

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 1. april 2020 blev i sag nr. 94365:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Topdanmark Livsforsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 24/10 2019 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

I december måned 2017, kom der en konsulent fra top Danmark ud på min arbejdsplads, for at tilbyde mig forsikringer/ pensionsordning.

I denne sammenhæng fik han mig overtalt til at samle alle min pensionsaftaler hos dem, og i anledningen af at jeg flyttede min daværende pensionsordning, spurgte konsulenten mig indtil om jeg havde lyst til at flytte min kritisk sygdoms forsikring over til dem, og i denne anledning oplyste jeg konsulenten, jeg havde anvendt denne forsikring hos tidligere selskab, men i selvsamme oplyste konsulenten mig at dette ingen betydning havde hos dem, så længe 'skaden' sker efter at eventuel ny forsikring er trådt i kraft hos dem.

Jeg spurgte så uvidende igen om det havde nogen betydning at jeg tidligere har anmeldt en blodprop i hjernen hos tidligere selskab, og igen påpegede han at dette ingen betydning havde... som han sagde 'nyt selskab = ny dækning' Det er så her jeg synes at jeg er uretfærdig behandlet, da jeg så 2år efter får en blodprop i hjernestammen, og selvfølgelig melder det til mit forsikringsselskab, med det resultat at de afviser sagen, og mener ikke jeg er berettiget til erstatningen, med henblik på at jeg ved tidligere selskab har meldt en skade. Dette er jeg uforstående overfor, idet konsulenten forklarede mig at jeg var/er dækket selvom jeg tidligere havde meldt en skade til tidligere selskab, og nu vil selvsamme konsulent ikke engang stå ved sine ord, og give mig den dækning han lovede mig.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Den dækning som jeg blev lovet ved opstarten af min forsikring."

Ankenævnet for Forsikring

2.

94365

Selskabet har i brev af 22/11 2019 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Forsikringens virkemåde

Klager blev omfattet af en firmapensionsordning i Topdanmark pr. 1. december 2017.

Forsikringsmeddelelse vedlægges som **Bilag 1**.

Pensionsordningen indeholdt en forsikring ved visse kritiske sygdomme. Forsikringen er tegnet uden karens.

Klagers forsikring ved visse kritiske sygdomme giver ret til udbetaling af forsikringssum ved diagnosticering af visse kritiske sygdomme. Diagnosen skal stilles i forsikringstiden og opfylde betingelserne som beskrevet i dækningsskemaet i forsikringsbetingelserne. Forsikringen dækker ikke, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en diagnose, som forsikrede, også har fået stillet før forsikringstiden.

...

Sagsfremstilling

I 2012 får klager stillet diagnosen 'blodprop i hjernen' for første gang, og i 2015 får klager stillet diagnosen 'blodprop i hjernen' for anden gang.

Lægejournaler vedlægges som **Bilag 3**.

Det fremgår af lægejournalerne, at klager er '*kendt med tidligere TCI (2012)*' TCI er en forkortelse for transistorisk iskæmisk infarkt. Hvilket er en mild blodprop i hjernen.

Det fremgår ligeledes af lægejournalerne, at klager har haft '*hjerneinfarkt i 2015 med trombolyse og efterfølgende kardiologisk og trombofili udredt.*'

Klager blev omfattet af en firmapensionsordning i Topdanmark pr. 1. december 2017.

I pensionsordningen indgår forsikringen ved visse kritiske sygdomme. Der er ingen karens på forsikringen, så forsikringstiden starter den 1. december 2017.

Klager ansøger den 26. september 2019 om udbetaling ved visse kritiske sygdomme på baggrund af diagnosen 'blodprop i hjernen'. I forbindelse med klagers ansøgning, har Topdanmark indhentet lægejournaler (**Bilag 3**) og modtaget en lægeattest (**Bilag 4**).

Det fremgår af lægeattesten, at klagers symptomer startede ca. den 29. juli 2019. Symptomerne består af '*Hvidt syn. Klap der gik ned for øjet.*'

Den 31. juli 2019, angiver overlægen i lægejournal fra kl. 09:00, at '*I dag kommer pt. Med fuldstændigt remitterede symptomer. Han oplever ikke længere sløret syn. Tilfældet var meget kort og udløst da han var i varmt værelse. Ikke hovedpine eller kvalme. Ingen tidligere symptomer i form af forbigående styringsbesvær, føleforstyrrelse, fraset tilfældet i 2015, hvor pt. fik trombolyse.*'

Den neurologiske undersøgelse den 31. juli 2019 viser normale forhold.

