

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 15. april 2020 blev i sag nr. 94437:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

BNP Paribas Cardif Forsikring
Lyskær 1, 3.Tv.
2730 Herlev

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikringer med dækning ved tab af erhvervsevne. Nævnet har i kendelse 93328 af 26/6 2019 tidligere tager stilling til klagerens krav. Af kendelsen fremgår bl.a.:

"Nævnet lægger efter en gennemgang af sagen — herunder de lægelige bilag og skadeanmeldelsen — til grund, at klagerens sygdomsmeddelelse og tab af erhvervsevne i det væsentlige må tilskrives stress. Nævnet har i denne forbindelse lagt vægt på de begrænsede lægelige oplysninger om klagerens gener fra bevægeapparatet, samt hans egen angivelse af årsagen til sygdomsmeddelelsen i skadeanmeldelsen.

Nævnet bemærker, at forsikringsbetingelsernes punkt 2.2.5 er en undtagelse, hvorfor det påhviler selskabet at bevise, at det anmeldte erhvervsevnetab er omfattet af undtagelsen. Af forsikringsbetingelserne fremgår det, at der ikke er dækning for 'Psyriske sygdomme medmindre sygdommen er diagnosticeret af en speciallæge i psykiatri'.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at selskabets afslag på at yde dækning for det anmeldte erhvervsevnetab med henvisning til undtagelsen om psyriske sygdomme har været uberegtiget.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det på psykiatrifondens hjemmeside om stress blandt andet er anført, at 'DEFINITION PÅ STRESS Man kan definere stress som en belastningstilstand, som både kan være psyriske og fysisk. Belastningstilstanden opstår, når ydre eller indre krav overstiger de ressourcer, den enkelte har — eller oplever, at han eller hun har'. Videre er det angivet, at 'Stress er ikke en sygdom. I den offentlige debat høres udsagn som 'stress — en folkesygdom'. Men stress er ikke en sygdom. Stress er en belastningstilstand — en ubalance (som man er kommet i) — som, hvis det står på i længere tid, kan medføre sygdomme. Blodpropper, hjerte-kar-

sygdomme og depression er blandt de følgesygdomme, der kan komme efter længerevarende stress, ligesom kroniske sygdomme som allergi, astma, psoriasis og diabetes ofte forværres af stress.'

Nævnet finder, at en stresstilstand som klagerens — uanset at den har medført en længerevarende sygemelding og et midlertidigt erhvervsevnetab — ikke kan anses som psykisk sygdom. Nævnet finder, at det er selskabet, der som koncipist af forsikringsbetingelserne, bærer risikoen for, at det ikke er tilstrækkeligt klart angivet, at erhvervsevnetab som følge af stresstilstande er undtaget dækning.

Som følge heraf

bestemmes

Selskabet, BNP Paribas Cardif Forsikring, skal anerkende, at afslaget på dækning med henvisning til udtagelsen vedrørende psykiske sygdomme er uberettiget, og selskabet skal genoptage sagsbehandlingen af sagen med henblik på at yde dækning for det anmeldte erhvervsevnetab i henhold til forsikringsbetingelserne.

Klagegebyret tilbagebetales."

I bilag til klageskema af 13/11 2019 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"På vegne min klient fremsendes klageskema, idet jeg som advokat for [klageren] indgiver klage over BNP Paribas Cardif i forbindelse med at Selskabet fortsat har afvist at give min klient dækning i henhold til den tegnede forsikring mod tab af erhvervsevne, på trods af at Ankenævnet for Forsikring har truffet afgørelse i sagen den 26. juni 2019.

Sagens nærmere omstændigheder er, at Ankenævnet for Forsikring traf afgørelse i sagen den 26. juni 2019 i sag nr. 93328.

Forsikringsselskabet begrundede afslaget med, at min klient i sin anmeldelse angav stress som årsag til sin sygemelding.

Derudover gjorde Forsikringsselskabet gældende, at de fysiske smerter debuterede allerede i 2015, og at forsikringen først blev tegnet den 1. maj 2017.

Det var derfor deres opfattelse, at der heller ikke kunne gives erstatning, hvis arbejdsevnen var nedsat på grund af fysiske smerter, da de debuterede inden forsikringen blev tegnet.

Ankenævnet for forsikring afsagde kendelse den 26. juni 2019 hvorefter nævnet lagde til grund, at klagerens sygemelding og tab af erhvervsevne i det væsentlige må tilskrives stress.

Nævnet fandt endvidere, at en stress-tilstand som klagerens ikke kan anses som en psykisk sygdom og derfor ikke kunne være omfattet af forsikringsbetingelsernes punkt 2.2.5 om undtagelse af psykiske sygdomme.

Det blev herefter afsagt følgende kendelse:

'Selskabet, BNP Paribas Cardif Forsikring, skal anerkende, at afslaget på dækning med henvisning til undtagelsen vedrørende psykiske sygdomme er uberettiget, og selskabet skal genoptage sagsbehandlingen af sagen **med henblik på at yde dækning for det anmeldte erhvervsevnetab i henhold til forsikringsbetingelsen**'.

Forsikringsselskabet indbragte ikke denne afgørelse for domstolene indenfor 30 dage.

Højst overraskende modtog min klient derfor den 31. juli 2019 et brev direkte fra forsikringsselskabet, hvoraf fremgik, at sagerne var blevet vurderet på ny og der på ny var givet afslag på baggrund af, at erhvervsevnetabet var betinget af fysiske helbredsproblemer og at disse havde vist sig inden tegning af forsikringerne.

BNP Paribas Cardif Forsikring følger således ikke Ankenævnet for Forsikrings afgørelse af 26. juni 2019, hvor det blev fastslået, at årsagen til erhvervsevnetabet er begrundet i stress.

Jeg fremsendte den 29. august 2019 brev til BNP Paribas Cardif Forsikring, hvor jeg gennemgik Ankenævnets kendelse og anførte, at det fremgår fuldstændig tydeligt, at Ankenævnet for Forsikring har slået fast, at klagerens sygdom og tab af erhvervsevne i det væsentlige må tilskrives stress, hvorfor Selskabet gennemgang af de fysiske gener i det fornyede afslag af 31. juli 2019 er fuldstændig uden betydning for sagen.

Den 11. september 2019 anførte Forsikringsselskabet til mig, at vi har genbehandlet sagen og vi fastholder vores afslag, da kundens sygdom skyldes smerter i hele bevægelsesapparatet, og at disse smerter startede inden tegning af forsikringen den 1. maj 2017.

Som det fremgår af Ankenævnet for Forsikrings afgørelse af 26.07.2019 så har Ankenævnet for Forsikring allerede taget stilling til dette i sagen, idet det var en del af den tidligere sag.

Derudover har Ankenævnet for Forsikring i hændelsen, - som ikke af Forsikringsselskabet er indbragt for Domstolene indenfor 30 dage, lagt til grund, sygdommen og tab af erhvervsevne må tilskrives stress.

Jeg skal derfor nu anmode Ankenævnet for Forsikring om at pålægge Forsikringsselskabet at udbetale ydelser i henhold til den tegnede forsikring til min klient. "

Selskabet har i mail af 6/12 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Vi gav oprindeligt kunden afslag, da han anmeldte stress, og psykiske sygdomme ikke er dækket med mindre man har en diagnose fra en speciallæge i psykiatri.

Da vi fik afgørelsen fra jer vedr. denne klage, tog vi kontakt til en juridisk medarbejder i ankestyrelsen, som ved gennemgang af sagen gav os medhold i, at vi kunne genbehandle sagen.

Dette gjorde vi, og her lagde vi vægt på, at kunden og kundens advokat i deres klage, har påpeget flere gange, at kunden ikke var sygmeldt med stress, men derimod med smerter i hele bevægelsesapparatet. Da vi så genbehandler sagen ud fra dette, kan vi se, at kundens smerter i kroppen startede inden tegningen af forsikringen. Vi gav derfor et afslag, da kendskab til sygdom inden tegning

af forsikringen ikke er dækket. Vi har i afslagsbrevet fra den 11. september fremhævet, at kundens egen advokat fremhæver i sin klage, at kunden ikke er sygemeldt med stress men med smerter, og at advokaten i sin forklaring selv henviser til lægejournalen, hvor det fremgår at han i 2015 fik kraftigt traume mod højre fod, og det er afkræftet både ved læge og psykolog, at der skulle være tale om en psykisk sygdom."

Klagerens advokat har i brev af 16/12 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Det er direkte forkert, når det anføres fra Forsikringsselskabets side 'da vi så genbehandler sagen ud fra dette, kan vi se, at kundens smerter i kroppen startede inden tegningen af forsikringen'.

Det var en del af sagens behandling allerede inden Ankenævnet traf den første afgørelse af 26. juni 2019. Forsikringsselskabet gjorde nemlig subsidært gældende, at de fysiske smerter debuterede allerede i 2015, og at Forsikringen først blev tegnet 1. maj 2017. Det var derfor deres opfattelse, at der heller ikke kunne gives erstatning, hvis arbejdsevnen var nedsat på grund af fysiske smerter, da de debuterede inden forsikringen blev tegnet.

Jeg kan forstå på indlægget fra Forsikringsselskabet, at der har været en kontakt mellem forsikringsselskabet og en juridisk medarbejder i 'Ankestyrelsen'. Jeg går ud fra, at man mener Ankenævnet. Jeg skal anmode om aktindsigt i den korrespondance/telefonsamtale som har været mellem Forsikringsselskabet og den pågældende medarbejder.

Som anført i min klage af 8. november 2019 gør jeg derfor gældende, at Forsikringsselskabet er bundet af Ankenævnet for Forsikrings afgørelse af 26. juni 2019 og idet Forsikringsselskabet ikke indbragte denne afgørelse for Domstolen indenfor 30 dage.

Der er i det nye afslag, - som ovenfor anført, intet nyt. Der er tale om forhold, som allerede er gjort gældende overfor Ankenævnet for Forsikring, og som derfor allerede er truffet afgørelse om hos Ankenævnet for Forsikring én gang. "

Selskabet har den 27/1 2020 meddelt nævnet, at det ikke har yderligere kommentarer til sagen.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Et uddrag gengives i det følgende. Af selskabets brev af 31/7 2019 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget Ankenævnets kendelse om at genoptage sagerne. Begge sager er hermed vurderet på ny og afgørelserne er afslag på baggrund af følgende:

I henhold til betingelserne ydes der ingen udbetaling ved på baggrund af sygdom, symptomer, skader eller smitte der har vist sig inden tegning af forsikringerne.

I anmeldelse oplyses 100% sygdom 31. oktober 2017 og sygdommen er kommet snigende gennem ca. 4 måneder og du bemærkede de første symptomer 7. måned 2017

I journal den 5. juli 2017, erhvervet deformitet af ekstremitet og symptomer/klage fra højre fod for to år siden. Mistænker selv at der var brud i mellemfoden. Efterfølgende nedsunket forfod, kronisk hævelse og smerte i mellemfoden ved belastning. Er løber og må kompensere, hvorved

han får smerter i højre ydre hofte. Der har også tidligere været anisomeli (Definition: En ægte anisomeli foreligger, hvis der er forskel i absolut længde på de to underekstremiteter/Funktionel anisomeli foreligger ved bækkensænkning til en af siderne, selvom at den absolutte benlængde er ens) som følge af højresidig crus fraktur, med efterfølgende operativ korrektion. Tidligere lumbal discus prolaps med påvirkning af venstre side.

Den 8 august 2017 står: Aktionsdiagnose: Ledsmerter- epikrise fra el til højre siddige fodssmerter. PT er tidligere konservativt beh. For fraktur proximale phalanx 1 stråle 2010. I sommer direkte traume af højre fod, hvor pt. blev ramt af kasse med sodavand fra 1,5 m højde. Røntgen fra juli 2017 hø. Fod planer ubelastet viser ophealing af tidl. fraktur stråle.

[Klagers] advokat skriver: Jeg henviser endvidere til, at det fremgår af min klients egen læges journal, at han i 2015 fik et kraftigt traume mod højrefod, og at han siden har haft kronisk hævelse og smerter i foden. Det fremgår således også, af journaltilførsel af B. august 2017, at han er blevet henvist til ortopædkirurgisk ambulatorium netop på baggrund af de højresidige forfodssmerter.

Som tidligere anført fremgår det af konsultation den 21. november 2017, at min klient har smerter fra hele bevægeapparatet

Jf. betingelserne står følgende: For at kunne tegne forsikringen skal du på tegningstidspunktet: være indforstået med at, sygdom eller lidelser som du er bekendt med inden tegning af forsikringen ikke er dækket.

Jf. betingelserne står følgende i pkt. 2.2.5 Der udbetales ikke erstatning ved fuldt tab af erhvervsevne, som skyldes nogle af de følgende forhold: Sygdom, smitte, skade eller symptomer, som viste sig, inden du indtrådte i forsikringen (uanset om diagnosen først endeligt kunne stilles efter din indtrædelse i forsikringen), eller følger af disse gener.

Med henvisning til ovenstående må vi derfor desværre meddele dig, at vi ikke kan imødekomme dit ønske om forsikringserstatning.

Hvis du kan fremlægge nye oplysninger til sagen, kan disse fremsendes til os, hvorefter vi vil vurdere sagen på ny."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"2.2 Dækning ved fuldt tab af erhvervsevne

2.2.1 Ved fuldt tab af erhvervsevne* udbetales månedlige erstatning* med de undtagelser, som fremgår af pkt. 2.2.2-2.2.5.

...

2.2.5 Der udbetales ikke erstatning ved fuldt tab af erhvervsevne*, som skyldes nogle af de følgende forhold:

...

- Sygdom, smitte, skade eller symptomer,
 - o som viste sig inden den ansatte indtrådte i forsikringen (uanset om diagnosen først endeligt kunne stilles efter den ansattes indtrædelse i forsikringen), eller følger af disse gener, eller

o som den ansatte i et eller flere tilfælde i de 12 måneder umiddelbart forud for forsikrings/ændringens ikrafttræden har fået eller søgt konsultation eller behandling for hos en autoriseret læge.

...

- Psykiske sygdomme, med mindre sygdomme er diagnosticeret af en speciallæge i psykiatri. "

Nævnet udtaler:

Klageren har med ikrafttræden den 1/5 2017 tegnet sygeforsikringer, der dækker ved fuldt tab af erhvervsevnen. Han anmeldte den 11/12 2017, at han var sygemeldt på grund af stress. Af lægejournalen fra klagerens læge om klagerens konsultationer fremgår det, at klageren 1) den 5/7 2017 havde haft et "kraftigt traume mod højre fod for 2 år siden" med "efterfølgende smerter i mellemfoden ved belastning", 2) den 21/11 2017 havde "Smerter fra hele bevægeapp. Stresset", og 3) den 19/12 2017 havde "Overbelastningsreaktioner med symptomer fra bevægeapparatet grundet stress og nervøsitet. Anbefales psykologhjælp".

Selskabet har afvist at yde dækning primært med henvisning til, at forsikringen ikke dækker psykiske sygdomme, medmindre sygdommen er diagnosticeret af en speciallæge i psykiatri. Selskabet har endvidere afvist dækning med henvisning til, at klagerens fodsmerter er opstået i 2015, og at forsikringen ikke dækker skade eller symptomer, som har vist sig inden indtrædelse i forsikringen, eller følger af disse gener. Efter nævnets kendelse den 26/6 2019 i sag 93328, har selskabet fastholdt sin afvisning af dækning med henvisning til, at klagerens smerter i kroppen startede inden tegning af forsikringen.

Det fremgår blandt af nævnets kendelse i sag 93328, at "Nævnet lægger efter en gennemgang af sagen – herunder de lægelige bilag og skadesanmeldelsen – til grund, at klagerens sygemelding og tab af erhvervsevne i det væsentligste må tilskrives stress. Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på de begrænsede lægelige oplysninger om klagerens gener fra bevægeapparatet, samt hans egen angivelse til sygemeldingen i skadeanmeldelsen ... Nævnet finder, at en stress-tilstand som klagerens – uanset at den har medført en længerevarende sygemelding og et midlertidigt erhvervsevnetab – ikke kan anses som psykisk sygdom. Nævnet finder derfor, at det er

Ankenævnet for Forsikring

7.

94437

selskabet, der som koncipist af forsikringsbetingelserne, bærer risikoen for, at det ikke er tilstrækkeligt klart angivet, at erhvervsevnetab som følge af stresstilstande er undtaget dækning".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabets afslag på at yde dækning med henvisning til, at klagerens smerter i kroppen startede inden tegning af forsikringen, er uberettiget.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at nævnet i sag 93328 har lagt til grund, at klagerens sygemelding i det væsentligste må tilskrives stress, og at selskabet ikke har fremlagt nye lægelige oplysninger, der dokumenterer, at hovedårsagen til sygemeldingen og erhvervsevnetabet er smerter fra bevægeapparatet, som er opstået inden forsikringens ikrafttræden.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, BNP Paribas Cardif Forsikring, skal anerkende, at det har været uberettiget til at afvise at yde dækning med henvisning til, at klagerens symptomer fra bevægeapparatet er opstået inden forsikringernes tegning. Selskabet skal udbetale ydelser til klageren for det anmeldte erhvervsevnetab i henhold til forsikringsbetingelserne. Allerede forfaldne ydelser skal forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Klagegebyret tilbagebetales.

Peter Thønnings