

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 30. september 2020 blev i sag nr. 95125:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Skandia Link Livsforsikring A/S
Kay Fiskers Plads 9
2300 København S

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 13/4 2020 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg blev i et brev fra hospitalet, skrevet af Sundhedsdatastyrelsen, gjort opmærksom på at jeg kunne søge erstatning, hvilket jeg derfor har gjort. Skandia mener sagen er anmeldt senere end 3 år fra diagnosetidspunktet og derfor forældet. Jeg forsøgte på anmeldelsestidspunktet at finde e-mail adresse at sende anmeldelse til, men det var kun muligt via en formular på Skandia's hjemmeside. Jeg fulgte vejledningen på hjemmesiden og følte mig helt tryk ved at skaden var anmeldt. Jeg fik en mail fra Skandia på min anmeldelse d. 11. juni 2017, som jeg betragtede som en bekræftelse.

Efter nyt brev fra Sundhedsdatastyrelsen konkluderer jeg, at jeg ikke har hørt noget fra Skandia siden min første anmeldelse. Jeg kontakter Skandia for at høre til sagen, og de kan ikke finde sagen i deres systemer, og beder mig om at sende ny anmeldelse. Denne gang skal anmeldelse gøres på en printet, udfyldt og indscannet formular og den bliver sendt d. 9. maj 2019. Af brev fra Skandia den 3. juli 2019 står der, at de fra min journal kan se at jeg har haft blodprop d. 31. marts 2015, hvilket hænger sammen med anmeldelse 11. juni 2017.

Jeg har fra diagnosetidspunktet og frem til anden anmeldelse ikke haft overskud til at gøre mere og reagerede først igen, da brev fra Sundhedsdatastyrelsen kom igen. Jeg vedhæfter svar fra Skandia, det klip som jeg har af den initiale formular og Skandia's breve.

Jeg har løbende været i telefonisk dialog med Skandia.

Min egen konklusion, når jeg ser tilbage på sagsforløbet, er helt klart, at Skandia via en formular på deres hjemmeside har lokket mig til i god tro, at lave en anmeldelse, for så når det er for sent

at sige at sagen er forældet. Det er da helt klart, at når jeg henvender mig til mit forsikringssekskab, er det for at bruge min forsikring og få evt. erstatning, hvorfor skulle jeg ellers kontakte dem? Set i bagespejlet har Skandia ikke gjort noget for at hjælpe mig med anmeldelse, tvært imod har de logget mig til at tro at alt var i fineste orden.

Hvad vil du konkret opnå hos sekskabet?

Erstatning jævnfør forsikringspolicen."

Selskabet har i den 2/7 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Skandia, i det følgende benævnt sekskabet, har modtaget [klagerens], i det følgende klager, klage af 13. april 2020 over sekskabets afgørelse af 20. januar 2020, om afslag på dækning ved kritisk sygdom i anledning af koronararterie dissektion i hjertet i 2015.

Selskabet har den 24. april 2020 modtaget klagers supplerende bilag til klagen.

Selskabet har efterfølgende indhentet en udtalelse fra Center for Helbred og Forsikring, modtaget den 9. juni 2020.

Selskabet bemærker, at sekskabet frafalder kald og varsel.

Klagers påstand

Klager ønsker udbetaling ved visse kritiske sygdomme på baggrund af en koronararterie dissektion i hjertet i 2015.

Hun oplyser, at hun i et brev fra hospitalet skrevet af Sundhedsdatastyrelsen, var gjort opmærksom på, at hun kunne søge om erstatning, og at hun på anmeldelsestidspunktet forsøgte at finde en e-mail adresse at sende sin anmeldelse til, men at det kun var muligt via en formular på sekskabets hjemmeside.

Hun oplyser, at hun fulgte vejledningen og følte sig helt tryk ved, at skaden var anmeldt, og henviser til, at hun havde fået en mail fra sekskabet vedrørende sin anmeldelse den 11. juni 2017, som hun betragtede som en bekræftelse.

Frem til maj 2019 havde hun ikke har haft overskud til at gøre mere og reagerede først, da der kom brev fra Sundhedsdatastyrelsen igen. Hun konkluderede, at hun ikke havde hørt noget fra sekskabet siden sin første anmeldelse, og oplyser, at anmeldelsen denne gang skulle foretages på en printet, udfyldt og indscannet formular, der blev indsendt den 9. maj 2019.

Klager mener, at sekskabet i 2017 via en formular på sekskabets hjemmeside har lokket hende til i god tro til at lave en anmeldelse og til at tro, at alt var i fineste orden, for så, når det var for sent, at sige, at sagen var forældet.

Selskabets påstand

Selskabet bemærker, at det altid har været muligt at kontakte sekskabet både telefonisk og via almindelig post med henblik på anmeldelse af en forsikringsbegivenhed og andre spørgsmål til forsikringsdækningen.

Herudover har klager haft mulighed for at anmelde sin skade via selskabets hjemmeside.

I alle tilfælde er det et krav, at den forsikrede udfylder og indsender en ansøgningsblanket om udbetaling ved visse kritiske sygdomme enten elektronisk eller med almindelig post.

Den 31. marts 2015 fik klager en spontan koronararterie dissektion (SCAD), der kan sidestilles med et AMI (blodprop i hjertet).

Den 1. juni 2017 gemte klager en midlertidig formular på Skandia.dk. Hun indsendte imidlertid først en anmeldelse af sygdommen til selskabet på en ansøgningsblanket underskrevet den 7. maj 2019, som selskabet modtog den 13. maj 2019.

Da selskabet først har modtaget klagers anmeldelse mere end 4 år efter diagnosedatoen, er kravet forældet.

Selskabet henviser til forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, forældelseslovens §§ 2 og 3, og forsikringsbetingelserne punkt 5, hvorefter retten til udbetaling i forbindelse med en dækningsberettiget sygdom bortfalder, hvis kravet rejses tre år eller mere efter diagnosedidspunktet.

Selskabet henviser ligeledes til, at det er den forsikrede, der har bevisbyrden for, at der foreligger et dækningsberettiget krav, der er rettidigt anmeldt.

Selskabet henviser desuden til Ankenævnets praksis ved tidligere kendelser i sag nr. 88288, 87077 og 94288.

Dækning

Klager blev 1. februar 2011 omfattet af en firmapensionsordning med forsikringsdækning ved visse kritiske sygdomme.

Forsikringen giver ret til udbetaling af en forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, hvis den forsikrede opfylder de specifikke diagnosekriterier i forsikringsvilkårene.

Retten til udbetaling bortfalder, hvis forsikringskravet rejses tre år eller mere efter sygdommen er diagnosticeret.

Den forsikrede har bevisbyrden for, at der foreligger en dækningsberettiget diagnose, og at kravet er anmeldt indenfor 3 år fra diagnosedatoen.

...

Sagsforløb

Den 31. maj 2015 blev klager indlagt på [hospital] på grund af hjertesmerter og AMI (akut myokardieinfarkt).

Den 1. april 2015 fik hun foretaget en venstresidig hjerteundersøgelse KAG, som viste 1-karssygdom med dissektion hjertekranspulsåren LAD(...), som var for spinkelt til PCI (ballonudvidelse).

Den 13. maj 2019 modtog selskabet klagers ansøgning dateret den 7. maj 2019, om udbetaling ved visse kritiske sygdomme på baggrund af hjertesmerter og coronar dissektion i 2015. Ansøgningen er fremlagt af klager.

Den 23. maj 2019 meddelte selskabet klager, at selskabet havde anmodet om oplysninger fra [hospital]. Selskabet gjorde opmærksom på forældelsesreglerne, hvorefter krav om udbetaling ved visse kritiske sygdomme skal fremsættes inden tre år efter det tidspunkt, hvor en dækningsberettiget sygdom er blevet diagnosticeret, og at den anmeldte koronardissektion i 2015 ikke var dækket af forsikringen, men at selskabet indhentede hendes journal for at se, om der kunne være diagnoser, som var omfattet af forsikringen. Brevet fremlægges som bilag B.

Det fremgår af journaloplysninger vedrørende perioden 31. marts 2015 - 14. april 2019 fra [hospital] og [hospital] fremlægges som bilag C, at klager:

Den 31. marts 2015 blev indlagt med henblik på KAG+ evt. PCI u.d. Non-ST-elevations AMI - non-Q-tak (...) (grundet) centrale, trykkende og knugende brystmerter, ledsaget af åndenød og kvalme. (...)

Den 1. april 2015 fik foretaget en hjerteundersøgelse KAG, som viste 1-karssygdom med dissektion på distale segment af LAD (...). Det afficerede segment (var) for spinkelt til PCI (ballonudvidelse). (...) Det fremgår af udskrivningsbrevet, side 6, at der var tale om en stenose (forsnævring) (...) på 80 procent. Konsekvens: medicinsk behandling.

Den 21. maj 2016, at klager på ny blev indlagt på grund af brystmerter, som et trykkende ubehag over brystet (...) Symptomerne mindede om de i 2015, men var ikke lige så slemme. (...) Konklusion og Plan:(...) indlagt pga. brystmerter. Debut i går (...). Nu smertefri. EKG uden iskæmi (manglende iltforsyning) (...) Indlagt obs. AKS (akut koronar syndrom). (...)

Den 14. september 2019, at klager på ny blev indlagt med AKS (som blev) afkræftet med normale markører. (...)

Den 3. juli 2019 meddelte selskabet klager, at hendes anmeldelse var modtaget mere end 3 år efter, at diagnosen blev stillet, og at kravet derfor var forældet. For en god ordens skyld gjorde selskabet opmærksom på, at selskabet ikke havde vurderet hvorvidt diagnoserne var dækningsberettigede eller ej. Afgørelsen er fremlagt af klager.

Den 11. august 2019 skrev klager til selskabet og oplyste, at hun havde anmeldt skaden via selskabets hjemmeside den 11. juni 2017, og at hun derfor ikke mente, at den kunne være forældet. Mailen er fremlagt af klager.

Den 22. september 2019 videresendte klager en mailbekræftelse af 11. juni 2017 fra selskabets webportal. Hun oplyste samtidig, at der i selskabets brev af 3. juli 2019 var flere faktuelle fejl i forhold til hendes sygdomsforløb. Det fremgår af mailbekræftelsen af 11. juni 2017, at klager midlertidigt havde gemt en formular på skandia.dk, at den ville blive gemt i 30 dage, hvorefter den ville blive slettet automatisk. Klagers mailen og mailbekræftelsen fra selskabets web-portal er fremlagt af klager.

Den 4. november 2019 meddelte selskabet klager, at selskabet fastholdte afslaget, da kravet var anmeldt mere end 3 år efter, at diagnosen blev stillet. Selskabet gjorde opmærksom på, at mailen af 11. juni 2017 ikke var en bekræftelse på, at hun havde sendt en anmeldelse til selskabet, og hvis det var en anmeldelsesformular hun havde gemt på selskabets hjemmeside, var den blevet slettet igen efter 30 dage, fordi hun ikke aktivt var gået ind på den igen og sendt den. Afgørelsen er fremlægges som bilag D.

Den 31. december 2019 klagede klager over afgørelsen, og oplyste på ny, at diagnosen blev stillet i 2015 og anmeldt til selskabet den 11. juni 2017. Hun var derfor uforstående overfor, at dækningen blev afslået grundet sen anmeldelse.

Den 28. januar 2020 meddelte selskabet på ny klager, at selskabet fastholdte sin afgørelse, da kravet var anmeldt mere end 3 år efter, at diagnosen blev stillet og hun fik kendskab til denne og dermed sit eventuelle krav mod selskabet. Selskabet bemærkede, at oprettelsen af en midlertidig formular ikke var tilstrækkelig til at anmelde en skade, og at mailen fra selskabets web-portal den 11. juni 2017 ikke var en bekræftelse på, at hun havde sendt en anmeldelse til selskabet. Afgørelsen er fremlagt af klager.

Den 13. april 2020 klagede klager til Ankenævnet for Forsikring.

Selskabet har efterfølgende forelagt sagen for Center for Helbred og Forsikring med henblik på en uvildig vurdering af, om klager opfylder de medicinske betingelser for udbetaling ved visse kritiske sygdomme indenfor den 3-årige forældelsesfrist.

Det fremgår af svar af 25. maj 2020 fra Center for Helbred og Forsikring, at de helbredsmæssige kriterier ved visse kritiske sygdomme var opfyldte i forhold til AMI i marts 2015, hvor klagers havde en spontan koronararterie dissektion (SCAD), der kunne sidestilles med et AMI (blodprop i hjertet). Svaret fremlægges som bilag E.

Konklusion

Der er enighed om, at klagers akutte koronararterie dissektion den 31. marts 2015 opfylder de helbredsmæssige diagnosekriterier for udbetaling i henhold til forsikringsbetingelserne.

Der er imidlertid ikke enighed om, hvorvidt diagnosen er rettidigt anmeldt.

Selskabet bemærker, at klager den 11. juni 2017 modtog et autosvar, der alene bekræftede, at hun midlertidigt havde gemt en formular på Skandia.dk, som ville blive slettet efter 30 dage. Hun modtog ikke en bekræftelse på, at hun havde indsendt en anmeldelse.

Selskabet modtog først en anmeldelsesblanket i udfyldt stand den 13. maj 2019.

Klager har således ikke løftet bevisbyrden for, at hun har anmeldt diagnosen inden udløbet af den 3-årige forældelsesfrist.

Selskabet bemærker, at klager har bevisbyrden for, at betingelserne for udbetaling er opfyldt, og skaden er rettidigt anmeldt."

Klageren har den 14/7 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Tak for det tilsendte brev og bilag fra Skandia.

Jeg ser for første gang at min diagnose er vurderet og accepteret, som berettiget til erstatning i Skandia's brev bilag E fra den 25.maj 2020, hvilket Skandia åbenbart har opfattet som nødvendigt selvom de fastholder forældelsesfristen.

I bilag B fra 2019 står at de ikke dækker koronararterie dissektion som jeg har anmeldt, men i deres brev fra den 2.juli 2020 står at koronararterie dissektion kan sidestilles med blodprop i hjertet.

Jeg forstår at Skandia stadig ikke vil acceptere min anmeldelse af 1. juni 2017 via deres gamle hjemmeside, men jeg kontakter dem jo udelukkende fordi jeg ønsker at anmelde. Mit lange forløb er for mit vedkommende grundet i, at jeg ikke vidste at jeg kunne søge erstatning først da sygehuset skriver det til mig i 2017, bliver jeg opmærksom herpå. Og da jeg ikke er klar over deres behandling af en anmeldelse, har jeg ikke rykket for svar. Jeg er flere gange blevet ringet op af en sygeplejerske fra Skandia om at sagen var forældet, men samtidig nævnte samme sygeplejerske også at den hjemmeside som jeg havde brugt til anmeldelsen var forældet, fejlbehæftet, og præget af at der har været sammenlægning af nogle selskaber.

Da jeg anmeldte skaden, stolede jeg på at Skandia's hjemmeside ville føre mig trygt gennem et anmeldelse forløb, hvilket jeg nu må indse at Skandia ikke mener at deres hjemmeside kunne håndtere, selvom jeg følte mig tryk i at anmeldelse var indgivet korrekt.

Jeg forstår simpelthen ikke at Skandia kan vejlede mig via deres hjemmeside til IKKE at anmelde en skade, det virker mildt sagt uanstændigt."

Af klagerens udfyldte og midlertidig gemte formular om kritisk sygdom den 9/5 2017 fremgår det bl.a., at:

"Dine symptomer eller skade og behandling

Hvad fejler du?

Indlagt og fået konstateret blodprop i hjertet.

Hvornår kom du til skade eller startede symptomerne?

01.04.2016

Hvilken behandling/undersøgelse mener du, der er brug for?

Andet

Andet:

Det er en skade fra sidste år hvor jeg er blevet gjort opmærksom på fra Sundhedsdatastyrelsen om mulig kritisk sygdoms dækning."

Ankenævnet for Forsikring

7.

95125

Af selskabets mail til klagerens udfyldte og gemte midlertidige formular på selskabets hjemmeside af 11/6 2017 fremgår det af beskæftigelsesmail fra selskabet bl.a., at:

"Kære kunde
Du har midlertidigt gemt en formular på Skandia.dk
Den kan du finde frem igen ved at gå ind på
<https://support.skandia.dk/apps/anmeldskade/?hent=show>
Der skal du bruge din e-mail adresse, ..., og din kode, '...'.
Din formular gemmes i 30 dage hvorefter den slettes automatisk.
Med venlig hilsen
Skandia"

Ved ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme af 7/5 2019 fremgår det bl.a., at:

"1 Hvad er sygdommens navn/diagnose?
Coronar Dissektion

2 Hvornår havde du første gang symptomer på sygdommen, og hvilke symptomer havde du?
Dato: 1/4 – 2015
Symptomer: Hjertesmerter

3 Hvornår henvendte du dig første gang til en læge i forbindelse med sygdommen, og hvem henvendte du dig til?
Dato: 1/4 -2015 ...

4 Hvor er du blevet undersøgt/behandlet i forbindelse med sygdommen?
Dato: 1/4 2015"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"2.2. Betingelser for dækning

Det er en betingelse for udbetaling af en forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, at forsikrede får stillet en dækningsberettiget diagnose i perioden fra forsikringen træder i kraft til forsikringen ophører (i det følgende benævnt 'forsikringstiden'), dog tidligst efter udløbet af en eventuel karenperiode. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen.

...

3 a. Blodprop i hjertet - spontant myokardieinfarkt relateret til iskæmi (type 1 AMI)

Et akut opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv, som følge af pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.

...

5. Forældelse

Et krav om udbetaling ved visse kritiske sygdomme skal fremsættes inden tre år efter det tidspunkt, hvor en dækningsberettiget sygdom er blevet diagnosticeret. Hvis kravet rejses tre år eller mere efter diagnosetidspunktet, bortfalder retten til udbetaling i forbindelse med den konkrete dækningsberettigede sygdom."

Nævnet udtaler:

Klageren har anmeldt, at hun i 2015 havde koronararteriedissektion i hjertet. Klageren er utilfreds med, at selskabet ikke har udbetalt summen ved kritisk sygdom. Klageren anfører, at hun gik ud fra, at hun havde anmeldt forsikringsbegivenheden rettidigt, at da hun den 11/6 2017 udfyldte og gemte en midlertidig formular på selskabets hjemmeside og modtog en mail, hvoraf fremgik, at formularen var modtaget af selskabet. Klageren anmeldte skaden igen pr. brev den 7/5 2019, da hun telefonisk rykkede selskabet for sagen og erfarede, at selskabet ikke havde noteret noget om hendes anmeldelse.

Klageren har uddybende anført, hun i 2017 forgæves prøvede at finde en e-mail adresse, som hun kunne sende en anmeldelse til. Hun kunne alene finde en formular på selskabets hjemmeside som hun forsøgte at uploade. Hun har anført, at hun fulgte vejledningen på hjemmesiden og følte sig helt tryk ved, at skaden var anmeldt, da hun modtog en mail fra selskabet den 11/6 2017, som hun anså som en bekræftelse på at anmeldelsen var modtaget af selskabet. Klageren har endvidere anført, at hun i perioden mellem den 11/6 2017 og den 9/8 2019 ikke har haft overskud til at gøre mere ved sagen.

Selskabet har afvist at udbetale summen under henvisning til, at klagerens krav var forældet forud for, at selskabet den 13/5 2019 modtog anmeldelse på en underskrevet ansøgningsblanket. Selskabet henviser til det modtog anmeldelsen senere end 3 år efter diagnostidspunktet, jf. herved forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, forældelseslovens §§ 2 og 3, og forsikringsbetingelserne pkt. 5. Selskabet har uddybende over for nævnet blandt andet anført, "Der er enighed om, at klagers akutte koronararterie dissektion den 31. marts 2015 opfylder de helbredsmæssige diagnosekriterier for udbetaling i henhold til forsikringsbetingelserne. Der er imidlertid ikke enighed om, hvorvidt diagnosen er rettidigt anmeldt. Selskabet bemærker, at klager den 11. juni 2017 modtog et autosvar, der alene bekræftede, at hun midlertidigt havde gemt en formular på Skandia.dk, som ville blive slettet efter 30 dage. Hun modtog ikke en bekræftelse på, at hun havde indsendt en anmeldelse. Selskabet modtog først en anmeldelsesblanket i udfyldt

Ankenævnet for Forsikring

9.

95125

stand den 13. maj 2019. Klager har således ikke løftet bevisbyrden for, at hun har anmeldt diagnosen inden udløbet af den 3-årige forældelsesfrist".

Af selskabets mail til klageren af 11/6 2017 fremgår bl.a., "Kære kunde, Du har midlertidigt gemt en formular på Skandia.dk. Den kan du finde frem igen ved at gå ind på [link]. Der skal du bruge din e-mail adresse, ..., og din kode, '...'. Din formular gemmes i 30 dage hvorefter den slettes automatisk. Med venlig hilsen Skandia".

Af Forsikringsbetingelserne pkt. 5 fremgår det bl.a., at: "Et krav om udbetaling ved visse kritiske sygdomme skal fremsættes inden tre år efter det tidspunkt, hvor en dækningsberettiget sygdom er blevet diagnosticeret. Hvis kravet rejses tre år eller mere efter diagnosetidspunktet, bortfalder retten til udbetaling i forbindelse med den konkrete dækningsberettigede sygdom".

Efter forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, og forældelseslovens § 2, stk. 1, og § 3, stk. 1, gælder en 3-årig forældelsesfrist, der skal regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor klageren kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning for kritisk sygdom.

Efter en gennemgang af sagen finder, at klageren ikke har godtgjort, at hun i forbindelse med udfyldelsen af en formular på selskabets hjemmeside i 2017, som hun midlertidigt gemte, fik oplysning om eller på anden måde fik en berettiget forventning om, at handlingen kunne anses som en anmeldelse til selskabet af den kritiske sygdom.

Nævnet finder på denne baggrund ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale summen ved kritisk sygdom under henvisning til, at kravet var forældet for klagerens anmeldelse, som selskabet modtog den 13/5 2019.

Nævnet har lagt vægt på, at klageren fik oplysning om diagnosen i 2015, at det af mailen som klageren modtog i 2017 alene fremgik, "Du har midlertidigt gemt en formular på Skandia.dk",

Ankenævnet *for* Forsikring

10.

95125

og at selskabet først modtog anmeldelsen om forsikringsbegivenheden mere end 3 år efter klageren var blevet diagnosticeret.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings', is written over a light blue rectangular background.

Peter Thønnings