Klager får efterfølgende MR-scannet hjernen, hvor der blev påvist nytilkomne hvide pletter i hjernestammen. Det fremgår af lægejournalerne af 16. september 2016 fra Neurologisk Klinik ..., at der fortsat er gener på højre øje. Klager har ikke været til øjenlæge for det. Der beskrives ingen hovedpine, heller ikke yderligere subjektive neurologiske anfald. Det fremgår endvidere, at der er konstateret forandringer i hjernestammen, der er i regression. Det drejer sig sandsynligvis om en blodprop i hjernen.

Topdanmark giver klager afslag på udbetaling ved visse kritiske sygdomme. I afslaget lægger Topdanmark vægt på, at klager også før forsikringstiden har fået stillet diagnosen blodprop i hjernen, samt at klager har modtaget udbetaling ved andet selskab for denne dækning. Brevet vedlægges som **Bilag 5**.

Klager anfægter afgørelsen se **Bilag 6**.

Topdanmark revurderer herefter klagers ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme. Afslaget fastholdes, da Topdanmark fortsat vurderer at klager før forsikringstiden har fået stillet en diagnose om blodprop i hjernen. Brevet vedlægges som **Bilag 7**.

Klager gør gældende, at en assurandør i Topdanmark har udtalt, at forsikringen ville give ret til udbetaling, hvis klager i forsikringstiden skulle få endnu en blodprop i hjernen. Klager fremlægger dog ikke dokumentation for denne påstand.

Herefter anlægges sagen for Ankenævnet for Forsikring.

Vores vurdering

Det er Topdanmarks vurdering, at klager ikke er berettiget til udbetaling ved visse kritiske sygdomme da klager også før forsikringstiden har fået stillet diagnosen blodprop i hjernen.

Topdanmark vurderer derudover, at klagers blodprop i hjernen ikke opfylder betingelserne for udbetaling i henhold til forsikringsbetingelserne.

Topdanmark vurderer desuden, at klager ikke har løftet bevisbyrden for, at Topdanmarks assurandør skulle have udtalt, at diagnoser stillet før forsikringstiden ville være udbetalingsberettigende, hvis de også blev stillet i forsikringstiden.

Konklusion

Klagers forsikring ved visse kritiske sygdomme har været i kraft, siden klager indtrådte i en firmapensionsordning i Topdanmark pr. 1. december 2017.

Før forsikringstidens start – den 1. december 2017 – har klager to gange fået stillet diagnosen 'blodprop i hjernen'. Første gang i 2012, hvor klager havde en mild blodprop i hjernen og anden gang i 2015, hvor klager havde endnu en blodprop i hjernen.

Det fremgår af lægeattesten, at der er tale om en blodprop i hjernen, og at diagnosen stilles den 16. september 2019. Af de lægelige akter fra Neurologisk Klinik ... er der dog usikkerhed om diagnosen, da det fremgår, at der 'sandsynligvis er tale om en blodprop'.

Klager ansøger om udbetaling ved visse kritiske sygdomme på baggrund af diagnosen 'blodprop i hjernen'. Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at der ikke kan ske udbetaling for diagnoser, der også er stillet før forsikringstiden. På denne baggrund afviser Topdanmark klager med den begrundelse, at der er tale om en diagnose, som klager også fik stillet før forsikringstiden.

I forbindelse med sagen for Ankenævnet har Topdanmark forelagt de lægelige dokumenter for Topdanmarks lægekonsulent med henblik på at fastslå, om klagers blodprop i hjernen overhovedet opfylder betingelserne for udbetaling i henhold til forsikringsbetingelserne.

Af lægejournalerne af 31. juli 2019 fra Neurologisk Klinik ... fremgår, at klager er henvist fra egen læge pga. 'nytilkomne symptomer i form af sløret syn på ve. øje, udløst af varme eller pulsstigning.' Klager får på baggrund heraf MR-scannet hjernen, der viser en 'nytilkommet hvid plet som ligger i hjernestammen. Dette er ikke tidl. konstateret på MR-scanning fra 2016 og 2015. Området oplader ikke ved kontrast og der er formentlig ikke tegn på svulst. Der mistænkes, at pletten er kommet som tegn på en form for småkarsbetændelse. Dette kan hænge sammen med patientens gigt og autoimmune øjenbetændelse.'

Topdanmarks lægekonsulent har vurderet, at blodproppen i hjernen ikke opfylder betingelserne for at være en dækningsberettiget diagnose i henhold til forsikringsbetingelserne. Topdanmarks lægekonsulent vurderer i den forbindelse, at der ikke har været neurologiske udfaldssymptomer i mere end 24 timer ledsaget af objektive neurologiske udfald. Topdanmarks lægekonsulent udtaler derudover, at der er påvist en forandring i hjernestammen, men det er usikkert om det skyldes en blodprop. Det fremgår af lægejournalerne, at den påviste forandring må mistænkes at være en form for småkarsbetændelse knyttet til det forhold at klager har gigt og kronisk øjenbetændelse.

Topdanmark gør således gældende, at der ikke kan ske udbetaling, fordi der er tale om en diagnose, som klager også har fået stillet før forsikringstiden. Dette bevirker, at klager ikke vil kunne få udbetaling, hvis klager får stillet diagnosen blodprop i hjernen i forsikringstiden. Derudover gør Topdanmark opmærksom på, at der – uanset denne undtagelsesbestemmelse – stilles krav om, at de diagnoser, der stilles i forsikringstiden, skal opfylde betingelserne for udbetaling i henhold til forsikringsbetingelserne. Hvis det var første gang, klager havde fået stillet diagnosen 'blodprop i hjernen', ville klager dog heller ikke have været berettiget til udbetaling, da den stillede diagnose ikke opfylder betingelserne for udbetaling i henhold til forsikringsbetingelserne.

Da klager også har fået stillet diagnosen blodprop i hjernen før forsikringstiden, afviser Topdanmark ansøgningen om udbetaling ved visse kritiske sygdomme allerede af denne grund.

Klager gør gældende, at Topdanmarks assurandør har udtalt, at forsikringen ved visse kritiske sygdomme ville dække alle sygdomme i henhold til forsikringsbetingelserne – også diagnoser stillet før forsikringstiden.

Virkemåden af en forsikring ved visse kritiske sygdomme er sådan, at der ikke kan ske udbetaling for diagnoser, der også er stillet før forsikringstiden.

På samme måde gælder det for diagnoser, der stilles i forsikringstiden. Der er alene ret til udbetaling en gang, selvom forsikrede skulle få stillet samme diagnose flere gange. Se forsikringsbetingelserne punkt 3, stk. 5.

Da dette er helt centralt i forhold til forsikringens virkemåde, tillader Topdanmark sig at betvivle, at Topdanmarks assurandør skulle have udtalt, at forsikringen ville komme til udbetaling for dækningsberettigede diagnoser, der også er stillet før forsikringstiden.

Topdanmark bemærker, at klager ikke har fremlagt dokumentation til støtte for denne påstand.

På baggrund heraf fastholder Topdanmark, at der ikke kan ske udbetaling fra Topdanmark, da klager har ansøgt om udbetaling for en diagnose, som klager også har fået stillet før forsikringstiden."

Klageren har i indlæg af 15/12 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Uklare påstande

- Den nævnte assurandør, har efter sagens begyndelse ikke været til at kontakte, og nægter at snakke med mig, når jeg prøver at komme i kontakt med ham, han ved godt at han har lovet/sagt noget han ikke kan holde.
- Forsikring selskabet nævner efter at have en læge inde fra dem til at kigge på sagen igen, at der ikke er tale om en blodprop men en betændelses tilstand, og dette virker noget uklart for mig hvor den nævnte læge for denne konklusion fra, idet at de for det første selv vedhæfter lægeattesten/journalen, hvor der klart gives udtryk for at der er tale om en blodprop i hjernestammen. Og for det andet synes jeg de skal sætte sig ordentlig ind i tingene inden de kommer med sådanne en påstand, idet det hele står sort på hvidt. Ganske rigtigt har den første neurolog jeg har været inde ved mistænkt en betændelses tilstand i hjernestammen, med efter yderlige undersøgelser kunne der bekræftes at der er tale om en blodprop, så synes virkelig dette tyder på ansvarsfralæggelse fra Top Danmark, og de prøver virkelig at komme udenom alle steder.
- Synes virkelig man skal tage i overvejelse om det kan være rigtig at et selskab som Top Danmark kan tillade sig at sende en assurandør ud til helt almindelige dødelige mennesker for at sælge forsikringer, uden at være oprigtige. Man føler virkelig som kunde hos Top Danmark at man bliver holdt for nar, og utryg idet man ikke kan stole på dem. Man tegner Forsikring er for at føle sig tryk, men i dette tilfælde synes jeg virkelig at Top Danmark misbruger deres talenter og forsøger bare at tjene penge, uden at tænke på at det er mennesker de har med at gøre.
- Jeg har uden at tøve betalt mine forsikringer rettidigt hver han til Top Danmark i den tro at jeg kan føle mig forsikret/ tryk. Men hvis det er sådanne her de ønsker at drive et firma med løgne, bare for at få kunder og tjene penge, kan man som kunde lige så godt skylle sine penge ud i toilettet, for man er jo slet ikke forsikret på nogen måde, idet de tegner ens forsikringer på løgne/usande påstande."

Selskabet har i brev af 8/1 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Klager gør fortsat gældende, at assurandøren har udtalt, at forsikringen ville dække, hvis klager fik endnu en blodprop i hjernen.

Selskabet betvivler fortsat, at dette skulle være tilfældet. Undtagelsen om, at der ikke kan ske udbetalinger for diagnoser, der også er stillet før forsikringstiden, er et helt sædvanligt vilkår i forsikringer ved visse kritiske sygdomme.

Klager gør endvidere gældende, at det fremgår af de lægelige akter, at der er tale om en blodprop i hjernestammen.

Selskabet fastholder, at klagers blodprop i hjernen ikke opfylder betingelserne i henhold til forsikringsbetingelserne. Men allerede fordi diagnosen også er stillet før forsikringstiden, kan der ikke ske udbetaling.

Klagers forsikring ved visse kritiske sygdomme er i øvrigt fortsat er gældende og kan komme til udbetaling, hvis klager får stillet en dækningsberettiget diagnose i forsikringstiden."

Klageren har i indlæg af 9/1 2020 bl.a. anført:

"Det er foruroligende at selskabet stadig bliver ved med at holde fast i deres løgne/påstande. Den omtalte udtagelse fra assurandøren kan til en hver tid bekræftes af 3. personer som befandt sig i samme lokale, ved den først omtalte møde imellem assurandøren og jeg, hvor forsikringen blev tegnet.

...

Selskabet nævner nu at diagnosen, ikke overholder betingelserne for en dækning. Dette er mig meget fortvivlende, idet den første afvisning bundede i den omtalte udtalelse og IKKE diagnosen. Det var først efter min klage ind til dem at de nævnte at den stillede diagnose ikke overholdte betingelserne. Det er foruroligende at selskabet bliver ved med at prøve på at finde nye muligheder hele tiden, for at de kan undgå at give mig den dækning de ved forsikringsstart sagde at jeg havde."

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

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"3 Dækning

Stk. 1. I dækningsskemaet nedenfor har vi beskrevet, hvilke diagnoser Forsikring ved visse kritiske sygdomme dækker. Ved en diagnose forstås de sygdomme eller tilstande der er beskrevet i afsnit A-Æ i dækningsskemaet nedenfor. Diagnoser, der ikke er beskrevet i dækningsskemaet eller ikke opfylder kravene, berettiger ikke til udbetaling.

Stk. 2. En kritisk sygdom skal været beskrevet i dækningsskemaet samt være diagnosticeret i forsikringstiden, før den er omfattet af forsikringsdækningen. Diagnosen skal dog stilles tidligst 3 måneder efter ikrafttrædelsesdatoen, medmindre andet fremgår af forsikringsmeddelelsen eller dækningsoversigten. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

Stk. 3. Forsikringen dækker ikke, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en diagnose, som forsikrede også har fået stillet før forsikringstiden. Det betyder, at hvis du eksempelvis har fået stillet en kræftdiagnose (fx lungekræft) før forsikringstiden, er du ikke dækket for nogen form for kræft-

diagnose (fx tarmkræft) i forsikringstiden – se dog stk. 4 nedenfor. Forsikringen dækker heller ikke, hvis du får stillet en diagnose som nævnt i afsnit A i dækningsskemaet, hvis du før forsikringstiden har fået stillet en diagnose som nævnt i afsnit B i dækningsskemaet eller omvendt.

Stk. 4. For kræft gælder dog, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år siden kræftdiagnosen blev stillet, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom i forsikringstiden. Det er en forudsætning, at der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i den nævnte periode på mindst 10 år.

Stk. 5. Der kan ikke ske udbetaling mere end en gang pr. diagnose. Det betyder, at hvis du fx har fået udbetaling for diagnosen kræft (se afsnit A i dækningsskemaet) pga. lungekræft og du senere får fx tarmkræft, så kan du ikke få udbetaling pga. tarmkræft, da det falder ind under diagnosen kræft. Der kan heller ikke ske udbetaling for en kræftdiagnose som nævnt i afsnit A i dækningsskemaet, hvis der er sket udbetaling for en kræftdiagnose som nævnt i afsnit B i dækningsskemaet eller omvendt.

...

	Sygdom	Hvad dækker vi?	Hvilke krav er der til diagnosen?	Hvad dækker vi ikke?	Andre begrænsninger i dækningen?
--	--------	-----------------	-----------------------------------	----------------------	----------------------------------

...

J	Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger	En akut opstået beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed som enten skyldes: a. En spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehalvdele, som følge af et bristet blodkar eller en misdannelse i hjernens kar, eller b. En forsnævring eller tillukning af en pulsåre (arterie) i hjernen pga. en trombose eller emboli, hvor tilfældet har medført blivende følger i form af neurologiske udfald svarende til den ved hjernescanning (CT/MR) påviste hjernebeskadigelse. Dækningen kan desuden omfatte en blodprop i hjernen, hvor der ikke er foretaget scanning eller en scanning intet viser, hvis samtlige klassiske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende neurologiske følger (vurderet tidligst efter 3 måneder) svarende til hjernebeskadigelsen i form af lammelser, gangbesvær,	Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling, eller være bekræftet af en neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket.	• Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/ transitorisk iskæmisk attack (TIA) • Tidligere hjernefarkter påvist ved hjernescanning (CT/MR) • Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervesystemet, dvs. udenfor hjernen (fx øjne, øre, hypofyse)	
---	---	--	---	--	--

Ankenævnet for Forsikring

8.

94365

		føle-, syns-, tale-, koordinations eller bevidsthedsforstyrrelser.			
"					

Nævnet udtaler:

Klageren blev pr. 1/12 2017 omfattet af en firmapensionsordning i selskabet med blandt andet forsikring ved visse kritiske sygdomme. Han ansøgte den 26/9 2019 om udbetaling fra forsikringen på baggrund af diagnosen "blodprop i hjernen".

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at klageren også i 2012 og 2015 har fået stillet diagnosen "blodprop i hjernen", og at det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 3, stk. 3, at forsikringen ikke dækker, "hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en diagnose, som forsikrede også har fået stillet før forsikringstiden". Selskabet har over for nævnet tillige anført, at klagerens diagnose i 2019 ikke opfylder forsikringens betingelser for dækning.

Klageren kræver, at selskabet anerkender dækning, og gør til støtte herfor gældende, at selskabets assurandør ved tegning af forsikringen oplyste, at det ingen betydning havde, at klageren havde anmeldt en blodprop i hjernen hos sit tidligere selskab.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren i 2012 og 2015 har fået stillet diagnosen "blodprop i hjernen", og at det fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsikringen ikke dækker diagnoser, som klageren også har fået stillet før forsikringstiden. Nævnet finder herefter ikke anledning til at tage stilling til, om klagerens diagnose opfylder diagnosekravene i forsikringsbetingelserne.

Ankenævnet *for* Forsikring

9.

94365

Nævnet finder endvidere, at klageren ikke har bevist, at selskabets assurandør har lovet dækning for en sådan situation. Klagerens oplysning om, at en tredje person kan bekræfte assurandørens udtalelse, kan ikke føre til et andet resultat, idet nævnet træffer afgørelse på skriftligt grundlag, og der derfor ikke kan finde parts- eller vidneafhøringer sted for nævnet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen

Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels