

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 31. august 2022 blev i sag nr. 97866:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sygedriftstabsforsikring. I klageskema af 9/2 2022 til nævnet har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Afslag af 2 omgange.

Fejlinformation ved køb af forsikring, samt at man ikke er lydhør overfor at der er fejl i patientjournalen. Samt at vi ikke fik betingelser udleveret ved køb af assurandør

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At forsikring dækker grundet misinformation fra assurandør ved køb af forsikring, bl.a. at man ikke krævede helbredsoplysninger."

Selskabet har i kommentar af 14/2 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Denne kunde, [virksomhed], er en erhvervskunde, der ikke har mulighed for at klage til Ankenævnet for Forsikring.

Topdanmark skal derfor venligt bede om, at sagen bliver afvist.

Forsikringstageren, [virksomhed], cvr.nr..., har tegnet en erhvervsforsikring med det omhandlede policenummer: ... Der henvises til Ankenævnet for Forsikrings hjemmeside, hvoraf det fremgår: 'Hvornår kan du klage over en afgørelse fra et forsikrings- eller pensionsselskab?

...

Klagen skal vedrøre privatlivets forsikringsforhold – den skal altså ikke vedrøre dit erhverv.'

Klageren er repræsenteret ved sin mor, advokat ..., og klagerens repræsentant er velkommen til at kontakte skadeafdelingen vedr. sagen. Jeg har noteret mig, at der er svaret 'nej' til, at repræsentanten er advokat, hvilket sikkert beror på det nære familieforhold.

I skadeafdelingen vil man også kunne hjælpe med fx at sende de gældende forsikringsvilkår til klageren og dennes repræsentant. I den forbindelse kan det bemærkes, at man i almindelighed må påregne, at der findes forsikringsbetingelser/regulativer mv., der nærmere beskriver, hvordan en forsikringsdækning, evt. hvad der ikke dækkes, jf. fx kendelse nr. 69078, 77810 og 79334. Derfor er det da også anført i klagerens bilag 1: 'Dette er et salgsmateriale, hvor der ikke er plads til alle detaljer om forsikringen. Vil du vide det hele, skal du læse forsikringsbetingelserne. Du finder dem på www.topdanmark.dk' "

Selskabet har i kommentar af 2/3 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Vi fremsender hermed vores første høringssvar i sagen inkl. 14 bilag. Svaret bedes delt med klager.
I forhold til tidligere anmodning i portalen, så vil vi lade det være op til nævnet at vurdere, om sa-
gen kan behandles af nævnet."

Selskabet har i brev af 25/2 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Sagen handler om, at [virksomhed] v/[klageren] anmelder en sygemelding i forbindelse med ryg gener til forsikringen, hvorfor klageren retter et krav om erstatning for sygedriftstab på den tegnede forsikring.

Vi har afvist klagerens krav, da vi mener, at den pågældende sygemelding hos ... [sikrede] og heraf erhvervsarbejdsdygtighed skyldes forudbestående gener, som er diagnosticeret forinden indtegnning af forsikringen.

Der er derfor tale om en tvist mellem klager og selskabet i forhold til forsikringsaftalens indgåelse, og om klagerens sygdom/lidelse er diagnosticeret forinden forsikringens ikrafttrædelse.

Her følger fakta om forsikringen

Klageren har tegnet en sygedriftstabsforsikring for enkeltmandsvirksomhedens med Cvr-nr. ..., hvor den sikrede som, også er virksomhedsejer, er sikrede på policen.

Der bliver tegnet en dækning for klagerens eventuelle driftstab og rimelige nødvendige og dokumenterede meromkostninger, som følge af den sikredes hele eller delvise erhvervsudygtighed grundet sygdom eller ulykkestilfælde (bilag 1 – Forsikringsaftale fra den 27.02.2018).

De gældende vilkår er; Sygedriftstab – 9918-2 november 2020 (bilag 2 – vilkår).

Der gælder ingen selvrisiko for forsikringen, men det tab, der måtte være de første 3 uger, er ikke omfattet af forsikringen, jf. punkt 45870.10.

Sådan har sagsforløbet været

Klageren anmelder skriftligt på vores hjemmeside den 1. september 2021, at den sikrede i forbindelse med udførsel af sit arbejde den 18. august 2021 fik et vrid i ryggen pga. mistet balance, hvilket medførte smerter og at der forud for uheldet ikke har været problemer med samme skade.

I tillæg til anmeldelsen vedhæfter klageren en journal fra [hospital 1], hvor det fremgår, at sikrede blev undersøgt med en CT-skanning af rygsøjlen (columna thoracalis) den 22. august 2022 og med en MR-scanning hos [hospital 2] af lændehvirvler (columna lumbalis) den 24. august 2022 (bilag 3 – anmeldelse 01.09.2021).

Vi bekræfter herefter, at anmeldelsen er modtaget, og uddyber vi har brug for samtykke, så vi kan indhente den sikredes lægeoplysninger. Vi gennemgår overfor klageren, hvorfor vi har brug for lægeoplysninger, og at forsikringen ikke dækker forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, som har været til stede før indtegningen eller i en 6 måneders karenperiode efter forsikringen, er indtegnet (bilag 4 – Bekræfter modtagelse af anmeldelsen 03.09.2021).

Det er samtidig vores vurdering, at sikrede lider af væsentlige forudbestående sygdomsanlæg ud fra bl.a. de vedlagte lægejournaler i anmeldelsen, hvorfor vi anmoder om et samtykke 5 år før den 18. august 2021. Sikrede giver herefter sit samtykke digitalt den 3. september 2021, hvor det eksplicit fremgår, at samtykket omfatter oplysninger for en periode på 5 år forud for tidspunktet for den anmeldte sygdoms opstående. Det fremgår endvidere af samtykket, at der også kan indhentes oplysninger, som ligger forud for den i samtykket accepterede periode, hvis der foreligger en konkret begrundelse (se bilag 5 – Samtykke 03.09.2021)

Vi modtager sikredes journaler fra den praktiserende læge den 24. september 2021 (Se bilag 6 – journaler 21.02.2019 – 02.09.2021), hvor det fremgår, at sikrede forud for den anmeldte hændelse den 18. august 2021 har haft forudbestående lidelser i hans ryg. Vi meddeler herefter sikredes læge, at vi har modtaget de fremsendte journaler, og det af disse fremgår, at sikrede er kendt med mangeårige rygproblemer, hvorfor vi beder om en journal fra den 1. januar 2011 og frem (se Bilag 7 – Anmoder læge om yderligere journaler 30.09.2021).

Herefter modtager vi en e-mail fra sikrede, hvor han udtrykker forundring over, at vi ønsker journaler længere tilbage i tiden end først anmodet. Sikrede fremfører desuden, at hændelsen den 18. august 2021 medførte nye gener, og vi har solgt Sygedriftstabsforsikringen med oplysning om, at der ved indtegning ingen helbredsoplysninger var påkrævet, og at forsikringen tilbyder en konstant erstatning uden dokumentation (se bilag 8 – E-mail fra sikrede 05.10.2021)

Vi undersøger ovenstående med klagerens assurandør, som svarer, at han ud fra det indsendte fra klageren kan se, at klageren har fået udleveret et fakta ark, og dermed orientering om vilkår for forsikringen. Det skal her bemærkes, at assurandøren har sendt sin besvarelse med rødt nederunder sagsbehandlerens seneste svar i forespørgsel (Se Bilag 9 – Svar fra assurandøren 14.10.2021).

Vi modtager herefter yderligere journaler fra sikredes praktiserende læge (se Bilag 10 – journaler fra læge 10.09.2010 – 05.10.2021). Af disse fremgår det bl.a. i et lægenotat af den 27. juli 2015, at sikrede har kontakt med skadestuen, da sikrede pådrager sig et vrid i sin lumbale del af ryggen, idet han er ved at falde på sit badeværelse. Der bliver kort efter foretaget en MR-scanning med

resultat den 29. juli 2015, som viste sikredes symptomer er forenelig med den diskusprolaps, som trykker på S1 nerverødderne.

På baggrund af de indhentede lægeoplysninger, så afviser sagsbehandleren dækning på forsikringen overfor klageren med begrundelse om, at sygdommeldingen skyldes forudbestående kroniske ryglidelser, som har stået på i mange år (Se bilag 11 – Afvisning 05.11.2021)

Klageren sender en klage til selskabet den 19. december 2021, hvor klageren oplyser, at han ikke er enig i notaterne i lægejournalerne, og at han er blevet misvejledt ved købet af forsikringen, idet han troede selskabet ikke kiggede på hvad sikrede evt. fejlede forud for indtegningen (Se bilag 12 – Indsigelse fra kunden 19.12.2021)

Selskabet fastholder sin afgørelse den 10. januar 2022 (Se bilag 13 – Selskabet fastholder afgørelsen 10.01.2022), hvorefter klageren klager til Ankenævnet For Forsikring.

Her får I vores syn på sagen

Det følger af sagsforløbet, at klagen har tegnet en forsikring, og vi gør gældende, at forsikringen ikke dækker pga. en undtagelse ved forudbestående gener. Det er derved selskabet, som har bevisbyrden for, at sikrede gener skyldes forudbestående forhold. Hvad angår klagerens påstand om, at forsikringen er tegnet på baggrund af misinformation, så er det her klagerens bevisbyrden, at vi skulle have misinformeret ham.

Det er ud fra de lægelige journaler ubestridt i sagen, at sikrede er kendt med mangeårige kroniske ryg gener, hvilket ikke er omfattet af forsikringen, medmindre der er tale om nye gener, som ikke skyldes den eller de forudbestående sygdomme/lidelser, og disse skal være sket i forsikringens dækningsperiode. Der er dermed tale om en undtagelse i vilkårene i tilfælde af, at der er tale om forudbestående gener, som var til stede inden forsikringens tegning eller i de første 6 måneder efter ikrafttrædelsen, hvor der undtagelsesvis er dækning i karenperiode, hvis der er tale om en ulykke, jf. vilkårenes punkt 45840.14 og 45850.10.

Vi mener, at det ud fra klagerens sygdomshistorik må stå klart, at der er tale om gener, der har været til stede over en længere periode, og før forsikringens tegning. Vi vil i det følgende redegøre nærmere for vores synspunkt.

Ad klagers gener

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at sikrede før den anmeldte hændelse, som er dateret den 18. august 2021 lider af betydelige væsentlige forudbestående lidelser i hans ryg og lænd, som var til stede før indtegningen af forsikringen og inden udløbet af karenperioden efter indtegning.

Det fremgår bl.a. af forsikringsbetingelserne, at forsikringen ikke dækker.:

...

Klageren har anført, at der er tale om nye prolaps/gener i den sikredes ryg/lænd, selvom lægejournaler før uheldet omtaler, at den sikrede har mangeårige periodevis rygsmerter med udstråling, hvorfor denne lider af kroniske ryglidelser allerede forinden indtegningen af forsikringen, der trådte i kraft den 1. marts 2018.

Resultaterne af CT-skanningen og MR-skanningen, som foretages 4 og 6 dage efter den anmeldte hændelse, støtter ligeledes heller ikke klagerens forklaring om nye ryglidelser.

Det fremgår af notatet i sikredes lægejournal af den 29. juli 2015, at der er tale om, at sikredes symptomer er forenelige med en diskusprolaps, som trykker på S1 nerverødderne, hvilket er niveauet på lænden og ned.

Det er derfor vores opfattelse, at ud fra de lægelige journaler, så er der tale om en forudbestående lidelse, som er diagnosticeret inden indtegnings og inden karenstidens udløb på 6 måneder efter indtegnings.

Ad klagerens tegning af forsikringen

Klager gør gældende, at vi har misinformeret ham ved indtegnings af sygedriftstabsforsikringen. Det er klager, der skal bevise, at det er tilfældet.

Vi mener, at vi ikke har misinformeret klager ved indtegnings af sygedriftstabsforsikringen. Vi har i den forbindelse lagt vægt på, at vi forinden indtegnings af sygedriftstabsforsikringen har haft besøgt klageren, hvor vi har forklaret om forsikrings dækning. I forbindelse med besøget udleveres et fakta ark, som er et salgsmateriale, hvilket fremgår af arket nederst til højre i den blå bjælke, og der henvises samtidig til i salgsmaterialet, at forsikringsbetingelserne med flere detaljer kan læses på selskabets hjemmeside (Se klagerens bilag 1).

Efterfølgende fremsendes der to tilbud til klageren den 13. februar 2018, og af tilbuddet fremgår det eksplicit under forsikrings omfang, at forsikringen ikke dækker forudbestående sygdom, sygdoms anlæg eller lidelse, der er diagnosticeret inden forsikrings ikrafttrædelse (Se bilag 14 – Tilbud til klager 13.02.2018).

Af klagerens bilag 'Top DK [assurandør] Mail.(5).pdf' fremgår det af korrespondancen mellem klagers mor og bogholder, at denne har læst ovennævnte forsikringstilbud, og talt med selskabets kundeservice. Klagerens mor fremhæver her punktet med 'forsikrings omfang', og bekræfter dermed implicit, at denne har eller burde have læst tilbuddet, hvor dækningsundtagelsen ved forudbestående sygdom er beskrevet lige under den frase, som klagerens mor næver over for assurandøren.

Efterfølgende fremsendes accept af tilbuddet fra klagers mor til assurandøren den 27. februar 2018.

Det er dermed vores vurdering, at uanset klagers forståelse af forsikringsaftalen, så der ingen støtte for, at klageren skulle være blevet misinformeret, da denne har haft mulighed for at nærlæse forsikringsbetingelserne, som der henvises til i både forsikringsaftalen (policen) og salgsmaterialet, der netop tager forbehold for, at materialet ikke indeholder alle oplysninger, hvorfor der henvises til at nærlæse forsikringsbetingelserne via selskabets hjemmeside. Samtidig er salgsmaterialet ikke et tilbud, men en oversigt over de muligheder forsikringen kan tilbyde, under den forudsætning forsikringen dækker.

Det er med andre ord ikke fremsendt et tilbud fra selskabet med erklæring om, at selskabet dækker sygdom, sygdoms anlæg eller lidelser der er opstået eller konstateret før forsikrings ikrafttrædelse, selvom selskabet ikke kræver helbredsmaessige oplysninger ved indtegnings. Det er naturligvis ærgerligt, at klageren har den opfattelse, men det fremgår hverken af policen eller assurandørens korrespondance, at policen eller forsikringsbetingelsernes dækningsfraskrivelse ved forudbestående sygdom m.m. er fraveget.

Det må derfor lægges til grund, at den aftale der er indgået mellem selskabet og klageren, er den som er anført i forsikringsaftalen i bilag 1, og som skal læses i sammenhæng med de i forsikringsaftalens vilkår i bilag 2. Vi mener derfor, at klageren ikke har ret i, at Sygedriftstabsforsikringen er solgt på misinformation, da klageren har haft lejlighed til at gennemlæse tilbuddet og de gældende forsikringsbetingelser, hvoraf det af begge bilag fremgår, at forsikringen ikke dækker forudbestående sygdom m.m.

Vi fastholder vores afgørelse

På den ovennævnte baggrund mener vi, at klageren ikke har bevist, at forsikringen er solgt på baggrund af misinformation eller klagerens sygdom/lidelse er en ny sygdom/ lidelse, som ikke var til stede forud for forsikringens ikrafttrædelse.

Vi kan derfor ikke give tilsagn om at erstatte klagerens krav om et eventuelt sygedriftstab. Vi har i den forbindelse lagt særlig vægt på, at klageren, udtrykkeligt i form af tilbuddene og aftalevilkårene, er blevet gjort bekendt med dækningsundtagelsen i form af forudbestående lidelse m.m. Dernæst at klageren ikke har dokumenteret, at hans aktuelle sygdom melding skyldes en ny sygdom eller lidelse, som er opstået efter forsikringens ikrafttrædelse, og efter udløbet af karenperioden.

