

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 16. december 2020 blev i sag nr. 94849:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

PBU Pædagogernes Pensionskasse
Tuborg Boulevard 3
2900 Hellerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved kritisk sygdom. I klageskema af 12/2 2020 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

... Jeg har søgt og fået afslag på ansøgning om kritisk sygdom. Jeg har fået en type muskelsvind Chartot marie toth, og til trods for at den står på deres liste har jeg fået afslag med den begrundelse at de første symptomer viste sig udenfor dækningsperioden.

Men på deres hjemmeside kan man læse omkring kritisk sygdom at det er alene diagnose tidspunktet. Og jeg fik min diagnose i marts 2019 efter mange års udredning. Så deres afgørelse er ikke i tråd med deres egne regler. Jeg har prøvet og prøvet at komme igennem med den i min optik logiske forklaring, men kan ikke trænge igennem.

...

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At retfærdigheden sker fyldest. Har været en lang sej kamp, en ting er at blive ramt af sygdom, men at så skulle slås med dem bagefter er strengt."

Klageren har i mail af 10/6 2020 til nævnet bl.a. anført:

"I forhold til medlemsstatus har jeg jo været medlem da de første symptomer kom og er derfor berettiget til kritisk sygdom summen. Så afventer jeres snart længe ventede udbetaling."

Selskabet har i brev af 30/8 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"PBU – Pædagogernes Pension (herefter selskabet) har modtaget ankenævnets besked af 20. juli 2020.

Selskabet gennemgår derfor, ... (herefter klager) medlemskab, herunder hvilken periode klager var hvilende medlem, samt genoptagelse af klager i 2012.

For overblikkets skyld giver selskabet nedenfor et kronologisk sammendrag af sagen inkl. bilag.

Parternes påstande

Klager gør gældende, at klager er berettiget til udbetaling af sum for kritisk sygdom, da klager i 2019 fik stillet diagnosen hereditær motorisk sensorisk neuropati (Mb. Charcot-Marie-Tooth).

Selskabet har afvist, at klager er berettiget til udbetaling af sum kritisk sygdom, da det er selskabets opfattelse, at klager ikke opfylder betingelserne for udbetaling.

Sagsfremstilling

Medlemskab og genoptagelse

Klager er optaget i selskabet pr. 1. oktober 2005 jf. bilag 7, hvor selskabet har beskrevet medlemsforløbet fra 2007 og frem:

- 1. januar 2007 – 31. august 2012 Hvilende medlem
- 1. september 2012 – 31. januar 2013 Bidragsbetalende medlem (genoptagelse)
- 1. februar 2013 – 31. december 2014 Bidragsfri dækket
- 1. januar 2015 – 31. juli 2015 Bidragsbetalende medlem
- 1. august 2015 – 31. maj 2018 Bidragsfri dækket
- 1. juni 2018 – 31. maj 2020 Bidragsfritaget på grund af sygdom
- 1. juni 2020 - Bidragsfri dækket

Selskabets nuværende system kan alene trække data fra år 2007 og frem. Som bilag 8 vedlægges et print fra selskabets system, hvor medlemsforløbet fra 2007 og frem er medtaget som dokumentation for klagers medlemsforløb i selskabet (der henvises til bilag 7 for en tolkning af oversigten).

Det fremgår af bilag 7-8, at klager var hvilende medlem i (mindst) perioden fra 1. januar 2007 til den 31. august 2012, hvilket tillige bekræftes af bilag 9, som er pensionsoversigter for år 2008-2011. Det fremgår heraf, at klager ikke indbetalte til selskabet i den nævnte periode, herunder heller ikke til forsikringsdækninger.

Klager blev genoptaget i selskabet pr. 1. september 2012 og var bidragsbetalende frem til 31. januar

2013, hvor klager overgik til bidragsfri dækning. Klager har efterfølgende hhv. været bidragsbetalende og bidragsfri dækket jf. oversigten i bilag 7 og 8.

Sygdomsforløb

Efter genoptagelsen hos selskabet i 2012 ansøgte klager om udbetaling af sum for kritisk sygdom den 23. juli 2013 jf. bilag 6 side 46-47. Klager oplyste i ansøgningsskemaet at lide af kritisk sygdom i form af en polyneuropati, som klager ikke havde en endelig diagnose for, men klager angav år 2006 som diagnosetidspunkt/symptomdebut.

Selskabet gav afslag på klagers ansøgning om kritisk sygdom ved brev af 6. august 2013 jf. bilag 10. Afslaget var begrundet med, at klager havde en polyneuropati, som ikke var nærmere klassificeret, og at klager derfor ikke opfyldte betingelserne for udbetaling af sum for kritisk sygdom. Selskabet oplyste samtidigt, at hverken polyneuropati eller hereditær neuropati var medtaget på diagnoserliste ifølge selskabets dagældende forsikringsbetingelser.

I brev af 17. august 2013 jf. bilag 11 klagede klager over selskabets afslag på kritisk sygdom. Klager oplyste i klagebrevet, at han led af kritisk sygdom i form af polyneuropati, som progredierede, og som havde haft stor indflydelse på klagers liv både fagligt og privat de forudgående 6-7 år.

I forbindelse med selskabets behandling af sagen blev der indhentet lægemateriale jf. bilag 12. Lægematerialet går tilbage til 2007, og det fremgår af materialet, at klager allerede tilbage i 2007 havde gener i form af polyneuropati. Det fremgår også, at der var gradvis udvikling i klagers sygdom jf. bl.a. lægenotat af 16. marts 2010 (i bilag 12), hvor lægen noterede, at klagers tilstand progredierer fortsat.

Selskabet bad i 2013 ... om at oplyse, hvorvidt klager havde en mulig dækningsberettiget diagnose jf. bilag 13. Lægens svar af 19. september 2013 fremlægges som bilag 14, og det fremgår heraf, at klager havde en neuropati, som ikke sikkert var verificeret at være hereditær (arvelig). Lægen afkræftede desuden, at klager havde fået stillet en diagnose, som kunne være dækningsberettiget.

Selskabet meddelte i brev af 30. september 2013 jf. bilag 15 klager, at selskabet fastholdt sin afgørelse i sagen, hvorefter klager ikke var berettiget til udbetaling af sum for kritisk sygdom, da betingelserne, herunder diagnosekravet, ikke var opfyldt.

Klager sendte ca. to år senere brev af 17. november 2015 jf. bilag 16 med forespørgsel om, hvorfor klagers gener med polyneuropati ikke var medtaget på selskabets liste over kritiske sygdomme. Klager oplyste i brevet, at klagers neurologiske gener debuterede i 2005 ved, at klager trak lidt på det højre ben.

Klagers brev af 11. december 2015 jf. bilag 17 med yderligere klagebemærkninger, samt klagers brev af 7. januar 2016 jf. bilag 18 fremlægges til orientering.

Klager ansøgte igen om udbetaling af sum for kritisk sygdom i 2019, da klager fik stillet diagnosen hereditær motorisk sensorisk neuropati (tidligere mb. Charcot-Marie-Tooth). Selskabet indhente på ny lægemateriale jf. bilag 19.

Ved brev af 24. juli 2019 jf. bilag 20 gav selskabet afslag på dækning af kritisk sygdom til klager. Afslaget var begrundet med, at det ifølge selskabets forsikringsvilkår, jf. bilag 2 og 3, er et krav for dækning, at klager har fået stillet diagnosen i forsikringsperioden, men at det også er et specifikt krav for dækning af klagers kritiske sygdom, at symptomerne debuterede i forsikringstiden.

Selskabet begrundede afslaget med, at klager i 2019 fik diagnosen hereditær motorisk sensorisk neuropati type 5 med oplyst symptomdebut i 2005, hvilket var før dækningsperioden, som startede ved klagers genoptagelse i selskabet pr. 1. september 2012.

Selskabet modtog den 7. oktober 2019 en henvendelse fra klagers forsikringsrepræsentant jf. bilag 21, men selskabet har efter besvarelse ikke efterfølgende modtaget yderligere fra denne.

Selskabet modtog erklæring fra ... af 19. november 2019 jf. bilag 22, hvori lægen erklærer, at '(...) (klager) er første gang henvist til ... i april 2010 med diagnosen polyneuropati CIDP, men med CMT lignende symptomer. Var på dette tidspunkt fortsat i behandling for CIDP og CMT-diagnosen kunne ikke bekræftes. (...) (klager) er nu rediagnosticeret og genhenvist med CMT type 5, som nu kan genetisk bekræftes og han følges derfor i (...)’.

Klager bad efterfølgende selskabet om en revurdering af afslaget på kritisk sygdom jf. meddelelse af 3. december 2019 jf. bilag 23. Selskabet revurderede sagen og fastholdt sin afgørelse ved brev af 8. januar 2020 jf. bilag 24.

Klagehenvendelser fra klager af hhv. den 4. og 11. februar 2020, samt 6. og 16. marts 2020 fremlægges samlet som bilag 25.

Selskabet fastholdt igen sin afgørelse i klagesvar af hhv. 16. marts 2020 og 7. april 2020, der fremlægges som bilag 26 og 27.

Klager indgav klage til Ankenævnet forud for selskabets klagebehandling.

Selskabets stillingtagen til sagen (anbringender)

Til støtte for selskabets afslag på dækning af kritisk sygdom gøres det gældende, at klager alene er berettiget til udbetaling af sum for kritisk sygdom, hvis betingelserne for dækning i selskabets forsikringsbetingelser er opfyldt jf. bilag 3 og 4.

I henhold til forsikringsbetingelserne § 1 er det en forudsætning for dækning af kritisk sygdom, at klager har en diagnose, som er medtaget på selskabets liste over kritiske sygdom. Klagers diagnose 'hereditær motorisk sensorisk neuropati' (Charcot-Marie-Tooth) er medtaget på selskabets liste over kritiske sygdomme jf. forsikringsbetingelsernes § 8, litra K 'Visse typer af muskelsvind'. Det er desuden et generelt krav for dækning af kritisk sygdom, at diagnosen er stillet i forsikringstiden jf. forsikringsbetingelsernes § 2.

Udover diagnosekravet er klagers kritiske sygdom kun dækningsberettiget i henhold til forsikringsvilkårenes § 8 litra K, hvis diagnosen først er erkendt og stillet efter klagers fyldte 18. år.

Ligeledes fremgår det klart af selskabets vilkår jf. § 8 litra K, at: '(...) Dækning forudsætter, at det kan dokumenteres, at symptomerne er debuteret i forsikringstiden (...)'. Diagnosen skal ydermere være stillet på en neurologisk afdeling eller af en neurologisk speciallæge.

Klagers diagnose er stillet på en neurologisk afdeling i 2019, hvor klager var omfattet af forsikringsdækningen for visse kritiske sygdomme i selskabet. Diagnosen er således stillet i dækningsperioden og efter klagers fyldte 18. år.

Imidlertid er det yderligere et specifikt krav for dækning af klagers kritiske sygdom omfattet af forsikringsbetingelsernes § 8, litra K, at klager har haft symptomdebut i forsikringstiden. Det fremgår klart af forsikringsbetingelsernes § 3, at dækningsperioden begynder ved klagers optagelse eller genoptagelse i selskabet. Det fremgår også, at dækningsperioden ophører, som fastsat i regulativet jf. bilag 1 og 2, hvis klager overgår til hvilende medlem. Der henvises bl.a. til regulativets § 10.

Selskabet gør gældende, at klager ikke er berettiget til dækning af kritisk sygdom efter § 8, litra K, da klager var hvilende medlem (dvs. ikke bidragsbetalende og derfor ikke dækningsberettiget) i (mindst) perioden fra 1. januar 2007 frem til den 1. september 2012 jf. bilag 7, 8 og 9.

Da klager overgik til hvilende medlem, ophørte dækningen for kritisk sygdom, og klager fortsatte heller ikke indbetalingen for at opretholde forsikringen. Det betyder, at dækningsperioden - og dermed forsikringstiden - ophørte, da klager blev hvilende medlem. Dækningsperioden - og dermed forsikringstiden - begyndte således først fra klagers genoptagelse pr. 1. september 2012, og selskabet gør gældende, at klager havde symptomdebut før september 2012.

Til støtte for selskabets afgørelse i sagen gøres det gældende, at klagers læge vurderede, at klager havde symptomer på diagnosen hereditær motorisk sensorisk neuropati i 2010 jf. bilag 22, selvom det endnu ikke var muligt endeligt at stille den endelige diagnose på dette tidspunkt.

Selskabet gør derfor gældende, at klager ikke er berettiget til udbetaling af sum for kritisk sygdom for diagnosen hereditær motorisk sensorisk neuropati, da klagers dækningsperiode (forsikringstiden) først begyndte den 1. september 2012 og dermed efter klagers symptomdebut, som i hvert fald var til stede i 2010 jf. bilag 22.

Selskabet gør desuden gældende, at klagers ansøgning om kritisk sygdom tilbage i 2013 jf. bilagene 10 - 18, støtter selskabets opfattelse af, at klager havde symptomdebut allerede forud for klagers genoptagelse og dermed forsikringsdækning gældende fra 1. september 2012.

Det kan ikke i øvrigt ændre selskabets afgørelse i sagen, at klager angiver, at der kan være symptomdebut allerede tilbage ved klagers optagelse hos selskabet i 2005, idet selskabet fastholder, at forsikringen for kritisk sygdom først er gældende fra den 1. september 2012, da klager blev genoptaget i ordningen.

For god ordens skyld bemærker selskabet, at selskabet er berettiget til at fastsætte både generelle og specifikke kriterier for dækning af de forskellige diagnoser, som er medtaget på selskabets liste over kritiske sygdomme. Hvis ikke selskabet kunne fastsætte vilkår og rammer for dækningen, ville selskabets forøgede risiko ved at skulle dække alt kritisk sygdom medføre, at prisen for kritiske sygdomsforsikringen vil blive alt for høj for medlemmerne.

Selskabet har forståelse for klagers helbredsmæssige situation, men selskabet fastholder sin afgørelse i sagen, hvorefter klager desværre ikke er berettiget til dækning for kritisk sygdom, da betingelserne for dækning ikke er opfyldt."

Selskabet har herefter i supplerende brev af 14/9 2020 til nævnet bl.a. anført:

"PBU – Pædagogernes Pension (herefter selskabet) har efter selskabets seneste indlæg af 30. august 2020 haft mulighed for at gå tilbage i sagen og fremfinde dokumenter fra før 2007. Selskabet fremsender på den baggrund et supplerende indlæg med nye oplysninger i sagen.

Parternes påstande

Klager gør gældende, at klager er berettiget til udbetaling af sum for kritisk sygdom, da klager i 2019 fik stillet diagnosen hereditær motorisk sensorisk neuropati (Mb. Charcot-Marie-Tooth).

Selskabet har afvist, at klager er berettiget til udbetaling af sum for kritisk sygdom, da det er selskabets opfattelse, at klager ikke opfylder betingelserne for udbetaling.

Supplerende sagsfremstilling

Medlemskab og genoptagelse

Selskabet oplyste i seneste indlæg, at klager er optaget i selskabet pr. 1. oktober 2005 jf. bilag 7, hvor selskabet har beskrevet medlemsforløbet fra 2007 og frem:

- 1. januar 2007 – 31. august 2012 Hvilende medlem
- 1. september 2012 – 31. januar 2013 Bidragsbetalende medlem (genoptagelse)
- 1. februar 2013 – 31. december 2014 Bidragsfri dækket
- 1. januar 2015 – 31. juli 2015 Bidragsbetalende medlem
- 1. august 2015 – 31. maj 2018 Bidragsfri dækket
- 1. juni 2018 – 31. maj 2020 Bidragsfritaget på grund af sygdom
- 1. juni 2020 - Bidragsfri dækket

Selskabet skal herved rettelig korrigere disse oplysninger, da selskabet nu kan udlede af historikken, at klager blev optaget i selskabet allerede tilbage i 2002. Selskabets brev af 31. maj 2002 til klager vedlægges som bilag 28, og det fremgår af pensionsoversigten, at klager pr. 1. april 2002 var bidragsbetalende medlem.

Desuden fremlægges selskabets brev af 3. oktober 2002, jf. bilag 29, med bekræftelse på, at klagers bidragsbetaling ophørte den 1. august 2002. Det betyder, at klager overgik til hvilende medlem allerede i 2002.

I selskabets brev af februar 2004, jf. bilag 30, fremgår det af pensionsoversigten, at klager var hvilende medlem, og at klager ikke foretog indbetalinger til selskabet i 2003.

Den 27. oktober 2005, jf. bilag 31, sendte selskabet brev til klager med orientering om, at klager kunne vælge at overgå til en ny pensionspakke hos selskabet. Klagers valg herom blev bekræftet af selskabet ved brev af 23. november 2005, jf. bilag 32. Klager havde mulighed for at blive omfattet af gruppedækningen, herunder kritisk sygdom, som en del af den nye pensionspakke. Det fremgår klart, at det dog var en forudsætning for, at klager kunne få gruppedækningen inkl. kritisk sygdomsforsikring, at klager genoptog indbetalingen af pensionsbidrag, og at disse bidrag skulle overstige de samlede udgifter til præmie på gruppedækningerne.

Klager indbetalte ikke pensionsbidrag forud for sin genoptagelse i selskabet pr. 1. september 2012, og klager har derfor ikke på noget tidspunkt været omfattet af kritisk sygdomsforsikringen, før klagers genoptagelse i selskabet i september 2012. Dvs. at klager var hvilende – ikke bidragsbetalende – medlem i perioden fra 1. august 2002 frem til 1. september 2012.

Selskabet indførte først dækningen for visse kritiske sygdomme fra den 1. april 2003 og fremefter. Det fremgår af bilag 33, som er et anonymiseret medlemsbrev af maj 2003, der omtaler den nye dækning.

Selskabets supplerende stillingtagen til sagen (anbringender)

Til støtte for selskabets afslag på dækning af kritisk sygdom gøres det yderligere gældende, at klager var hvilende medlem i perioden fra 1. august 2002 og frem til 1. september 2012, og at klager

ikke var omfattet af dækningen for kritisk sygdom på noget tidspunkt forud for klagers genoptagelse i selskabet den 1. september 2012.

Selskabet bemærker, at produktet 'kritisk sygdom' først blev indført i selskabet i 2003 og frem, og klager blev først omfattet af kritisk sygdomsforsikringen, da han startede indbetaling af pensionsbidrag igen i september 2012.

Det fremgår klart af selskabets vilkår jf. § 8 litra K, at: ' (...) Dækning forudsætter, at det kan dokumenteres, at symptomerne er debuteret i forsikringstiden (...)' ... læge erklærede den 19. november 2019 jf. bilag 22, at '(...) [klager] er første gang henvist til ... i april 2010 med diagnosen polyneuropati CIDP, men med CMT lignende symptomer. Var på dette tidspunkt fortsat i behandling for CIDP og CMT-diagnosen kunne ikke bekræftes. (...) [klager] er nu rediagnosticeret og genhenvist med CMT type 5, som nu kan genetisk bekræftes og han følges derfor i (...)'.

Selskabet fastholder, at klager ikke er berettiget til udbetaling af sum for kritisk sygdom for diagnosen hereditær motorisk sensorisk neuropati, da klagers dækningsperiode (forsikringstiden) først begyndte den 1. september 2012 og dermed efter klagers symptomdebut, som i hvert fald var til stede i 2010 jf. bilag 22.

Selskabet afviser klagers påstand om, at han havde forsikringsdækning for kritisk sygdom allerede ved symptomdebut."

Klageren har i mail af 23/9 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg fastholder mit krav idet mine symptomer kom i en periode hvor jeg var medlem. Og hvad enten i kigger på diagnosedato eller symptomdato er jeg berettiget til sum for kritisk sygdom. Har aldrig set en så usympatisk behandling af et sygt medlem."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Nævnet har blandt andet modtaget et skærmbillede fremlagt af selskabet, hvoraf klagerens medlemsskabsforløb fra og med 1/1 2007 fremgår.

Af selskabets brev dateret februar 2004 til klageren fremgår det bl.a.:

"Vi sender hermed oversigten over dine pensioner i PBU pr. 1. januar 2004. Pensionsoversigten viser hvilke dækninger, du er omfattet af pr. 1. januar 2004, og de forudsætninger, der er anvendt ved beregningen af dækningerne.

...

Beregningsforudsætninger

Pensionsoversigten er beregnet den 21. januar 2004.

Medlemsstatus: Hvilende

Der indbetales ikke bidrag"

Af selskabets brev af 27/10 2005 til klageren fremgår bl.a.:

"I dag er ca. 40.000 medlemmer i PBU omfattet af en ny pensionspakke. Den pensionspakke har du nu også mulighed for at vælge.

Du sparer penge og får en højere alderspension

Når du ikke indbetaler til PBU, er du 'hvilende medlem'. Det betyder, at du har en (nedsat) risikodækning, som du betaler til i form af en mindre opsparing.

I den nye pensionspakke får du ingen invalidepension og udbetaling ved død, så længe du er hvilende medlem. Til gengæld skal du heller ikke betale for risikodækning. Derfor stiger din alderspension. Indbetaler du på et senere tidspunkt til PBU igen, vil du normalt blive omfattet af den fulde pensionspakke.

...

Det er et vigtigt valg, du nu skal træffe, og vi har udarbejdet en personlig beregning til dig. Det skal gøre det lettere for dig at tage stilling til, hvad der passer bedst til lige netop din situation."

Af selskabets brev af 23/11 2005 til klageren fremgår bl.a.:

" Vi bekræfter hermed dit valg af den nye pensionspakke.

...

Hvis du på et senere tidspunkt bliver omfattet af gruppedækningerne ved invaliditet, kritisk sygdom og død, vil du få tilsendt en ny pensionsoversigt. Det forudsætter, at der igen indbetales pensionsbidrag, og at disse overstiger den samlede præmie for gruppedækningerne"

Af klagerens lægejournal fremgår bl.a.:

"24-07-2018 12:00 ...

Notattekst

2008: ENG som viser sensomotorisk polyneuropati, som ikke kan klassificeres nøjere.

Neurofysiolog foreslog HNPP pga. påvirkning af nerver på områder, hvor de var trykudsatte.

2008: MEP/SEP visende både central og perifer nerveaffektion.

2012: Gentest HNPP negativ.

2012: Spinalvæskeus. som angives i jr. at være normal (må antage, at der er tale om normal totalprotein).

2012: ENG som konfirmerer sensomotorisk polyneuropati som ikke kan klassificeres nøjere.

2015: Udvidet gentest for CMT1A og CMT1 og CMT2. Negativ resultat. I jr. materiale henvist desuden til suralis biopsi, som ikke viser amyloid aflejring.

Som også foreslået flere steder i Neurofysiologisk og Neurologisk notat fra ... kunne der være tale om HMSN type 5, som er en genetisk neuropati med både perifer neuropati og central nervesystem affektion. Alternativt kan også overvejes om der var tale om en tilstand med CIDP med behandlingsresistens i kombination med en CNS affektion i retning af demyeliniserende sygdom (MS)."

14-12-2018 11:00 ...

Anamnese

Velfungerende indtil 2005. Siden aftagende funktion i specielt UE, men også OE, specielt den højre. ... Undersøgt på Neurofysiologisk afdeling i ... i 2008 og 2012 med ENG, EMG, MEP og SEP der har vist polyneuropati som ikke kan klassificeres nærmere, normale forhold ved EMG af m. vastus

medialis dxt., og både central og perifer affektion ved evokerede potentialer. Diagnosen HMSN type 5 blev foreslået pga kombineret CNS og PNS-påvirkning."

18-01-2019 14:30...

Notattekst

Neurofysiologisk undersøgelse udført i december måned og viser tydelig perifer neurogen affektion med reducerede ledningshastigheder i motoriske nerver uden ledningsblok, Det bemærkes, at der også er nedsat ledningshastigheder i sensoriske nerver (målt på OE).

...

Konklusion og plan

Konklusionen samlet må være, at han formentlig har en genetisk betinget perifer neuropati og i en variant, hvor der samtidig er CNS påvirkning."

"25-04-2019 09:30 ...

Notattekst

Telefonkons.:

Pt. ønsker at drøfte diagnose som er kategoriseret (CMT tilstande). På denne baggrund vil han evt. tage kontakt til muskelsvindfonden for at få en vurdering og støtte for sin situation. Dette kan herfra understøttes. Der diskuteres kort genetiske forhold med recessiv arvegang, hvilket gøre sandsynlighed for andre afficerede i familien lille fremadrettet."

Af lægeudtalelse af 19/11 2019 fremgår det bl.a.:

"[Klageren] er første gang henvist til ... i april 2010 med diagnosen polyneuropati CIDP, men med CMT lignende symptomer. Var på det tidspunkt fortsat i behandling for CIDP og CMTdiagnosen kunne ikke bekræftes. [Klageren] blev derfor afvist at kunne følges i ... da CIDP ikke hører under ... diagnosegrupper og han blev afsluttet i maj 2011. [Klageren] er nu rediagnosticeret og genhenvist med CMT type 5, som nu kan genetisk bekræftes og han følges derfor i ..."

Af pensionsregulativet fremgår bl.a.:

"§ 10 Medlemmer uden forsikringer eller med bortfald af forsikringer

...

Stk. 4. Forsikringerne før alderspensionering, undtagen engangsbeløb ved død, bortfalder ved overgang til hvilende medlemskab, jf. § 31.

Stk. 5. Invalidesum bortfalder ved udbetaling. Sum ved visse kritiske sygdomme bortfalder i henhold til PBU's til enhver tid gældende betingelser for forsikring ved visse kritiske sygdomme.

...

§ 31 Hvilede medlemskab

Stk. 1. Har medlemmet ikke valgt blandt de andre muligheder (§§ 27-29 og 32-33), overgår medlemmet til hvilende medlemskab, når den bidragsfri dækningsperiode ophører.

Stk. 2. Medlemmet bevarer ved overgangen til hvilende medlemskab retten til udbetaling ved alder samt retten til engangsbeløb ved død. Forsikringerne før alderspensionering, undtagen engangsbeløb ved død, bortfalder, jf. § 10."

Af forsikringsbetingelserne ved visse kritiske sygdomme fremgår bl.a.:

"§ 2 Det er en betingelse for dækning af kritisk sygdom, at sygdommen bliver diagnosticeret i dækningsperioden, jf. § 3. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, medlemmet får kendskab til diagnosen.

...

§ 3 Dækningsperioden begynder ved medlemmets optagelse/genoptagelse i PBU. Dækningsperioden ophører som fastsat i regulativet og senest, når medlemmet bliver hvilende medlem, når medlemmet er begyndt udbetaling af livsvarig alderspension eller ratepension, eller når medlemmet fylder 70 år.

...

§ 8 Ved kritisk sygdom forstås:

...

K. Visse typer af muskelsvind

Progressiv muskeldystrofi af en af typerne: Facio-/scapulo/-humeral dystrofi, Limb-girdle muskeldystrofi, Myastenia gravis, arvelig motorisk sensorisk neuropati (tidligere kaldet Mb. Charcot-Marie-Tooth) eller inklusionslegememyositis.

Dækningen forudsætter, at det kan dokumenteres, at symptomerne er debuteret i forsikringstiden. Krav: Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge.

Nævnet udtaler:

Klageren har ansøgt om udbetaling af summen ved visse kritiske sygdomme på baggrund af, at han i 2019 har fået stillet diagnosen arvelig motorisk sensorisk neuropati (Mb. Charcot-Marie-Tooth).

Klageren har til støtte for, at selskabet skal udbetale summen ved kritisk sygdom gjort gældende, at den type muskelsvind, som han lider af, er på selskabets liste over kritiske sygdomme. Klageren gør desuden gældende, at det alene er afgørende for dækningsspørgsmålet, hvornår han fik stillet diagnosen, da dette fremgår af selskabets hjemmeside, at han var omfattet af forsikringen, da diagnosen blev stillet i 2019, og at selskabet ikke er berettiget til at lægge vægt på, hvornår han oplevede de første symptomer af sygdommen.

Selskabet har afvist dækning under henvisning til, at klageren alene er berettiget til udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, hvis betingelserne for dækning i selskabets forsikringsbetingelser er opfyldte. Selskabet har anført, at klagerens diagnose er stillet på en neurologisk afdeling i 2019, og at diagnosen er stillet i dækningsperioden, men at det er et specifikt krav for dækning af klagerens kritiske sygdom, at klageren har haft symptomdebut i forsikringstiden.

Selskabet har over for nævnet i brev af 14/9 2020 anført, at klageren var hvilende medlem i perioden fra den 1/8 2002 til den 1/9 2012, og at klageren på denne baggrund ikke var omfattet af dækningen for kritisk sygdom, da klagerens symptomdebut senest var i 2010.

Af selskabets brev dateret februar 2004 til klageren fremgår det, at "Pensionsoversigten er beregnet den 21. januar 2004. Medlemsstatus: hvilende Der indbetales ikke bidrag"

Af selskabets brev af 27/10 2005 til klageren fremgår det, at "i dag er ca. 40.000 medlemmer i PBU omfattet af en ny pensionspakke. Den pensionspakke har du nu også mulighed for at vælge ... Når du ikke indbetaler til PBU, er du 'hvilende medlem'. Det betyder, at du har en (nedsat) risikodækning, som du betaler til i form af en mindre opsparing."

Af selskabets brev af 23/11 2005 til klageren fremgår det, at "vi bekræfter hermed dit valg af den nye pensionspakke. ... Hvis du på et senere tidspunkt bliver omfattet af gruppedækningerne ved invaliditet, kritisk sygdom og død, vil du få tilsendt en ny pensionsoversigt. Det forudsætter, at der igen indbetales pensionsbidrag, og at disse overstiger den samlede præmie for gruppedækningerne"

Det fremgår af klagerens lægejournal af 14/12 2018, at "Velfungerende indtil 2005. Siden aftagende funktion i specielt UE, men også OE, specielt den højre ... Undersøgt på Neurofysiologisk afdeling i ... i 2008 og 2012 med ENG, EMG, MEP og SEP der har vist polyneuropati som ikke kan klassificeres nærmere, normale forhold ved EMG af m. vastus medialis dxt., og både central og perifer affektion ved evokerede potentialer. Diagnosen HMSN type 5 blev foreslået pga kombineret CNS og PNS-påvirkning."

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 2, at "det er en betingelse for dækning af kritisk sygdom, at sygdommen bliver diagnosticeret i dækningsperioden, jf. § 3. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende og ikke det tidspunkt, medlemmet får kendskab til diagnosen" og efter § 3, at "dækningsperioden begynder ved medlemmets optagelse/genoptagelse i PBU. Dækningsperioden ophører som fastsat i regulativet og senest, når medlemmet bliver hvilende medlem,

når medlemmet er begyndt udbetaling af livsvarig alderspension eller ratepension, eller når medlemmet fylder 70 år."

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 8, hvad der forstås ved kritisk sygdom – herunder punkt K "visse typer af muskelsvind Progressiv muskeldystrofi af en af typerne: Facio-/scapulo-/humeral dystrofi, Limb-girdle muskeldystrofi, Myastenia gravis, arvet motorisk sensorisk neuropati (tidligere kaldet Mb. Charcot-Marie-Tooth) eller inklusionslegememyositis. Dækningen forudsætter, at det kan dokumenteres, at symptomerne er debuteret i forsikringstiden. Krav: Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge."

Nævnet finder, at det fremgår af forsikringsbetingelserne med tilstrækkelig klarhed, at det er et krav for at opnå dækning, at symptomerne på den sygdom, som klageren lider af, skal være debuteret i forsikringstiden. Nævnet finder, at klageren heroverfor ikke har godtgjort, at selskabet på andet grundlag skulle have bibragt ham en berettiget forventning om, at der ikke gælder et sådant krav.

Efter en gennemgang af sagen lægger nævnet til grund, at klageren fik stillet en dækningsberettigende diagnose i 2019, hvor det må lægges til grund, at forsikringen var i kraft.

Spørgsmålet er herefter, om forsikringen tillige var i kraft, da klageren oplevede de første symptomer på sygdommen.

Det fremgår af journalnotat af 14/12 2018, at "velfungerende indtil 2005. Siden aftagende funktion i specielt UE, men også OE, specielt den højre ... Undersøgt på Neurofysiologisk afdeling i ... i 2008 og 2012 med ENG, EMG, MEP og SEP der har vist polyneuropati som ikke kan klassificeres nærmere, normale forhold ved EMG af m. vastus medialis dxt., og både central og perifer affektion ved evokerede potentialer."

Ankenævnet for Forsikring

13.

94849

Det fremgår af klagerens pensionsoversigt fra februar 2004, at klageren pr. 21/1 2004 var hvilende medlem. Endvidere fremgår det af brev af 27/10 2005 – i forbindelse med muligheden for at der kan vælges en ny pensionspakke – at klageren havde status som hvilende medlem, og at det fremgår igen af selskabets brev til klageren af 23/11 2005 at klagerens status er hvilende medlem. Det fremgår af skærbillede over klagerens medlemsskabsforløb – fremlagt af selskabet – at klageren fra den 1/1 2007 til 31/8 2012 var hvilende medlem.

Nævnet finder på den anførte baggrund ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale sum ved kritisk sygdom under henvisning til, at klageren var hvilende medlem, da symptomerne på sygdommen debuterede.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen