid går derfor hvert år til en ...medicinsk undersøgelse og hvis man er rask nok til at ... kan man få udstedt en

Bilag H viser den ... som jeg fik udstedt den 3. februar 2015 og som det fremgår af bilag H, felt IX så var den gældende til den 17. februar 2016.

Bilag J viser et EKG som jeg fik taget den 13. januar 2015 og EKG'et er jævnfør bilag J anmærkningsfrit.

Bilag K er hentet fra Netdoktor og det beskriver hvad man bl.a. kan bruge et EKG til og her står bl.a. *'Ved undersøgelsen kan man afsløre, om der er iltmangel i hjertet som udtryk for sygdom i hjertets kranspulsårer.'*

Bilagene H, J og K dokumenterer at jeg i februar 2015 ikke havde sygdomme i hjertets kranspulsårer og da gyldigheden af min ... først udløb den 17. februar 2016 jævnfør bilag H er det dokumenteret, at ...lægen forventede at jeg i hvert tilfælde indtil den 17. februar 2016 ville være rask nok til at jeg ville kunne ... og jeg derved ikke frem til den 17. februar 2016 ville komme til at lide af sygdomme i hjertets kranspulsårer, herunder få stillet diagnosen *'medicinsk intraktable angina pectoris'*.

Bilag G er de specifikke krav der skal være opfyldt for at kunne få udstedt en På side 30 under punktet K står kravene der er til kranspulsårerne samt hvilke sygdomme der kan tolereres i kranspulsårerne.

I punkt (1) står ... Til dette kan jeg tilføje at jeg aldrig er blevet undersøgt grundet smerter i brystet.

På side 31 under punkt 4 står ...

Da der i punkt 4 står at hvis man har angina pectoris så bliver man diskvalificeret og man kan derfor ikke få udstedt en ... hvis man har angina pectoris.

Bilag I viser den cykelrute som jeg cyklede den 26. september 2015. Cykelruten er på 67,04 km og jeg kørte den med en gennemsnitshastighed på 26,9 km/t og jeg cyklede i 2 timer, 29 minutter og 34 sekunder.

Cykelturen blev foretaget 4 dage før jeg blev opereret den 30. september 2015 og jeg havde ingen smerter i brystet under cykelturen eller bagefter cykelturen.

Det er min opfattelse at jeg har dokumenteret at det først er ved modtagelsen af bilag E, den 23. december 2015 at jeg blev klar over at den sygdom som jeg har haft i hjertet kan beskrives ved diagnosen *'medicinsk intraktable angina pectoris'*.

Jeg mener også jeg har dokumenteret at jeg er blevet undersøgt oftere og mere grundigt end den danske befolkning som helhed og at jeg derfor har været i god tro med hensyn til om jeg kunne tegne forsikringen og at jeg derfor også er i god tro med hensyn til at jeg den 1. august 2015 eller tidligere ikke har eller har haft nogle af de kritiske sygdomme som forsikringen dækker samt jeg ikke før den 1. august 2015 er blevet diagnosticeret med nogle af de kritiske sygdomme som for-

Ankenævnet for Forsikring

11.

92917

sikringen dækker samt at jeg i hvert tilfælde frem til den 17. februar 2016 ville være rask nok til at jeg måtte ..., herunder at jeg frem til den 17. februar 2015 ikke ville få stillet diagnosen '*medicinsk intraktabel angina pectoris*'.

Jeg mener endvidere også at jeg har dokumenteret at det først er den 23. december 2015, ved bilag E at jeg bliver klar over at jeg har haft en sygdom og at denne sygdom er en kritisk sygdom og denne sygdom falder ind under betingelserne, således at jeg har krav på udbetaling."

Selskabet har i brev af 19/6 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har ikke nyt at tilføje til kundens kommentar fra 22. april 2019, men henviser til tidligere svar fra 21. marts 2019:

- Kunden er omfattet af forsikringen fra 1. august 2015.
- Kunden er jf. journal indstillet til operation for angina pectoris (hjertekramper) den 20. juli 2015.
- Kunden har fået foretaget CABG den 30. september 2015.
- Kundens forsikring dækker ikke kritiske sygdomme, der diagnosticeres de første 3 måneder efter at sikrede blev omfattet."

Klageren og selskabet har i breve af 9/7, 16/8, og 22/10 2019 yderligere kommenteret sagen.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af brev af 5/8 2015 til klageren fra et hospital fremgår bl.a.:

"Du er henvist til [hospital 1], THORAXKIR. KLINIK RT, HELDØGN

Vi har modtaget henvisning fra [hospital 2], HJERTEMEDICINSK AFDELING ... med henblik på indlæggelse til hjerteoperation.

Vi kan IKKE behandle dig inden for ventetidsgarantien, men har reserveret tid til indlæggelse.

Dato: Tirsdag 29.09.2015
Tidspunkt: Kl. 08.00
Sted: på afsnit ..., opgang ..., ... etage

Operationen bliver foretaget næstfølgende hverdag."

Af klagerens journal fremgår bl.a.:

"29.09.2015 07:52 B Indl .vurdering Læge ... Thoraxkirurgisk Klinik sengeaf ...

...-årig mand kendt med hypertension, hyperlipidæmi, fam. disp. og 3-karssygdom indlægges d.d. mhp. elektiv CABG d. 30.09.15.

...

Aktuelle:

Pt debuterede maj 2015 med uro i brystet. Ingen regelrette smerter.

Ingen åndenød, hjertebanken, svimmelhed, synkoper, kvalme, opkastninger, synsforstyrrelser . Motionerer dagligt på højt niveau uden gener.

Udredt på [hospital 2].

Status aktuelt er forværring i ovennævnte symptomer.

På thoraxkonference d. 20-07-15 er der fundet indikation for CABG.

...

Diagnose:

/ I25.9 Kronisk iskæmisk hjertesygdom

...

29.09.2015 16:40 B Beh.plan/konf. Læge ... Thoraxkirurgisk Klinik sengeaf ...

...-årig mand med atypisk angina.

Svær 3 VD på KAG hør. dominans, LVEF 50%. Sinusrytme. Let nyrefkt. påvirkning, rtg. thorax ia.

Planlægger CABG m BIMA og vene fra femur dxt.

rp perop. Pip / tazo, cipro og cyklokapron"

Af mail af 23/12 2015 fra klagerens læge fremgår bl.a.:

"Du har en sygdom der falder ind under betingelserne, dvs du kan få udbetaling"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"1.2 Aftaleperiode

Hvis ikke andet fremgår, er forsikringen tegnet for et år. Forsikringen gælder fra det tidspunkt aftalen er indgået af parterne eller fra og med en senere aftalt dato kl. 00.00. Forsikringen gælder til kl. 24.00 den sidste dato i aftaleperioden. Senest en måned før udløbet af aftalen fremsender If tilbud om fornyelse af aftalen. Ønsker forsikringstageren ikke at acceptere tilbuddet skal denne give If skriftlig besked herom inden to uger fra tilbuddets modtagelse. Giver forsikringstageren ikke besked vil forsikringen automatisk blive fornyet.

...

2 Hvornår gælder forsikringen

Sundhedsforsikringen gælder i den periode, der er anført i forsikringsaftalen.

...

5.1 Hvad er dækket af forsikringen

...

5.1.14 Kritisk sygdom

Kritisk sygdom dækker økonomisk kompensation til sikrede, hvis sikrede rammes af en kritisk sygdom, der er omfattet af dækningen.

Dækningens omfang

Forsikringssummen fremgår af forsikringsaftalen og udbetales til sikrede. Den kritiske sygdom skal diagnosticeres i forsikringsperioden, og summen kan maksimalt udbetales en gang pr. sygdomsgruppe. Den samme sygdom kan ikke udløse erstatning fra flere sygdomsgrupper.

...

11. Hjerterkaroperation (bypass/pci operation)

Planlagt eller foretaget hjerterkirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) med anlæggelse af vene og/eller arterie grafts. Ballonudvidelse (PCI operation) – hvad enten dette er med eller uden stentanlæggelse – sidestilles med operation.

Krav

Diagnosen skal være medicinsk intraktabel angina pectoris. Ved planlagt operation er det et krav, at sikrede er accepteret på venteliste.

Ved ballonudvidelse skal operationen være gennemført, før udbetaling kan ske.

...

Nedenstående karenstider er gældende uanset hvad der ellers er aftalt.

Tilvalgsdækningen kritisk sygdom dækker ikke:

- Kritiske sygdomme, der diagnosticeres de første 3 måneder efter at sikrede blev omfattet af tilvalgsdækningen. (For kræft gælder særlige regler, se herunder).

...

- En kritisk sygdom, der er diagnosticeret inden for de sidste 7 år, før sikrede bliver omfattet af tilvalgsdækningen. For kræft gælder det, at sikrede skal have været erklæret rask og kontrolfri i 12 år inden sikrede bliver omfattet af tilvalgsdækningen."

Nævnet udtaler:

Klageren har den 29/7 2015 tegnet sundhedsforsikring med tilvalgsdækningen "Kritisk Sygdom". Policen er sat i kraft med startdato den 1/8 2015.

Klageren har ansøgt om udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom, da han har fået foretaget en hjerteoperation den 30/9 2015. Han har anført, at operationen er foretaget i forsikringsperioden, og at diagnosen er stillet i forsikringsperioden, hvorfor vilkårene for udbetaling er opfyldt. Han har endvidere anført, at det først var ved modtagelsen af brev af 5/8 2015, at han blev klar over, at han var blevet indstillet til bypassoperation, at der igen steder står, at man ikke må være blevet opereret inden for de tre første måneder, at selskabet ikke har fremlagt dokumentation for, at diagnosen "medicinsk intraktable angina pectoris" er stillet tidligere end 3 måneder efter, forsikringsperioden er indtrådt, og at det først var den 23/12 2015, da hans læge skrev til ham, at han blev klar over, at hans forsikring dækkede for den hjertekirurgiske behandling. Han har også anført, at selskabet ikke har oplyst ham om "karakteren af og de væsentligste egenskaber ved forsikringsydelsen" i rimelig tid inden, der blev indgået en aftale, jf. § 34 e i forsikringsaftaleloven, og at selskabet ikke har udarbejdet aftalen på en klar og forståelig måde, hvilket selskabet som koncipist må bære ansvaret for, jf. aftalelovens § 38 b.

Selskabet har afvist dækning, da klageren er blevet diagnosticeret og opereret inden for de tre første måneder efter, han blev omfattet af dækningen "kritisk sygdom". Selskabet har blandt andet anført, at "kunden er blevet diagnosticeret den 20. juli 2015, da han indstilles til operation. Dette er inden forsikringen er trådt i kraft den 1. august 2018. Han er blevet opereret den

30. september 2015, inden for de tre første måneder efter kunden er blevet omfattet af dækningen. Denne skade er derfor ikke dækket".

Af brev af 5/8 2015 til klageren fra et hospital fremgår det blandt andet, at han blev indkaldt til indlæggelse til hjerteoperation den 29/9 2015.

Det fremgår af journalnotat af 29/9 2015, at klageren indlægges med henblik på elektiv CABG den 30/9 2015. Det fremgår også, at "pt debuterede maj 2015 med uro i brystet. Ingen regelrette smerter. Ingen åndenød, hjertebanken, svimmelhed, synkoper, kvalme, opkastninger, synsforstyrrelser. Motionerer dagligt på højt niveau uden gener. Udredt på [hospital]. Status aktuelt er forværring i ovennævnte symptomer. På thoraxkonference d. 20-07-15 er der fundet indikation for CABG".

Af forsikringsbetingelsernes punkt 5.1.14 fremgår det, at "kritisk sygdom dækker økonomisk compensation til sikrede, hvis sikrede rammes af en kritisk sygdom, der er omfattet af dækningen. **Dækningens omfang.** Forsikringssummen fremgår af forsikringsaftalen og udbetales til sikrede. Den kritiske sygdom skal diagnosticeres i forsikringsperioden, og summen kan maksimalt udbetales en gang pr. sygdomsgruppe". Omkring hjertekaroperation (bypass/pci operation) fremgår det, at "planlagt eller foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) med anlæggelse af vene og/eller arterie grafts. Ballonudvidelse (PCI operation) – hvad enten dette er med eller uden stentanlæggelse – sidestilles med operation. Krav Diagnosen skal være medicinsk intractabel angina pectoris. Ved planlagt operation er det et krav, at sikrede er accepteret på venteliste. Ved ballonudvidelse skal operationen være gennemført, før udbetaling kan ske". Det fremgår endvidere, at "nedenstående karensperioder er gældende uanset hvad der ellers er aftalt", og at tilvalgsdækningen kritisk sygdom blandt andet ikke dækker "kritiske sygdomme, der diagnosticeres de første 3 måneder efter at sikrede blev omfattet af tilvalgsdækningen", og "en kritisk sygdom, der er diagnosticeret inden for de sidste 7 år, før sikrede bliver omfattet af tilvalgsdækningen".

Ankenævnet for Forsikring

15.

92917

Efter en gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til, at forsikringen ikke dækker kritiske sygdomme, der diagnosticeres de første 3 måneder af forsikringsperioden, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 5.1.14.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det på thoraxkonference den 20/7 2015 blev fundet indikation for CABG, at forsikringen trådte i kraft den 1. august 2018, og at klageren blev opereret den 30/9 2015. Nævnet finder derfor, at sygdommen er diagnosticeret inden karenstiden udløb den 1/11 2015.

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at selskabet ikke har oplyst ham om "karakteren af og de væsentligste egenskaber ved forsikringsydelsen" i rimelig tid inden, der blev indgået en aftale, jf. § 34 e i forsikringsaftaleloven. Nævnet finder endvidere, at punkt 5.1.14 i forsikringsbetingelserne er opbygget og formuleret tilstrækkeligt klart i forhold til den foreliggende sag, hvorfor der ikke er grundlag for at anvende aftalelovens § 38 b.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan herefter ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Jens Kruse Mikkelsen
formand