Der henvises samtidig til Ankenævnet tidligere har taget stilling til en lignende sag i AK92.629. I sagen havde klageren tegnet en Sygedriftstabsforsikring, og fik konstateret en lidelse, som klageren forinden forsikringens ikrafttrædelse havde haft diagnosticeret symptomer til. Nævnet kunne herefter ikke kritisere selskabet afgørelse, hvorfor klageren ikke kunne få medhold.

Det henvises også til kendelserne AK77.810 og AK.79334, hvor nævnet tidligere har udtalt, at det forhold, at klageren ikke havde fået udleveret forsikringsbetingelserne ved tegningen af forsikringen, ikke kunne føre til et andet resultat, da klageren måtte påregne, at der til aftalen var knyttet betingelser, og klageren kunne have rekvireret disse.

For en god ordens skyld skal det oplyses, at vi ikke har taget stilling til driftstab/kravets størrelse i øvrigt, da det er vores opfattelse, at den aktuelle sygdom melding ikke er omfattet af forsikringens dækning."

Klagerens repræsentant har i brev af april 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Vedlagt fremsendes kommentar til brev fra Topdanmark til Ankenævnet. dateret 25. februar 2022, kommentarer til Topdanmarks interne mail korrespondance, samt kommentarer til vores mail med [assurandør] februar 2018.

Topdanmark vil ikke dække skade på [klageren], da de mener at det er en gammel skade.

Vi har kun fået at vide, at ved sygdom dækker forsikringen – vi har hverken i tale eller skrift fået oplyst noget som helst om, at tidligere sygdom skulle være en hindring for udbetaling på forsikringen. Hvilket også fremgår af den mail korrespondance der var på et tidspunkt i februar 2018 mellem os og sælger/assurandør.

Havde vi fået dette at vide fra starten, så havde vi selvfølgelig fået foretaget et helbredstjek, for på forhånd at få afklaret om [klageren] var fuldt dækket – eller hvis ikke – så havde haft muligheden for at foretage et fravalg.

Det fremgår af svar skrift fra Topdanmark at der henvises til faktaark som vi skulle have fået udleveret. Det er det eneste vi fik fra Topdanmark i forbindelse med mødet og tegningen.

På nævnte faktaark står der: Nem indtegning – INGEN helbredsoplysninger er påkrævet, Vi tilbyder derfor KONTANTERSTATNING UDEN dokumentation. Se vort bilag nr. 1 (omtalte faktaark)

I vores mailkorrespondance af februar 2018, spørger vi om forsikringen kan bruges til faste udgifter såsom husleje, el, vand, varme, internet, betaling af kreditorer mm, samt en lille løn udbetaling til [klageren]. **[Assurandørs] svar var, at de faste omkostninger samt betaling af evt. kreditorer: Ja det må det gerne. Beløbet overføres til jeres firmakonto, så bestemmer I selv hvad I bruger erstatningen til.**

Topdanmarks Bilag – 9918-2november 2020, Vilkår for sygedriftstabsforsikring.

Denne har vi aldrig modtaget. Den er fra november 2020, hvilket er 2 år og 8 måneder efter tegning af forsikring, så denne kan ikke anvendes i nærværende sag, da det er vilkår som er lavet EFTER tegning af forsikringen.

Det er vort helt klare opfattelse, at der i forbindelse med salget af sygedriftstabsforsikringen er sket en misinformation. Ellers havde vi ikke betalt for ret stor månedlig forsikring gennem en årrække såfremt denne forsikring ikke ville kunne bruges."

Af klagerens repræsentants kommentar til selskabets brev af 25/2 2022 fremgår bl.a.:

"Det nævnes at sygemelding/skade skyldes forudbestående gener, som er diagnosticeret forinden indtegning af forsikringen og at der er tale om en tvist mellem klager og selskabet.

Forsikringen er tegnet på det grundlag at **der ikke skulle helbredsoplysninger til** og dette er ikke for at omgå nogle betingelser. **Iflg. det ark som vi fik udleveret – Bilag 1 – skulle der ikke – citat: Nem indtegning – ingen helbredsoplysninger påkrævet.**

I **Her følger fakta om forsikringen** skriver Topdanmark: Der bliver tegnet dækning for klagerens eventuelle driftstab og rimelige nødvendige meromkostninger som følge af den sikredes hele eller delvise erhvervsudygtighed grundet sygdom eller ulykkestilfælde. **her henviser vi til mailkorrespondance af februar 2018, hvor [assurandør] klart og tydeligt skriver: Der vil være kontant udbetaling, beløbet plejer at blive overført til firmakonto – så bestemmer I selv hvad I vil bruge erstatningen til. Her nævnte han også under mødet, at TopDanmark var ligeglade med hvad [klageren] fejler og hvor lang tid, der skal bare vises en langtidssygemelding. Altså ingen dokumentation udover en sygemelding.**

[Klageren] har haft nogle rygproblemer – efter en ulykke i 2002, MEN det har været i nakke og mellem skulderbladene – som stråler ned i lænd – ud i armene og op i nakken

Ja vi skriver i en mail, at vi er forundrede over yderligere materiale fra sygehuset, da vi jo har fået at vide, at det er **UDEN helbredsoplysninger og at der er kontant erstatning uden dokumentation**. Der nævnes igen et FAKTA ARK – må være **vort bilag nr. 1. og som er det eneste vi har fået udleveret. NEM indtegning – ingen helbredsoplysninger påkrævet. Vi tilbyder derfor en kontant erstatning uden dokumentation.**

Topdanmark henviser igen til nogle pkt. bl.a. 45840.5 og 45850.10. Vi har ALDRIG modtaget 9918-2 NOVEMBER 2020 VILKÅR FOR SYGEDRIFTSTABSFORSIKRING. Den er lavet 2 år og 8 måneder efter vi tegnede forsikringen.

Der er tale om NYE prolapser, hvilket overlæge ... også skriver i journalmaterialet. TopDanmark skriver kroniske ryglidelser og her vil jeg igen gøre opmærksom på, at det er udstråling fra prolaps mellem skuldrene og i nakken.

Der er tale om misinformation . Vi havde et møde ([klageren] og jeg) sammen med [assurandør], fordi vi var flyttet i nye lokaler og vores daværende forsikringer skulle rettes til. Vi kom ind på om [klageren] kunne tegne forsikring hvis han blev sygemeldt. Her er det vi får udleveret det som tilsyneladende kaldes fakta ark (vort bilag nr. 1) [assurandør] fortæller at **der ingen helbredserklæring kræves, og at TopDanmark er ligeglade med hvad han evt. skulle fejle, der skal bare afleveres lægeerklæring**. Der gås ikke i detaljer, og det ses af vores mail korrespondance af februar 2018, hvor vi nævner nogle ting som vi gerne vil have dækket. **Dette vel og mærke uden dokumentation hvilket også ses i korrespondancen**. Vi skulle have modtaget 2 tilbud! Der er nævnt 2 beløbs dækninger i mailen – ikke andet. Jeg har ikke læst noget tilbud da jeg skriver til [assurandør]. Kun de to nævnte beløbs dækninger. Topdanmark nævner at jeg fremhæver punktet med 'forsikringens omfang' og dermed skulle have bekræftet at have læst et tilbud?

Jeg skal igen gøre opmærksom på at vi kun har modtaget fakta ark (bilag 1) og ud fra mailkorrespondancen har accepteret forsikringen.

TopDanmark skriver at der efterfølgende fremsendes accept af tilbuddet fra klagerens mor til assurandøren den 27. februar 2018. Ja korrekt. men bare i form af accepten på mailkorrespondancen.

Topdanmark skriver endvidere: For en god ordens skyld skal det oplyses, at vi ikke har taget stilling til driftstabets/kravets størrelse, da det er vore opfattelse at den aktuelle sygemelding ikke er omfattet af forsikringens dækning. SVAR hertil. Driftstab? Vi har aldrig været inde på driftstab og hvorledes skulle det så beregnes? Det vi bad om, var til faste udgifter og lidt løn til [klageren]. UDEN helbredserklæring. UDEN dokumentation.

Det er vore klare opfattelse, at vi fik en forsikring UDEN helbredserklæring, UDEN dokumentation med KONTANT udbetaling, og at TopDanmark ikke vil vedstå dette.

Samtidig har vi betalt hver måned et pænt stort beløb for at være dækket, og så når skaden sker, dækkes den desværre ikke.

På det pågældende FAKTA ark hvor I har skrevet: Nem indtegning-ingen helbredsoplysninger påkrævet, burde I have tilføjet at gammel skade ikke dækkes. Det er i vores øjne en stor misinformation."

Ankenævnet for Forsikring

9.

97866

Af klagerens repræsentants kommentar til intern korrespondance med selskabet fremgår bl.a.:

"Kommentar til intern korrespondance i TopDanmark, [sagsbehandler] og [assurandør] som solgte os forsikringen)

side 3 Her skriver [sagsbehandler], at kunden (som er os) har en forventning om at få udbetalt en sum så længe han er syg. **JA det har vi, for det er det grundlag forsikringen er solgt på. Se vores mailkorrespondance fra februar 2018.** Her skriver [assurandør], at der vil være kontant udbetaling, beløbet plejer at blive overført til firmakonto – så bestemmer I selv hvad I vil bruge erstatningen til. Han nævnte også under mødet at Topdanmark var LIGEGLADE med hvad [klageren] (Kunden) fejler og hvor lang tid, der skulle bare foreligge en langtidssygemelding.

side 2 Svar fra [assurandør] til [sagsbehandler], at der må være en omsætningsnedgang da [virksomheden] er lukket?? Ja [virksomhed] lukket, ingen kunder, ingen omsætning, **MEN det var IKKE omsætningsnedgang vi købte forsikringen til. Det skulle som nævnt i vores korrespondance februar 2018 – til løn og faste omkostninger.**

side 1 og 2. [Sagsbehandler] skriver (14. oktober 2021 kl. 12.03) at hun hæfter sig ved at vi (kunden) i mail af 05.10.2021, skriver at der ikke kræves helbredsoplysninger, men det betyder jo ikke at vi (Topdanmark) dækker alt. Vi indhenter altid lægelige oplysninger for at sikre, at der ikke er tale om forudbestående sygdom/lidelse. **Forsikringen er solgt til os UDEN HELBREDSOPLYSNINGER.** Svar fra [assurandør] ses ikke på fremsendte, kun 14. oktober 2021 kl. 13.55.

Kommentar om at Topdanmark altid indhenter lægelige oplysninger for at sikre, at der ikke er tale om forudbestående sygdom/Lidelse. **Det får vi jo først at vide EFTER skaden er sket.**

Hun skriver videre: Og kundens (vores) påstand om, at sygedriftstabsforsikringen dækker en konstanterstatning uden dokumentation. – der mangler ligesom lidt mere. jfr. betingelsernes pkt. 45881.50. **SVAR hertil: [assurandør] skriver i mail korrespondancen af februar 2018, at beløbet overføres til jeres firmakonto, så bestemmer I selv hvad I vil bruge erstatningen til. Altså INGEN DOKUMENTATION. Står også på faktaark.**

JFR pkt. 45881.50 Vi har aldrig modtaget eller set VILKÅR FOR SYGEDRIFTSTABSFORSIKRING NR 9918-2 NOVEMBER 2020. Og vores forsikring er tegnet i februar 2018. 2 år og 8 måneder før. Så disse efterfølgende vilkår fra 2020, kan ikke bruges i denne sammenhæng, da det er vilkår lavet EFTER tegning af forsikring.

Der spørges også om [assurandør] plejer at oplyse hvorfor vi (Topdanmark) ikke kræver helbredsoplysninger, og plejer du også at forklare kunden, hvordan forsikringen dækker – herunder det med, at ejer selv løber meget stærkere og at der så er mulighed for dækning iht pkt. 45881.5 efter aftale med os? **VORT SVAR : Vi fik at vide at der IKKE kræves helbredsoplysninger – at vi kunne få dækket vores faste omkostninger ved kontant udbetaling til vores konto – se igen mail korrespondance af februar 2018. Og igen har vi aldrig set VILKÅR FOR SYGEDRIFTSTABSFORSIKRING AF NOVEMBER 2020 .**

Der nævnes et **FAKTA ARK**. Ved ikke hvad det er, men formoder at det er vores Bilag nr. 1. Dette ark er det eneste vi modtog i forbindelse med mødet og tegningen af forsikringen.

Ankenævnet for Forsikring

10.

97866

Og her står: **Nem indtegnings – ingen helbredsoplysninger påkrævet. Vi tilbyder derfor en KON-TANT erstatning UDEN DOKUMENTATION. Dækning op til 1 år på hvert nyt sygetilfælde"**

Af klagerens repræsentants kommentar til mailkorrespondance mellem klageren og assurandøren fremgår bl.a.:

"Side 6. Her skriver vi hvad **vi gerne vil have dækket. Løn, Løn afløser, husleje, el, vand, varme, forsikringer, telefon internet – altså nogle faste omkostninger.**

side 5. Her skriver vi, at [assurandør] kom med nogle tilbud **og at der ville være kontant udbetaling, som vi kunne bruge som vi ville.** Der svares: Det skyldes NOK at forsikringen kan bruges både til at dække [klagerens] løn og en afløseres løn. Hvis dækningen på kr. 51.715 om måneden vil den dække **DE NEDENSTÅENDE FASTE OMKOSTNINGER**, vil det være den som skal tages udgangspunkt i.

side 4. Her spørger vi til om vi evt. må bruge nogle af pengene til at betale kreditorer? Svar: JA det må det gerne. **Beløbet overføres til jeres firmakonto, så bestemmer I selv hvad I bruger erstatningen til.**

side 3. Her spørger vi til om der kan tegnes en på kr. 42.000 ? Svar, **dækning kr. 36.200 pr md til 583 kr. i præmie pr måned** og dækning kr. 51.715 pr md til 826 i præmie pr md. Vi vælger en månedlig udbetaling på kr. 36.200 kr. da det vil dække vort behov.

side 2. Vi beder om at få den lille til kr. 36.200 sat i gang til 583 kr. i præmie pr md. Svar Forsikring tegnes til [klageren] pr 01. marts 2018

side 1. underskrift? svar: ikke nødvendig – kun ved opsigelse i andet selskab."

Selskabet har i brev af 2/5 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Ad vilkårene

Det fremgår af klagerens seneste svar, hvor klageren undrer sig over, at vilkårene er dateret efter tegningen af forsikringen. Vi vedlægger bilag 15, som er de gældende vilkår ved indgåelse af forsikringens tegning.

Af de vedlagte vilkår fremgår det fortsat, at forsikringen ikke dækker forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, jf. punkt 45840.14, og at forsikringen ikke dækker forsikredes uarbejdsdygtighed opstået i karenperioden på 6 måneder efter indtegnings, jf. punkt 45850.10.

Der er med andre ord ikke nogen ændring hvad angår sagens tvist i de vedlagte vilkår i bilag 2 og nu vedlagte bilag 15, i forhold til forsikringens dækningsfraskrivelse ved forudbestående sygdom mm.

Ad fakta ark

Vi har bemærket, at klageren i det væsentligste ikke har kommet med kommentarer eller bemærkninger, som adskiller sig væsentlig fra klagerens første indlæg til sagen.

Klageren har igen henvist til et fakta ark, som ikke er et tilbud, men et salgsmateriale, hvor der henvises til, at betingelserne for selve forsikringen kan læses på selskabets hjemmeside. Her vil vi dog gerne tilføje, at klageren læser det med '*uden dokumentation*' uden kontekst til selve teksten i salgsmaterialet.

Det fremgår nemlig under punktet kontanterstatning i salgsmaterialet, at hvis indehaveren mangler en forsikret nøglemedarbejder pga. sygefravær, så kan den nemme løsning være, selv at arbejde de ekstra timer for at dække driftstab. Dette kan være svært at gøre op i kroner og ører. Vi tilbyder derfor en kontanterstatning uden dokumentation.

Det er altså ikke som klagerens påstår, en forsikring, der dækker sygdom uden dokumentation, men derimod en af flere dækningsmuligheder i forsikringen, der dækker indehaverens merarbejde i en periode for at undgå et sygedriftstab, da erstatningen kan være svær at dokumentere i denne situation. Det er altså en dækningsmulighed, som giver en kontanterstatning ved indehaverens merarbejde med det forbehold, at selskabet forinden har vurderet at der er dækning for den anmeldte sygdom eller skade i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 45881.50 på side 6.

Ad forsikringsaftalens indgåelse

Klageren har fremhævet, at der i forbindelse med forsikringens tegning er sket en misinformation. Vi gør igen opmærksom på, at det er klagerens bevisbyrde, at selskabet skulle have misinformeret klageren og dertil solgt forsikringen på sådan en måde, at forsikringen er solgt med fravigelse af dækningsundtagelsen ved forudbestående sygdom og en karenperiode på 6 måneder efter indtegnelse.

Det følger af korrespondancen mellem klager og selskabets assurandør i bilag 8, at klageren har modtaget to tilbud i bilag 14, hvor klageren delvist har gengivet forsikringens omfang i selve tilbuddene, med undtagelse af det med forudbestående sygdom, hvilket netop er sagens tvist.

Det gøres derfor gældende, at klageren har modtaget to tilbud, hvor dækningsundtagelsen fremgår. Det er her klagerens eget ansvar at læse tilbuddet og det forhold, som påstået af klageren, at denne ikke har fået udleveret forsikringsbetingelserne, er uden betydning, da klageren må påregne, at der i aftalen er knyttet betingelser, og klageren kunne have rekvireret disse. Af forsikringsaftalen fremgår det netop, at aftalen er tilknyttet vilkår og af salgsmaterialet – som i øvrigt ikke er et tilbud – fremgår det ligeledes, at forsikringsbetingelserne kan læses på selskabets hjemmeside.

Der er med udgangspunkt i sagens bilag ikke nogen holdepunkter for, at klageren har tegnet en Sygedriftstabsforsikring, hvor dækningsundtagelsen er fraveget. Det er naturligvis ærgerligt, at klageren har den opfattelse, men det ændrer ikke på klageren kan læse af forsikringsaftalen og vilkårene, at klagerens eventuelle opfattelse ikke har støtte i aftalen."

Klagerens repræsentant har i brev af 30/5 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Ja naturligvis undrer vi os over de Forsikringsbetingelser fra november 2020 – som I har fremsendt i denne sag. Er **IKKE relevant** da vi tegnede forsikring i marts 2018.

Nu fremsendes nye forsikringsbetingelser 9918-2, juni 2017 – hvilken vi heller **IKKE fik**.

Ankenævnet for Forsikring

12.

97866

Lad os gøre det klart, at det grundlag forsikringen blev solgt på var en samtale på kontoret hvor [klageren] og jeg var tilstede, på det udleverede faktaark og efterfølgende mail korrespondance med [assurandør].

Hvad angår dækning, spørger vi specifikt i mail korrespondance den 19.02.20108, med [assurandør] hvad vi ønsker dækning på.

Lønudbetaling til [klageren].

Løn til evt. afløser

Husleje – vand-el-varme

Forsikringer til TopDanmark

Telefon – internet

Leverandører (Her spørger vi den 21.02.2018)

Svar fra [assurandør] på mail den 21.05.18 er: Ja det må I gerne. Beløbet overføres til jeres firma-konto, så bestemmer I selv hvad I bruger erstatningen til. Skal jeg sætte den i kraft?

2 tilbud på forsikring. Igen på mail med [assurandør] (mail 19.02.18) efter en snak med deres kundeservice. Disse forsikringsbeløb på hhv. kr. 36.200 og kr. 51.715 og månedlige Betalinger på hhv. kr. 695 og kr. 987, skulle bruges til for at finde ud af hvor vi skulle ligge rent forsikringsmæssigt på de ting vi gerne ville have dækket.

Vi mener dog stadig at der er sket en misinformation. Det eneste vi modtog var fakta ark og efterfølgende mailkorrespondance. Vi sidder i et møde og har en rigtig god dialog, men vi går så også ud fra at vi kan stole på sælger.

Jeg vedlægger endnu engang faktaark og henviser til tidligere fremsendt angående mail korrespondance.

Vi køber forsikringer i god tro for at være dækket ind hvis uheldet skulle være ude. Vi har trods alt betalt et pænt stort beløb på de 4 år vi har haft forsikringen og vi får så for 5 gang afslag på erstatning (andre ting) fra TopDanmark.

Sygedriftstabsforsikringen blev tegnet hvis der skulle ske noget, således at vi i mellemtiden kunne 'ride' stormen af, og komme igennem på en god måde. Men stormen blev til en orkan og vi har desværre måtte indse – at vi på grund af afslag fra TopDanmark – må lukke og slukke i firmaet."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af faktaark fremgår bl.a.:

"HVORDAN ER DIN VIRKSOMHED STILLET, HVIS DET UTÆNKELIGE SKER – DU BLIVER RAMT AF SYGDOM ELLER EN ULYKKE?

...

Med en sygedriftstabsforsikring er din virksomheds drift sikret, hvis du eller en nøglemedarbejder bliver ramt af sygdom eller ulykke og ikke kan arbejde i en længere periode.

Du tilpasser selv dækningen til din virksomheds behov.

Sådan hjælper vi dig

- Vi udbetaler erstatning for driftstab pga. sygdom eller ulykke
- Vi dækker udgifterne til en vikar, så du kan holde virksomheden kørende i forbindelse med en sygeperiode
- Kontanterstatning – hvis du som indehaver mangler en forsikret nøglemedarbejder pga. sygefravær, kan den nemmeste løsning være, selv at arbejde de ekstra timer for at dække driftstab. Dette kan være svært at gøre op i kroner og ører. Vi tilbyder derfor en kontant erstatning uden dokumentation.

Fakta om forsikringen

- Ingen selvrisko på forsikringen
- Nem indtegning – ingen helbredsoplysninger påkrævet
- Dækning op til 1 år på hvert nyt sygetilfælde

...

Kontakt

Ring [telefonnummer]

Læs mere på www.topdanmark.dk/erhverv

Dette er et salgsmateriale, hvor der ikke er plads til alle detaljer om forsikringen. Vil du vide det hele, skal du læse forsikringsbetingelserne.

Du finder dem på www.topdanmark.dk"

Af dækningsoversigt af 13/2 2018 fremgår bl.a.:

"Vilkår

Vilkårsnr. 9900-1 , 9910-1 og 9918-2 gælder for forsikringen.

...

Forsikringens omfang

Forsikringen dækker i forsikringsperioden forsikringstagerens driftstab og rimelige, nødvendige og dokumenterede meromkostninger som følge af, at den eller de forsikrede bliver helt eller delvist erhvervsudygtig/erhvervsudygtige som følge af sygdom eller et ulykkestilfælde.

Forudbestående sygdom

Forsikringen dækker ikke enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, der er diagnosticeret inden forsikringens ikrafttrædelse."

Af mail af 19/2 2018 fra klagerens mor til selskabet fremgår bl.a.:

"Vi skal have kigget på den sygedriftstabsforsikring.

Jeg har talt med et par af dine kollegaer i kundeservice og er blevet lidt forvirret, for de havde to forskellige udlægninger af hvad forsikringen kan bruges til.

Under vort møde sidste år, talte vi om at forsikringen skulle dække hvis [klageren] blev syg eller kom ud for en ulykke og da kom du med et par tilbud og sagde at det var kontant udbetaling som vi kunne bruge som vi ville.

Ankenævnet for Forsikring

14.

97866

Jeg har nu fået et par tilbud fra din kollega på hhv. kr. 36.200 og kr. 51.715 hvor den månedlige betaling således udgør ca. kr. 695 og ca. kr. 987

I forsikringens omfang står der:

Forsikringen dækker i forsikringsperioden forsikringstagerens driftstab og rimelige nødvendige og dokumenterede meromkostninger som følge af, at den eller de forsikrede bliver helt eller delvist erhvervsudygtig som følge af sygdom eller et ulykkestilfælde.

Vi vil gerne have en forsikring som dækker følgende:

Løn udbetaling til [klageren]

Løn til en evt. afløser/hjælp

Husleje – el – vand – varme

Forsikringer til TopDanmark

Telefon

Internet

Mm

Altså også de faste omkostninger

Vil du kigge på det og vende tilbage."

Af mail af 20/2 2018 fra selskabet til klagerens mor fremgår bl.a.:

"Det skyldtes nok, at forsikringen kan bruges både til at dække [klagerens] løn og en afløseres løn.

Hvis dækningen på 51.715 kr. om måneden vil den dække de nedenstående faste omkostninger vil det være den, som vi skal tage udgangspunkt i."

Af mail af 21/2 2018 fra klagerens mor til selskabet fremgår bl.a.:

"Må noget af beløbet evt. bruges til at betale leverandører? Vi har for det meste jo kredit inden betaling."

Af mail af 20/2 2018 fra selskabet til klagerens mor fremgår bl.a.:

"Ja det må det gerne!

Beløbet overføres til jeres firmakonto, så bestemmer i selv hvad I bruger erstatningen til."

Af klagerens journal fremgår bl.a.:

"24-05-2011

...

Smertedebut

Første gang patienten bliver udsat for et trafikuheld er i 2002.

Han holder stille og bliver påkørt bagfra.

Ved den anledning får han så kraftigt et slag, at han faktisk er mere eller mindre lammet i den ene side af kroppen.

Blev undersøgt og man finder diskusprolaps sv.t. L4-L5 samt tegn på rygmarvspåvirkning og nedsat følesans i hele venstre side af kroppen.

Patienten bliver dengang langsomt trænet op, først med, at han træner overekstremiteten, så han kan gå med krykker og efterhånden også trænet op med venstre ben.

Forholdene har efterhånden normaliseret sig, men patienten har dog stadigvæk nedsat kraft i venstre arm og også lidt i venstre ben.

I perioden 2002-2006 er patienten igen udsat for 2 påkørsler, hvor han igen får piskesmældslignende påvirkning.

...

Aktuelle skade, der egentlig gør, at patienten får smerter igen er 09.09.10.

Patienten falder i en bus og slår ryggen direkte imod hårdt underlag.

Har herefter smerter og har ondt, når han går, men de kommer ud i bilen og er på vej hjem.

Da de har kørt et par timer bliver patienten pludselig dårlig og får tiltagende smerter i brystkassen og må indlægges på sygehus.

Her bliver patienten undersøgt, men man finder ingen årsager til patientens besvær.

Bliver MR skannet både af cerebrum og columna.

Bliver endvidere undersøgt hjertemæssigt, hvor man også finder normale forhold.

Patienten har i den anledning tilfælde med krampetrækninger i venstre tommelfinger, og man har på et tidspunkt mistanke om dissimineret sklerose, men dette afkræftes ved undersøgelse af spinalvæsken, men også ved MR skanning.

...

13-10-2011

...

MR-skanning af columna totalis

Indikation: Smerter obs patologi/traume seq.

Columna cervicalis

Udretning af den normale cervikale lordose.

Disci og vertebrae ses stort set med normalt udseende. Der ses ingen vertebral knoglemarvspatologi på STIR.

Der ses mindre degenerative forandringer med små randosteofytter og unkovertrebralledshypertrofi.

Der ses ingen spinalkanal eller foraminal stenose. Der ses ingen discusherniering.

Der er let udvidet central kanal i columna, i øvrigt normalt signal i medulla cervicalis.

Der ses store højresidige maksillære polypper eller retentionscyster.

Columna thoracalis:

Ingen forskydning af hvirvlerne i columna lumbalis.

Der er minimale depressioner i de anteriore dele af corpora T1 og T2, corpora og disci ses med normal højde i øvrigt. Der ses ingen vertebral knoglemarvspatologi på STIR.

Der ses minimale degenerative forandringer, let marginale vertebrale uregelmæssigheder.

Der observeres ingen discusherniering, kanalstenose eller nerverodspåvirkning.

Der er let udvidning af den centrale kanal i columna, i øvrigt normalt signal i medulla thoracalis.

Columna lumbalis:

Ingen forskydning af hvirvlerne i columna lumbalis.

Corpora ses med normal højde. Der ses ingen vertebral knoglemarvsspatologi på STIR. Der er let til moderat T2-signaltab i disci L4/L5 og L5/S1, foreneligt med degenerativ dehydrering. I tilknytning hertil ses lette degenerative forandringer med spondylose, Schmorlske impressioner og facetledsdegeneration. I L5/S1 ses mindre degenerativ retrolistese og en median discusprotrusion med anulusrift, som berører men tilsyneladende ikke komprimerer S1 nerverødder. I de øvrige lumbale niveauer ses ingen discusprotrusion L5/S1, ingen tegn på påvirkning af de neurale strukturer.

...

30-05-2012 Symptom/klage fra ryg

Han er henvist under diagnosen lændesmerter med udstråling, og der er tilføjet tidligere whiplash traume.

...

Han klager over store problemer med smerter i ryggen og især ned i ve. ben, og problemer med at styre benet.

Objektivt:

Han virker kronisk syg med ET under middel

...

Der er tydelig indskrænket bevægelighed i lænderyggen, med en finger-gulv-afstand lige under knæhøjde. Der er stor usikkerhed ved stand på ét ben. Der er strakt benløft til omkring 70 og 50 grader.

Jeg har indtryk af noget nedsat kraft i ve. ben.

Der synes ikke at være alm. Røntgenbilleder igennem længere tid.

Det objektive billede tyder mere på neurologisk lidelse end på rodtryk, man da det synes at være længere tid siden, han er blevet MR-scannet, bestiller jeg en rp. MR-scanning af columna totalis* og vi afventer resultatet heraf.

...

18-07-2012

...

Der er kommet svar på MR-skanning af hans lænderyg foretaget på MR-skanner ... d. 29.06.12.

...

Konklusionen af skanningen er uændret discusprotrusion og degeneration L5/S1.

Der er således ikke tilkommet noget nyt.

...

09-08-2012

...

Ved nys fået smæld i ryg, sidder i lænden. Døjet med vekslende rygsmerter siden han blev påkørt bagfra i bil i 2002. Har ang. 2 discusprolaps og skal i næste uge ind og have svar på om han ud over den ene velkendte prolaps i lænden har yderligere en prolaps. Får forsk. sm.still. medicin: Palexia 150+100+150, Norspan 10mg/uge, pn Dolol 50 mg x 3-4 dgl (taget 2 til aften). Styres af smerteklinikken ... OBJ: Går sm. påv. Rundt og kan bl.a. med besvær selv gå på toilet. Distink kraftig palp. ømhed over L4/L5 niveau. Hypæstesi for berøring på ve UE (dette angives habituel – og så kendt nedsat på ve OE). Patellar og achillesrefl. bilat i.a. Angiver ømhed i lænden ved passiv strakt benløft til 60 gr, kun mindre ømhed i ben. Råd om observ. Får inj. Morfin 20 mg im samt inj. Primperan 10 mg im. Opfølgning e.l, før ved forv.

...

27-07-2015

...

Det drejer sig om en [i 30'erne] mand kendt med rygproblematik siden 2002, hvor pt. var involveret i et trafikuheld. Pt. er dog efterhånden fuldstændig udtrappet af smertestillende medicin, og han har kun følger i form af kraft- og følenedsættelse sv. t. venstre side af kroppen. Pt. er ved at falde d.d. på badeværelset, griber ud i luften for at få ved noget og får i den forbindelse et vrid i den lumbale del af ryggen.

Pt. klager over smerter svarende hertil, samt at smerterne stråler ned på baglåret, ca. til midt på låret. Pt. fortæller, at hans UE føles som vat, dette kendt i venstre, men nytilkommet i højre. Ingen ufrivillig vand- eller fæcesafgang. Ingen sensoriske udfald i ridebukseområdet eller UE.

Pt. har ved vagtlægen været på toilettet og har således været mobiliseret, dette med stikkende smerter sv.t. begge UE samt ryggen, men det kan dog lade sig gøre, så længen han holder den lumbale del af ryggen fuldstændig stiv.

...

Tidligere

...

2002, passager i en bil, som påkøres med ganske høj hastighed bagfra, følger herfra er 3 diskusprolapper. Iflg. pt. disse lokaliseret sv.t. den cervikale del af columna og mellem skulderbladene. Endvidere kendt med nedsat kraft i venstre side som følge heraf. Flere indlæggelser grundet rygproblematik.

...

Objektivt

AT, ET, Orientering, bevidsthedsniveau: Pt. orienteret i tid, sted og egne data. Akut smertepåvirket, ellers alderssvarende AT. ET middel.

St. c.: Regelmæssig rytme = perifer puls, ingen mislyde.

St. p.: Foretages med pt. i sideleje. Egalt luftskifte over begge lungefelter, ingen bilyde.

Ryg/nakke: Columna: Ganske smerteforpint ved palpitation af den lumbale del af columna, nærmest byldeøm sv.t. L1 til L4.

Ekstremiteter: Fri bevægelighed af samtlige ekstr.

...

29-07-2015

...

Pt. får svar på MR-skanningen, som viser, at der er en let degeneration med dehydrering af discus på niveau L5/S1 samt en lille midtstillet diskusprolaps på samme niveau, som ligger tæt på S1 nerverødderne og muligvis påvirker disse. Derfor informeres pt. om, at hans symptomer er forenelig med den diskus, som trykker på S1 nerverødderne, og at han skal kontakte egen læge mhp. Genoptræningsplan.

...

02-09-2019 Rygsyndrom med smerteudstråling

...

Diagnoser:

L86 Rygsyndrom med smerteudstråling

Kontakt tekst: Kendt med gammel rygproblematik, sidst forværret i feb 2019 med udstråling VE femurs indside.

Nu 4 dage smerter anderledes end sidst. Sidder L5-S1, ømt for tryk. Kan bedst stå op. Obj øm ved bækkendrejning. Mulig nedst sens HØ femur, men ikke klassisk. Egale reflexer og kraftforhold. Normal sens i ridebukseområder. Lasegue atypisk

Kunne være en sacroiliit. CRP <5. Vælger sygemelding og tabletter. Morfin 'Alternova' 10 mg, 1 tablet ved behov, maksimalt 6 gange daglig, mod stærke smerter. Tk 2 dage.

...

22-08-2021 Symptom/klage fra ryg

...

[I 30'erne]mand kendt med sequelaer efter bilulykke i 2002, apopleksi 2012. Kommer med akutte opståede rygsmerter+bensmerter højre, samt urinretention.

...

Ingen tidligere kirurgisk historik registreret.

Aktiv diagnoseliste for patient.

Diagnose

* Lumbal diskusprolaps UNS med radikulopati (DM511F)

2002: trafikuheld, med skader C3/C4, samt L4/L5, med kendt føleforstyrrelse venstresidig, ellers fuldt funktionsniveau.

2012: apopleksi, 6mnd blodfortyndende

2020: op for prolaps endetarm.

...

Aktuelle

I går på apotek pludselige stærke smerter i højre ben, mistet kraft og gange.

Søvnderiverende smerter. I morgen ikke kunne lade vandet, samt ikke kunnet støtte på benet.

Er fra tidligere kendt med føleforstyrrelse i venstre ben, højre fuldt funktion og følelse.

...

23-08-2021 Symptom/klage fra ryg

...

Blevet skubbet, fået konstateret diskusprolaps i lænden L5-S1. Stærke smerter, svært ved at lade vandet.

Tiltagende følelsesløshed af højre UE. Pt. blev indl. På [hospital 1] hvor der blev lavet en CT scanning visende gamle skader efter trafikuheld men også friske prolaps.

Af MR-skanning af lændehvirvler af 24/8 2021 fremgår bl.a.:

"Ingen sammenlignings undersøgelse i PACS til sammenligning. Der er normal alignment, bevaret corpora højde.

Normalt signal fra conus medullaris. På niveau L5 / S1 ses der diskusdegenerative forandringer i form af nedsat signal. MODIC type I forandringer i dækladerne. Der er ligamentum flavum hypertrofi på højre side. På samme niveau ses der bredbaset diskusprolaps med højresidig S1 nerve-rod kompression på recess niveau. Prolapsen ses migreret posterioart og caudalt på højresidig i spinal kanalen på ca. 10 mm. Ingen tegn på sequestration eller spinalkanalstenose. På niveau L4 / L5 ses der små schmorlske impressioner og begyndende diskusdegeneration uden påviselig prolaps. RD: Bredbaset diskusprolaps L5/S1 med højresidig S1 recesstenose. Begyndende diskusdegeneration L4 / L5."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"45812 Hvilke tab og meromkostninger bliver erstattet?

45812.10 Forsikringen dækker i forsikringsperioden forsikringstagerens driftstab* og rimelige, nødvendige og dokumenterede meromkostninger* som følge af,

Ankenævnet for Forsikring

19.

97866

45812.11 - at den eller de forsikrede bliver helt eller delvist erhvervsudygtig/erhvervsudygtige som følge af sygdom eller et ulykkestilfælde, hvor de første symptomer viser sig i dækningsperioden*. Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

...

45840 Hvilke tab og meromkostninger bliver ikke erstattet?

45840.10 Erhvervsudygtighed, som følge af:

...

45840.14 Enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, der er diagnosticeret inden tegning.

...

45850 Sygdomskarens

45850.10 Tab som følge af forsikredes uarbejdsdygtighed, der opstår i de første 6 måneder efter, at forsikrede er omfattet af forsikringen er alene dækket, hvis der er tale om en ulykke. Dette gælder også selvom en sygdom strækker sig længere end de første 6 måneder.

45850.20 Denne karens vil være gældende ved oprettelse af forsikringen, tilmelding af nye forsikrede personer.

...

45880 Skadeopgørelse

45881 Hvordan bliver erstatningen fastsat?

...

45881.50 For virksomhedens indehavers ekstraarbejde kan der som alternativ til 45881.20, 45881.30, 45881.40 og 45881.70 aftales med Topdanmark, for at begrænse et driftstab, at der udbetales en månedlig kontant erstatning på 50 % af den månedlige forsikringssum, dog højst 20.000 kr. pr. måned. Hvis det er aftalt med Topdanmark kan der tidligst ved sygemeldingens 8. uge udbetales erstatning. Der kan kun udbetales fremadrettet erstatning fra det aftalte tidspunkt. Erstatningen vil i dette tilfælde ikke blive fratrasket sparede omkostninger nævnt under punkt 45881.20."

Nævnet udtaler:

Klageren er ejer af en virksomhed, der har tegnet sygedriftstabsforsikring med ikrafttrædelse den 1/3 2018. Han anmeldte i september 2021, at han under reparationsarbejde den 18/8 2021 fik et vrid i ryggen på grund af mistet balance med efterfølgende smerter. Han fik herefter konstateret diskusprolaps på L5/S1 og blev opereret herfor.

Klageren kræver dækning som følge af sin sygemelding. Han har anført, at der er tale om nye prolaps, og at selskabet ikke er lydhør over for, at der er fejl i journalen. Han har også anført, at han er blevet misinformeret ved købet af forsikringen. Han fik alene udleveret et faktaark.

Selskabet krævede ikke helbredsoplysninger, og han fik oplyst, at han ved sygdommelding ville få udbetalt en kontanterstatning uden dokumentation, og at han selv måtte bestemme, hvad erstatningen skulle bruges til. Han fik ikke oplyst, at tidligere sygdom skulle være en hindring for udbetaling, og han fik ikke udleveret forsikringsbetingelserne.

Selskabet har afvist dækning under henvisning til, at klageren ikke har bevist, at forsikringen er solgt på baggrund af misinformation, eller at klagerens sygdom/lidelse er en ny sygdom/lidelse, som ikke var til stede forud for forsikringens ikrafttrædelse.

Af journal af 13/10 2011 fremgår det, at klageren har fået foretaget MR-skanning af columna totalis. Vedrørende resultatet for columna lumbalis fremgår det, at "Ingen forskydning af hvirvlerne i columna lumbalis. Corpora ses med normal højde. Der ses ingen vertebral knoglemarvs-
patologi på STIR. Der er let til moderat T2-signaltab i disci L4/L5 og L5/S1, foreneligt med degenerativ dehydrering. I tilknytning hertil ses lette degenerative forandringer med spondylose, schmorlske impressioner og facetledsdegeneration. I L5/S1 ses mindre degenerativ retrolistese og en median discusprotrusion med anulusrift, som berører men tilsyneladende ikke komprimerer S1 nerverødder. I de øvrige lumbale niveauer ses ingen discusprotrusion, kanalstenose eller nerverodspåvirkning. Der er let udvidning af den centrale kanal i conus medullaris. Diagnose: Lette degenerative forandringer, discusprotrusion L5/S1, ingen tegn på påvirkning af de neurale strukturer".

Af journal af 30/5 2012 fremgår det, at "Han er henvist under diagnosen lændesmerter med udstråling, og der er tilføjet tidligere whip-las traume". Omkring den objektive undersøgelse fremgår det, at "Der er tydelig indskrænket bevægelighed i lænderyggen, med en finger-gulv-afstand lige under knæhøjde. Der er stor usikkerhed ved stand på ét ben. Der er strakt benløft til omkring 70 og 50 grader. Jeg har indtryk af noget nedsat kraft i ve. ben". Den 18/7 2012 fremgår det, at "Der er kommet svar på MR-skanning af hans lænderyg foretaget på MR-skanner ... d. 29.06.12. ...Konklusionen af skanningen er uændret discusprotrusion og degeneration L5/S1. Der er således ikke tilkommet noget nyt".

Af journal af 9/8 2012 fremgår det, at "Ved nys fået smæld i ryg, sidder i lænden. Døjer med vekslende rygsmerter siden han blev påkørt bagfra i bil i 2002. Har ang. 2 discusprolapser og skal i næste uge ind og have svar på om han ud over den ene velkendte prolaps i lænden har yderligere en prolaps". '

Den 27/7 2015 er det noteret, at "Det drejer sig om en [i 30'erne] mand kendt med rygproblematik siden 2002, hvor pt. var involveret i et trafikuheld. Pt. er dog efterhånden fuldstændig udtrappet af smertestillende medicin, og han har kun følger i form af kraft- og følenedsættelse sv.t. venstre side af kroppen. Pt. er ved at falde d.d. på badeværelset, griber ud i luften for at få ved noget og får i denne forbindelse et vrid i den lumbale del af ryggen. ... Tidligere ... 2002, passager i en bil, som påkøres med ganske høj hastighed bagfra, følger herfra er 3 diskusprolapser. Iflg. pt. disse lokaliseret sv.t. den cervikale del af columna og mellem skulderbladene". Den 29/7 2015 fremgår det, at "Pt. får svar på MR-skanningen, som viser, at der er en let degeneration med dehydrering af discus på niveau L5/S1 samt en lille midtstillet diskusprolaps på samme niveau, som ligger tæt på S1 nerverødderne og muligvis påvirker disse. Derfor informeret pt. om, at hans symptomer er forenelig med den diskus, som trykker på S1 nerverødderne, og at han skal kontakte egen læge mhp. genoptræningsplan".

Af journal af 2/9 2019 fremgår det, at "Kendt med gammel rygproblematik, sidst forværret i feb 2019 med udstråling VE femurs indside. Nu 4 dage smerter anderledes end sidst. Sidder L5-S1. ømt for tryk".

Det fremgår af journal af 23/8 2021, at "Blevet skubbet, fået konstateret diskusprolaps i lænden L5-S1. ...Pt. blev indl. på ... sygehus hvor der blev lavet CT scanning visende gamle skader efter trafikuheld men også friske prolapser".

Af MR-skanning af lændehvirvler af 24/8 2021 fremgår det, at "Ingen sammenlignings undersøgelse i PACS til sammenligning. Der er normel alignment, bevaret corpora højde. Normalt signal fra conus medullaris. På niveau L5 / S1 ses der discusdegenerative forandringer i form af nedsat signal. MODIC type I forandringer i dækpladerne. Der er ligamentum flavum hypertrofi på højre side. På samme niveau ses der bredbaset discusprolaps med højresidig S1 nerverod kompression på recess niveau. Prolapsen ses migreret posteriort og caudalt på højresidig i spinal canalen på ca. 10 mm. Ingen tegn på sequestration eller spinalkanalstenose. På niveau L4 / L5 ses der små schmorlske impressioner og begyndende discusdegeneration uden påviselig prolaps. RD: Bredbaset discusprolaps L5/S1 med højresidig S1 recesstenose. Begyndende discusdegeneration L4 / L5".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 45812.10 og 45812.11, at "Forsikringen dækker i forsikringsperioden forsikringstagerens driftstab* og rimelige, nødvendige og dokumenterede meromkostninger* som følge af, – at den eller de forsikrede bliver helt eller delvist erhvervsudygtig/erhvervsudygtige som følge af sygdom eller et ulykkestilfælde, hvor de første symptomer viser sig i dækningsperioden*. Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade". Af punkt 45840.10 og 45840.14 fremgår det, at forsikringen ikke dækker erhvervsudygtighed, som følge af "Enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, der er diagnosticeret inden tegning".

Nævnet finder at have kompetence til at behandle sagen, hvor klageren som selvstændig erhvervsdrivende har forsikret sig mod driftstab og rimelige, nødvendige og dokumenterede meromkostninger som følge af sygdom eller ulykke.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at selskabet i forbindelse med indtegningen har givet tilsagn om, at forsikringen dækker sygdom/ulykke uden dokumentation, og at han ikke er blevet tilstrækkeligt informeret om, at forsikringen ikke dækker

enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, der er diagnosticeret inden tegning, selvom selskabet ikke har krævet helbredsoplysninger.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det af mail af 13/2 2018 fra selskabet til klagerens mor fremgår, at selskabet har vedlagt to tilbud. Af vedlagte dækningsoversigter af 13/2 2018 fremgår det, hvilke vilkår der er gældende for forsikringen. Det fremgår også, at "Forsikringen dækker ikke enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, der er diagnosticeret inden forsikringens ikrafttrædelse". Nævnet har også lagt vægt på, at klagerens mor i mail af 19/2 2018 bekræfter, at hun har fået et par tilbud. I mailen citeres der ligeledes fra dækningsoversigt af 13/2 2018. På den baggrund må nævnet lægge til grund, at klageren har modtaget selskabets mail af 13/2 2018, hvor dækningsoversigter af samme dato ligeledes var vedlagt, og at klageren herved var bekendt med forsikringens dækningsundtagelse for forudbestående sygdom.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren i forbindelse med indtegningen har fået udleveret et faktaark, og at det heraf fremgår, at "Dette er et salgsmateriale, hvor der ikke er plads til alle detaljer om forsikringen. Vil du vide det hele, skal du læse forsikringsbetingelserne. Du finder dem på www.topdanmark.dk". Klageren er derved både i dækningsoversigten og salgsmaterialet gjort opmærksom på, at der til forsikringen er knyttet forsikringsbetingelser, hvoraf dækningsundtagelsen for forudbestående sygdom ligeledes fremgår, jf. betingelsernes punkt 45840.10 og 45840.14. Nævnet bemærker i øvrigt, at det må anses for almindeligt kendt, at der til forsikringen knytter sig forsikringsbetingelser, som nærmere fastlægger, hvilken dækning forsikringstageren har ret til. Nævnet bemærker videre, at sådanne betingelser kan rekvireres fra selskabet, ligesom disse betingelser kan findes på selskabets hjemmeside.

Spørgsmålet er herefter, hvorvidt der er dækning for den anmeldte sygemelding.

Ankenævnet for Forsikring

24.

97866

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist dækning under henvisning til, at der er tale om en forudbestående lidelse, som er diagnosticeret inden indtegningen, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 45840.10 og 45840.14.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på de lægelige oplysninger, hvoraf det fremgår, at klageren i mange år har været kendt med og behandlet for ryg- og lændesmerter.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen