

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 29. november 2023 blev i sag nr. 99579:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 25/3 2023 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Jeg har søgt om udbetaling vedr. kritisk sygdom da jeg i 2021 fik indopereret en ICD. Jeg har fået afslag af flere gange. Forsikringsselskabet begrundet afslag med at ICD er indopereret som forbyggende. Jeg mener dog at kunne bevise at ICD er indopereret som behandlende.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At få udbetalt den erstatning jeg har ret til."

Klageren har i brev af 9/3 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har søgt om dækning for kritisk sygdom og fået afslag af flere gange. Først søgte jeg selv og fik afslag. Derefter søgte jeg med hjælp fra bekendt (... overlæge [hospital]) dette for bedre at kunne dokumentere hvorfor jeg var uenig i afslaget, jeg fik igen afslag. Herefter bad jeg min advokat se på sagen, vi fik afslag igen. Jeg ønsker at anke denne sag til Ankenævnet for Forsikring, og få den erstatning jeg mener at kunne dokumentere at jeg har ret til.

I FG sidste afslag d 28 juni 2022, begrundet de afslaget med:

'Kernen i § 7W er ikke, at der er implanteret en ICD-enhed, men at den er implanteret som sekundær profylakse. Som sekundær profylakse forstås, at der forud for implantationen har været en livstruende hjerterytmeforstyrrelse, fx et hjertestop, som nødvendiggør en ICD-enhed.

Det er der ikke tale om i din klients tilfælde, hvorfor din klient ikke er berettiget til udbetaling efter § 7 W, og vi fastholder vores tidligere afgørelse i sagen.

I forhold til vores tidligere bemærkning om TASH-proceduren, var det ikke selve operationen der blev refereret til i afslagsbrev af 20. december 2021, men den forøgede risiko for alvorlig hjerterytmeforstyrrelse, som proceduren kunne medføre. Denne forøgede risiko betød, at din klient fik implanteret en ICD-enhed som primær profylakse (forebyggende behandling).'

Min anke er at det ikke handler om primær profylakse men sekundær profylakse. Jeg er ikke enig i at den implanterede ICD er grundet en eventuel TASH operation som på dette tidspunkt ikke var aktuel.

Min bevisførelse og argumentation - se nedenstående.

- 1) Mine egne oplevelser omkring sygdomsforløbet inden indoperation af ICD, dokumenteret og udokumenteret. Samt [overlæge1] [hospital] udtalelser og begrundelse for indoperation af ICD.
- 2) udtalelser fra [overlæge2]
- 3) Nye forsikringsbetingelser fra FG:

1) Efter jeg gennem længere tid har følt smerter i brystet og været svimmel (kort besvimelse) ringer jeg til ... [hospital] d 11/12 2017. Han beder mig søge læge hurtigst muligt. Jeg ringer til min praktiserende læge d 11/12, han beder mig komme straks. Efter at der er taget Ekg ringer lægen til [sygehus] for akut indlæggelse. Jeg oplever at praktiserende læge og sygehuset har en ret op-hedet diskussion hen over hovedet på mig, ved ikke hvad diskussionen går ud på, da begge læger taler med udenlands accent og er svære at forstå. Efter indlæggelse og undersøgelse, bliver jeg udskrevet senere på dagen. Dette kan dokumenteres ved hjælp af journaler fra Lægerne ... samt [sygehus].

Efter denne hændelse har jeg haft 2 tilfælde af kortvarig besvimelse. Og ud over disse har jeg ofte følt mig svimmel ved fysisk anstrengelse.

Den ene besvimelse i haven. Jeg var i gang med at fjerne mos, bliver svimmel og sætter mig ned på en bænk, vågner op senere. Jeg ved ikke hvor lang tid jeg var væk, da jeg var alene hjemme. (kan ikke dokumenteres, da jeg ikke søgte læge og var alene hjemme)

Anden tilfælde var jeg på vej ned af trappen til soveværelset og mister bevidstheden. Jeg vågner op liggende for enden af trappen. Min kone hører at jeg falder men reagerer ikke med det samme, da jeg før er faldet. Da hun ikke hører mere, kalder hun på mig og får ikke svar tilbage. Hun går ca. 15m og finder mig for enden af trappen hvor jeg er ved at komme til bevidsthed. Vi tager efterfølgende på [sygehus], de tager EKG og jeg bliver indlagt kortvarig på skadestuen (ca. 2 timer) Jeg kan ikke finde det i journalerne og det er kun min kone der kan bekræfte denne hændelse.

I 2021 er jeg til undersøgelse på [hospital]. Den nye læge jeg er til undersøgelse ved hedder [overlæge1]. Vi taler hændelserne igennem. Han mener at det er tiden til en ICD, jeg udbeder mig betænkningstid. Lægen mener at jeg skal beslutte mig hurtigt, da han mener at det haster. Min tilstand bliver fremlagt på næste lægekonference, og [overlæge1] ringer mig op. Det er bestemt at jeg er indstillet til indoperation af ICD. Jeg gør det klart at jeg er indstillet på operation, hvis ikke der er tale om en forebyggende operation. Jeg ønsker kun operationen hvis min situation er kritisk og ikke men henblik på en anden operation, der endnu ikke er fastlagt. [Overlægen] fortæller at min helbredstilstand er kritisk og han anbefaler operation. Jeg accepterer og får kort efter indkaldelse.

Ankenævnet for Forsikring

3.

99579

Ud fra dette ser jeg at betingelser for udbetaling af forsikringssum efter § 7 W er opfyldt. Der er dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelser og ICD er indopereret.

Ligeledes har [overlæge1] d. 02.08.2022 bekræftet at indikationen for ICD intet har med THAS operationen at gøre, da man ikke implanterer ICD forud for evt. THAS operation. (se bilag i vedlagt/vedhæftet)

2) Jeg har ligeledes talt med [overlæge2] overlæge på [hospital]. Hun har læst mine journaler og uddrager af dem I brev fra 5.10.2021 vedr. afslag på udbetaling af forsikring vedr. indoperation af ICD-enhed.

'FG anfører i afslaget at ICD-enhed skal være gennemført på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse (sekundær profylakse).

FG mener i gennemgang af journaloplysninger at der ikke foreligger oplysning om livstruende rytmeforstyrrelse før indoperation af ICD-enhed.

Dette er ikke korrekt:

I journal fra 10.5.2021 anføres der:

'RESULTAT AF UNDERSØGELSER:

Pocket-EKG (10.05.21.):

Overvejende normal hjerterytme, enkelt tilfælde med nonsustained VT frekvens >120.'

Dette er en livstruende hjerterytmeforstyrrelse, og på en risikoscore, er der vurderet at [klageren] under alle omstændigheder skulle have en ICD-enhed.

Desuden har han haft uvarslet synkope minimum 2 gange, hvilket bekræfter at der har være livstruende hjerterytmeforstyrrelse, og siden da er der lavet ovenstående Pocket-EKG som har vist non-sustained VT.

Dette kan bekræftes af [overlæge1] ... (se vedhæftet bilag)

(Dette fremgår også i journalnotat af 12.10.21 fra Overlæge ...: 'I samme udredning været vurderet risikomæssigt, har haft uforklaret nærbesvimelse og besvimelser og åbenbar non sustained VT på holter, og derfor blevet udstyret med profylaktisk ICD-enhed for nylig.'

Da man på daværende tidspunkt også overvejede TASH behandling, (det afventer man lige nu), har man valgt en særlig type ICD-enhed ud fra dette, men ICD-enhed skulle tilbydes under alle omstændigheder.'

Jeg skal for god ordens skyld, nævne at [overlæge2] er en ven af huset og har været det i mange år.

3) Jeg hæfter mig ved at forsikringsbetingelserne er lavet om fra d. 01.01.2023 og FG vil nu ikke længere skelne mellem primær og sekundær profylakse med min diagnose (Hypertrofisk kardiomyopati).

Kopi af FG's nye forsikringsbetingelser d.01.01.2023:

W. Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) Gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse (sekundær profylakse).

Derudover dækkes gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) som primær profylakse for følgende diagnoser:

- *Sarkoidose med hjerteinvolvering*
- *Hypertrofisk kardiomyopati*
- *Langt QT-syndrom* Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen.

(hypertrofisk kardiomyopati er min diagnose)

Det kan være svært at skelne mellem Primær profylakse og Sekundær Profylakse, og forsikringsbetingelserne har været meget uklare på dette punkt. Jeg har kunnet dokumentere 1) at jeg har haft livstruende hjerterytmeforstyrrelser. 2) at evt. THAS operation ikke har været årsag til indoperation af ICD (se vedhæftet brev fra [overlæge 1]) og derfor er ICD indopereret som behandlende og forbyggende. Jeg afventer jeres afgørelse."

Selskabet har i brev af 4/5 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Det gælder efter § 1, stk. 1 i 'Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring', at forsikringsaftalen består af gruppelivsaftalen og de forsikringsbetingelser, som er nævnt i § 2, stk. 2-4.

Efter § 2, stk. 1 gælder, at gruppelivsaftalen indeholder de overordnede bestemmelser om de forsikrede/gruppedlemmerne, disses indtræden og udtræden af gruppelivsforsikringen samt forsikringsdækningens omfang mv. Efter stk. 2 i samme bestemmelse er oplistet de dækninger, som kan være omfattet af gruppelivsaftalen og efter stk. 3 er anført, at kritisk sygdom dækkes efter FGs bestemmelser om: 'Dækning ved visse kritiske sygdomme'

'Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring' vedlægges som bilag A og forsikringsbetingelser for 'Dækning ved visse kritiske sygdomme', som var gældende på diagnosetidspunktet i 2021, vedlægges som bilag B.

Klager er via ansættelsesforhold som ... omfattet af ovennævnte gruppelivsaftale, som omfatter dækning ved kritisk sygdom. Uddrag af gruppelivsaftalen vedlægges som bilag C.

Hvori består uenigheden

Klager fik diagnosticeret hypertrofisk kardiomyopati (HCM/hjertesvigt) i 2016, som er en arvelig variant af hjertesvigt. Klager fik i maj 2021 konstateret hjerterytmeforstyrrelser, og klager fik i den forbindelse indopereret en ICD-enhed som primær profylakse (på forebyggende indikation). Indoperation af ICD-enhed som primær profylakse er ikke dækket af forsikringsbetingelserne efter § 7 W, Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som sekundær profylakse.

Klager er af den opfattelse, at selskabet har været uberettiget til at give afslag på udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom, fordi klager mener, at den indopererede ICD-enhed er givet på sekundær profylakse og ikke som primær profylakse.

Det er selskabets opfattelse, at forsikringsbetingelserne for udbetaling efter § 7 W ikke er opfyldt, fordi klager ikke har fået indopereret en ICD-enhed på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse (sekundær profylakse), fx hjertestop.

Klager fik indopereret en ICD-enhed som primær profylakse på grund af, at klager fik konstateret hjerterytmeforstyrrelser i maj 2021, havde hypertrofisk kardiomyopati, samt på baggrund af, at klager muligvis stod overfor en TASH-behandling, hvor man reducerede den fortykkede del af hjertet. TASH-behandlingen kunne medføre en øget risiko for alvorlig hjerterytmeforstyrrelse.

Selskabet har derfor med rette har afvist at udbetale forsikringssummen efter § 7 W.

Sagsfremstilling

Det fremgår af bilag D, at klager 14. juni 2021 søgte om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt, fordi klager havde fået en ICD-enhed i maj 2021.

Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt.

I bilag B er oplistet de diagnoser, som er omfattet af dækningen ved visse kritiske sygdomme. De oplistede diagnoser er en udtømmende optegning af de sygdomme/behandlinger som giver ret til udbetaling. Det betyder, at der først kan ske udbetaling, hvis den diagnose der søges om udbetaling for, eksplicit er nævnt på listen og de konkrete diagnosekrav for diagnosen er opfyldt.

Diagnosekravet der skal være opfyldt for at få sum ved kritisk sygdom udbetalt efter § 7 W, Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som sekundær profylakse, er:

- Gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelser (sekundær profylakse).
 - Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen.
 - Undtaget fra dækning er indoperation af almindelig pacemaker.
- [...]

For at vurdere om diagnosekravet var opfyldt som beskrevet, modtog vi journalmateriale fra Hjertemedicinsk Afdeling på [hospital]. Journalen er vedlagt som bilag E.

Det fremgår af journaloplysningerne under 'Anamnesen', at klager fik diagnosticeret kronisk hjerterstvig (HCM) i 2016 i forbindelse med undersøgelse af mislyd ved hjertet. Klager var til klinisk årskontrol 3. maj 2021, hvor klager oplyste om tabt arbejdsfunktion over de seneste par år.

Klager havde gennem flere år ikke kunnet løbe på grund af [anden sygdom], men kunne cykle i moderat tempo sammenlignet med tidligere. Klager var ophørt med flere af de aktiviteter, som gjorde ham forpustet. Klager var besvimeet en enkelt gang i 2016 i forbindelse med gang på trappe. Ellers velbefindende og velkompenseret.

Under årskontrollen fik klager foretaget hjerterundersøgelser, hvor EKG (hjertekardiogram) viste sinusrytme (normal hjerterytme) og sinusbradykardi (langsom puls). Ekkokardiografi (ultralydsundersøgelse af hjertet) viste septal hypertrofi (fortykkelse af hjertemusklen) og moderat aortastenose (forsnævring af aortaklappen).

På baggrund klagers aftagende funktionsniveau og tiltagende symptomer sammenholdt med, at klager ikke kunne øges i medicinsk behandling mod langsom puls, blev en TASH-behandling overvejet.

Det blev aftalt, at klager skulle have en second opinion vedrørende TASH-behandlingen på [hospital].

Den 10. maj 2021 var klager til hjertemedicinsk objektiv undersøgelse, hvor svar fra Holter-monitorering (optagelse af hjerterytmen) blev gennemgået. Undersøgelsen viste, at klager overvejende havde normal hjerterytme med enkelte tilfælde med non-sustained VT (ikke vedvarende hurtig hjerterytme) med en frekvens på > 120 over 4 slag. Der blev ikke konstateret atrieflimren.

På baggrund af hjerteundersøgelserne sammenholdt med klagers hjertesygdom, blev der udregnet en risiko for SCD (risiko for pludselig død) på 11,13 % inden for 5 år, jf. forklaring i journalnotat af 9. februar 2022.

Konklusionen blev, at klagers problemstillinger skulle drøftes på Arytmi-konference med henblik på stillingtagen til indoperation af ICD-enhed, hvor blandt andet TASH-behandlingen blev nævnt som indikation for ICD-enhed, fordi der ved behandlingen var en risiko på 20 % for AV blok (uregelmæssig overledning af hjertes impulser).

Der blev afholdt Arytmi-konference 11. maj 2021, og beslutningen blev, at klager skulle tilbydes indoperation af ICD-enhed, hvilket klager accepterede.

Klager fik indopereret ICD-enheden 2. juni 2021.

I journalnotat fra 9. februar 2022 fremgår, at på grund af flere problemstillinger i hjertet, bl.a. aortastenose, mitralinsufficiens mv., ville det ikke være optimalt med en TASH-behandling.

Klager udbad sig betænkningstid. I journalnotatet opsummeres, at indikationen for indoperation af ICD-enhed var på grund af klager grundmorbus og risikoprofil med hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, hvor der var en øget risiko for pludselig død. TASH-behandlingen havde dermed ikke en selvstændig indikation for indoperation af ICD-enheden.

Under sagens behandling blev selskabets kardiologiske speciallæge konsulteret. Speciallægen udtalte følgende i sagen: 'Det er en ICD på primærprofylaktisk indikation (høj risiko for arytmi og hypertrofisk kardiomyopati). Han har ikke haft nogen livstruende rytmeforstyrrelse og derfor primær profylakse.'

Det er selskabets vurdering, at klager ikke fik indopereret ICD-enheden som sekundær profylakse på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelser, fx hjertestop, men som forebyggende behandling (primær profylakse) på grund af klagers grundmorbus og risikoprofil med øget risiko for pludselig død (SCD).

Selskabets begrundelse for at fastholde sin afgørelse

På baggrund af ovenstående gennemgang fastholder selskabet, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom efter § 7 W, fordi klager ikke har fået indopereret

Ankenævnet for Forsikring

7.

99579

en cardioverter defibrillator, ICD-enhed, som sekundær profylakse.

Klager har derimod fået ICD-enheden som primær profylakse med indikation i klagers grundmorbushus og risikoprofil med øget risiko for pludselig død.

Selskabet fastholder således afgørelsen om, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme efter § 7 W, hvilket vi meddelte klager 1. juli 2021, 5. oktober 2021, 27. oktober 2021, 20. december 2021 og til klagers advokat 28. juni 2022."

Klageren har i meddelelse af 21/5 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Uenigheden er kort beskrevet: er ICD enhed indopereret som Sekundær eller som Primær profylakse.

Når der har været dokumenterede hændelser og disse lægges til grund for indoperation af ICD, er det så behandlende eller forebyggende? Jeg vil mene at de er behandlende, man kan ikke forebygge at jeg ikke besvimer igen, grundet min diagnose hypertrofisk kardiomyopati men man kan behandle så hændelsen ikke bliver med et dødsfald som udgang.

Som jeg før har nævnt, mener jeg ikke at FG har eller kan dokumentere at disse hændelser forud for min operation ikke har været årsagen til indoperation af ICD enhed. Jeg kan derimod med sikkerhed dokumentere, at disse har været en væsentlig årsag til at jeg blev tilbudt en operation. Enhver besvimelse med min diagnose vil være livstruende. Måske er det derfor man ikke længere i forsikringsbetingelserne skelner mellem primær og sekundær profylakse, når det gælder hypertrofisk kardiomyopati."

Selskabet har i brev af 20/6 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet fastholder besvarelse af klagen af 4. maj 2023 i sin helhed. Besvarelsen giver en grundig gennemgang af indikationen for indoperation af ICD-enheden, som var på primær profylakse, hvilket også bekræftes af selskabets kardiologiske speciallæges, hvis udtalelse er anført i besvarelsen.

Det skal også nævnes, at det er klager der skal løfte bevisbyrden for, at forsikringsbetingelserne for udbetaling er opfyldt."

Til dette har klageren fremsendt meddelelse af 9/7 2023, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg er klar over at jeg har bevisbyrden, men jeg mener at have bevist at betingelserne for udbetaling er opfyldt. (min diagnose samt dokumenteret livstruende hjerterytmeforstyrrelser). Man udtaler fra forsikringsselskabet samt forsikringsselskabets speciallæge (se nedstående)

Under sagens behandling blev selskabets kardiologiske speciallæge konsulteret. Speciallægen udtalte følgende i sagen: 'Det er en ICD på primærprofylaktisk indikation (høj risiko for arytmi og hypertrofisk kardiomyopati). Han har ikke haft nogen livstruende rytmeforstyrrelse og derfor primær profylakse.'

Forsikringssselskabet skal vel kunne modbevise at mine dokumenterede hændelser ikke har været livstruende? og ikke blot gentage deres påstand? Jeg kunne være interesseret i at vide: skal man være konstateret død og derefter genoplivet for at det er livstruende? Eller hvor ligger grænserne? Derfor min udtalelse i svarbrevet. Jeg kunne godt ønske mig at få oplyst, hvad er en livstruende rytmeforstyrrelse, og er det uddybet i forsikringsbetingelserne?"

Hertil har selskabet i brev af 12/7 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Klages hjertefunktion var fra 2021 aftagende med tiltagende symptomer, men de foretagne undersøgelser konkluderede, at klagers hjerte havde normal hjerterytme med enkelte hurtige hjerterestlag, samt at hjertets muskel var fortykket. Efter selskabets vurdering, har der ikke været tale om dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelser, men en langsom og gradvist aftagende hjertefunktion.

Det skal dog bemærkes, at hvorvidt en hændelse har været livstruende, er en lægefaglig vurdering, hvorfor selskabets kardiologiske speciallæges udtalelse fuldt ud kan lægges til grund for denne vurdering."

Heroverfor har klageren i meddelelse af 26/7 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Da FG lægger deres lægefaglig specialist udtalelse til grund for deres afslag, vil jeg prøve påvise deres fejlagtige antagelser, ved udtalelse fra anden lægefaglig specialist. Jeg har ingen kendskab til FG's lægefaglige specialist, og jeg er ikke blevet kontaktet af vedkommende og ikke blevet spurgt ind til mit forløb. FG's lægefaglige specialist udtalelser tager udgangspunkt i mine journaler som de har haft adgang til.

Årsagen til implementering af ICD fremgår af journalnotat 12.10.21 fra Overlæge ...: 'I samme udredning været vurderet risikomæssigt, har haft uforklaret nærbesvimelse og besvimelser og åbenbar non sustained VT på holter, og derfor blevet udstyret med profylaktisk ICD-enhed for ny lig.'

Dette vil kunne bekræftes af [overlæge1], [mit familimedlem] Ph.d, dr.med Speciallæge i kardiologi har været hjertemediciner på [hospital] gennem mange år og må siges at være meget anerkendt. Som svar på FG's lægefaglige specialist udtalelser har jeg vedhæftet en udtalelse fra [speciallæge i kardiologi] vedr. uforklaret nærbesvimelse og besvimelse med udgangspunkt i min diagnose. (se vedhæftet dokument)."

Selskabet har herefter i brev af 16/8 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Det bemærkes, at både klager og speciallæge ... bekræfter i det modtagne, at ICD enheden, som klager fik implanteret, blev implanteret som en profylaktisk behandling (primær profylakse), hvilket ikke er dækket efter § 7 W i bilag B.

Det bemærkes ligeledes, at det(de) omtalte besvimelsestilfælde var i 2016, som er 5 år før implantering af ICD-enheden i 2021, hvilket viser, at implantationen var på primær profylakse og ik-

ke på baggrund af en tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse, fx hjertestop, hvor man ikke ville vente 5 år med implantation af ICD-enheden."

Klageren har i meddelelse af 3/9 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har svært ved at forstå hvordan FG kan komme frem til at både jeg og [kardiologen] bekræfter at den implanterede ICD enhed blev givet i primær profylaktisk øjemed. [Kardiologen] forholder sig kun til om mine dokumenterede besvimelser kan have været livstruende.

[Kardiologen] henviser til FG's Speciallæge/konsulent i indledningen. Måske misforståelsen er opstået her. (læs nedenstående som er indledning til [kardiologens udtalelse])

[Klageren] er utilfreds men forsikringsselskabets afgørelse, hvor man har besluttet ikke at tilkende ham erstatning i forbindelse med kritisk sygdom, en beslutning baseret på udtalelser fra egen speciallæge konsulent der har vurderet at den implanterede ICD enhed blev givet i primær profylaktisk øjemed.

Det [kardiologen] udtaler sig om er hvorvidt mine dokumenterede besvimelser har været livstruende. (læs nedenstående)

Først da der tilkommer 2 besvimelser ikke forudgået af fysisk anstrengelse eller prodromer, har den behandlingsansvarlige speciallæge på [hospital] vurderet at risikoen for pludselig hjertedød retfærdiggjorde implantation af profylaktisk ICD implantation. Selvom der ikke ligger håndfast dokumentation for livstruende rytmeforstyrrelse, er denne beslutning netop truffet da det er umuligt at udelukke at de 2 episoder er forårsaget af livstruende ventrikulær takyarytmi.

Når man sammenholder det med at FG har valgt at ændre deres forsikringsbetingelser fra årsskiftet 2022 giver dette jo god mening. I dag er min diagnose nok til at få udbetalt erstatning, man skelner ikke længere mellem primær og sekundær profylakse.

I FG svarskrivelse henviser de til besvimelse tilfælde i 2016. (se nedenstående).

Det bemærkes ligeledes, at det(de) omtalte besvimelsestilfælde var i 2016, som er 5 år før implantering af ICD-enheden i 2021, hvilket viser, at implantationen var på primær profylakse og ikke på baggrund af en tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse, fx hjertestop, hvor man ikke ville vente 5 år med implantation af ICD-enheden.

Dette er heller ikke korrekt. Besvimelsestilfælde var d. 11/12- 2017, hvilket jeg har nævnt i mit brev fra d. 29/3-2023. Hvorfor min daværende læge ikke følger op på denne besvimelse har jeg ingen kendskab til. Hvorvidt tiden har en indvirkning på om det er primær eller sekundær profylakse kan jeg have min tvivl om, dette er FG vurdering. Da min nuværende læge på [hospital] hører om forløbet med besvimelser, er jeg undersøgt, indstillet og opereret inden for 2 mdr."

Selskabet har i brev af 19/9 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabets tidligere besvarelser fastholdes i helhed.

Det skal dog bemærkes, at med ændringen af selskabets forsikringsbetingelser med virkning fra 1. januar 2023, skelnes der fortsat mellem, hvorvidt implantation af en ICD-enhed sker på primær- eller sekundær profylakse.

Ændringen af forsikringsbetingelserne medfører, at implantation af en ICD-enhed som primær profylakse, er dækket fra 1. januar 2023 for tre helt specifikke hjertesygdomme.

For andre hjertesygdomme kræves det fortsat, at implantation af ICD-enheden er sket på sekundær Profylakse."

Hertil har klageren i brev af 1/10 2023 bl.a. anført:

"Jeg må igen rette FG's udtalelser i brev fra 19/9 2023, det de skriver er ikke korrekt. Min diagnose er Hypertrofisk kardiomyopati. Læs nedenstående som er taget ud af FG's forsikringsbetingelser fra 1/1-2023.

W. Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder)

Gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse (sekundær profylakse).

Derudover dækkes gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) som primær profylakse for følgende diagnoser:

- **Sarkoidose med hjerteinvolvering**
- **Hypertrofisk kardiomyopati**
- **Langt QT-syndrom** Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen

Min diagnose dækkes af FG både for Primær og Sekundær profylakse fra 1/1-2023. (læs forsikringsbetingelserne). Jeg kan have min tvivl om FG er ordentligt orienteret omkring min diagnose og på hvilken baggrund min ICD blev indopereret.

Der er ingen tvivl om at jeg opfylder alle betingelser som er beskrevet i FG's forsikringsbetingelser også før 1/1-2023. Det eneste der kan være tvivl om, er hvorvidt mine dokumenterede besvimelser har været livstruende. Derfor brevet fra overlæge [kardiolog], som beskriver hvorfor man ikke kan udelukke livstruende hjerterytmeforstyrrelser med mindre, man på besvimelsestidspunktet bærer en holter som overvåger ens hjerterytm. Kan man afvise udbetaling hvis man ikke kan afvise at mine besvimelser har været livstruende?"

Heroverfor har selskabet i brev af 1/10 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har ikke yderligere kommentarer."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af klagerens ansøgning om udbetaling af forsikringssum af 14/6 2021 fremgår bl.a.:

"Hvilken sygdom vil du søge om udbetaling for? ICD-enhed
Hvornår blev du syg? 1-5-2021."

Af hospitalsjournal fra hjertemedicinsk ambulatorium fremgår bl.a.:

"03-05-2021

...

EKG med sinusrytme og sinusbradykardi, normal PO-interval. Inverteret T-takker i V4-V6 tegn til venstre ventrikelhypertrofi.

...

10-05-2021

...

Svar på patientens Holter-monitorering denne viser overvejende normal hjerterytme, enkelt tilfælde med non-sustained VT-frekvens >120 over 4 slag. Der er angivet symptomer en gang, hvor der er set isolerede supraventrikulære ekstrasystoler. Ingen arterieflimren.

Patienten har således non-sustained VT. Patientens risikoberegning er nu 11,3 %.

...

11-05-2021

...

Kardiologisk:

2016 konstateret HCM pga mislyd. Universiel hypertrofi med muskel vulst 20mm, forkalket aortaklap. Hvile gradient 24mmHg.

TEE med lidt SAM. NTG induceret gradient til 42mmhg. Aortaklapareal beregnet til 1,4cm². 2016, uvarslet synkope. Ingen prodromer.

2017 MR med septal hypertrofi, flow acceleration i LVOT, ingen LGE. Holter med kort løb af SVT ingen NSVT.

2019 Man finder tegn til HocM med provokabel gradient til 1000mmHg ved Valsalva, LVEF normal. Let til moderat MI.

2019 Hjerter-CT uden betydende koronar sygdom, men diffus arteriosklerose, calcium score 850, FFR-CT uden betydende senose. Cykeltest med provokabel dynamisk i gradient i LVOT på hajfinneformet kurve 100-150mmHg.

2019 TEE med udpræget SAM, Moderat ML ERO 0,23, RV 48ml. Let AI, max: gradient 51mmHg.

Gentagne Halter monitoreringer uden NSVT eller atrieflimren.

Er i behandling med Selo-zok 50mg x 1 og har sinus rytme frekvens 50 på denne dosering (sinus bradykardi ned til 45 på seneste holter.

Hjertemedicinsk objektiv undersøgelse

...

Patienten har tabt funktionsniveau over de sidste par år. Har gennem flere år ikke kunne løbe pga. ..., kan forsat cykle, men kun i moderat tempo, sammenlignet med tidl. Er ophørt med flere af de aktiviteter der har gjort ham forpustet, spiller forsat golf, uden problemer.

...

Har været besvimet uforklaret i forbindelse med trappegang i 2016, havde ingen prodromer og slog hovedet. Ingen hjertebanken. Ingen hjertebanken, eller nylige synkoper.

Holter-monitorering med NSVT.

Patientens risiko beregning er nu 11,3 %.

...

Resultat af undersøgelser:

...

Pocket-EKG (10.05.21):

Overvejende normal hjerterytme, enkelt tilfælde med non sustained VT frekvens > 120 over 4 slag. Der er angivet symptomer en gang, hvor der er set isolerede supraventrikulære ekstrasystoler. Ingen arterieflimren.

Ekko (03.05.21):

LA dilateret 45mm

LV non-dilateret koncentrisk hypertrofi af bagvæg. EF normal. Septal hypertrofi, samtidig koncentrisk remodellering af resten af myokardiet.

Formentlig moderat aortastenose, SAM bevægelse af forreste mitralflig og dynamisk I LVOT-obstruktion med max gradient 118mmHg. let excentrisk ML

Hjerte-CT (12.08.19):

Ca-score 850. Der ses primært lettere diffuse forandringer, med vægkalcifikationer. På RCA er der et område med et mixed plaque. hvor man har indtryk af en mulig signifikant stenose over et kort stykke.

...

MR-skanning (24.02.17):

LV grænsedilateret og hypertrofisk, især ved septum er der en stor muskelvulst og udtalt flowacceleration i LVOT, Højre ventrikel visuelt velfungerende.

Der er ingen synlig SAM bevægelse, men visuelt en mitralinsufficiens med flere jets, beregnet til cirka 25 ml pr slag. Der er ingen betydende klapabnormitet i øvrigt.

Der er god overensstemmelse i flowmålingerne.

Der er ingen sen kontrastopladning.

...

Man bør måske give patienten en dobbeltkammer ICD, da han formentlig skal TASH behandles hvor der er 20 % risiko for AV-blok som komplikation. Derfor vil det være en fordel at få anlagt ICO inden TASH behandling i ...

...

Konferencebeslutning

...

Pts sygehistorie drøftes i plenum. Ud fra pts samlede risikovurdering (selv uden tilfælde af enkeltstående løb af non-sustained VT) samt mulig forstående TASH-procedure, vælges at tilbyde pt dobbeltkammer ICD.

...

28-05-2021

...

Diagnoser - ... - Ventrikelflagren eller ventrikelflimren

...

02-06-2021

...

Hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati. Non-sustained VT. Drøftet på arytmikonference og besluttet at tilbyde patienten en dobbeltkammer ICD, da han formentlig skal TASH behandles hvor der er 20 % risiko for AV-blok som komplikation.

...

I lokalanæstesi i venstre pectoralis region foretages incision og vena cephalica frilægges. Der placeres en Biotronik dobbelt coil ICD elektrode ud mod apex af højre ventrikel, fin skades potentiale og pæne værdier.

...

Diagnoser - Aktionsdiagnose: D1421, Obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati

Procedurer: BFCB01, Implant. cardiovert.-defibrill.til ventr.takykardi,2-kammer.

...

02-06-2021

...

Hjertemedicinsk objektiv undersøgelse

...

Pacemakeren er kontrolleret og fundet velfungerende med følgende værdier."

Af hospitalsjournalnotat af 9/2 2022 fra hjertemedicinsk afdeling fremgår bl.a.:

"Pt har kontaktet afdelingen for at tale med UT og drøfte undersøgelserne ... Man har fundet det sandsynligt at der er tale om betydende aortastenose blandt andet ud fra TEE og høj kalkscore på hjerte-CT. Desuden betydelig SAM med elongeret forreste mitralflig og flow acceleration i LVOT samt mitralinsufficiens. Oplægget derfra er således at TASH ikke vil være optimal da LVOT obstruktionen ikke alene bidrager til symptomerne, men derimod at udskiftning af aortaklappen, myektomi og mitralplastik vil være tilbudet. Pt har udbedt sig betænkningstid og i mellemtiden har man forsøgt fordobling af Selo-zok til 100mg dagligt velvidende pt har bradykardi ned til 45 på Holter.

Patienten har samtidig været kontakt med sit forsikringsselskab i forhold til ICD-enheden. Pt er noget frustreret over at det virker som om at der en vis misforståelse af indikationen for ICD behandlingen i den givne situation.

Pt er tilbudt ICD med baggrund i patientens grundmorbus, som af hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati (HOCM), en kronisk hjertemuskelsygdom ud fra en risikovurdering af patientens risiko for pludselig død (SCD). Ud fra en samlet vurdering af patientens risikoprofil i relation til HOCM hvor hjertemuskulens fortykningsgrad, graden af obstruktion i venstreventrikels udløbsdel, forkammerets størrelse, symptomer og non-sustained VT på holter findes en risiko score på 11,3% for at oplave SCD indenfor 5 år. Derved er pt oplagt kandidat til implantation af ICD-enhed.

Indikationen for ICD har således intet med evt TASH-procedure at gøre og man implanterer hverken

pacemaker eller ICD rutinemæssigt forud for TASH-procedure, men i og med der var klar indikation for ICD fandtes det helt essentielt at ICD implanteret inden evt TASH procedure da op imod 20% vil være i risiko for at skulle have en pacemaker efter proceduren.

Således har pt's ICD implantation intet at gøre med TASH behandlingen, som pt i øvrigt ikke skal have foretaget alligevel.

...

Diagnoser

...

Obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati."

Af selskabets afgørelse af 1/7 2021 fremgår bl.a.:

"Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt, som det står i § 7 W, Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som sekundær profylakse. Det fremgår blandt andet, at der skal være gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse (sekundær profylakse).

Vores lægekonsulent har gennemgået journaloplysningerne. Det fremgår, at du den 2. juni 2021 fik indopereret en ICD-enhed på grund af kardiomyopati (primær profylakse).

Da du ikke har fået foretaget indoperation af ICD-enhed, som sekundær profylakse, opfylder du ikke betingelserne for udbetaling ved kritisk sygdom, og vi kan ikke udbetale forsikringssummen."

Af brev fra speciallæge i kardiologi af 18/7 2023 fremgår bl.a.:

"Jeg er i dag blevet kontaktet af ovennævnte familiemedlem, da han ønsker min vurdering af en nylig afgørelse truffet af hans forsikringsselskab, berettet i mit nøje kendskab til hans sygdomsforløb og min egen specialist baggrund.

[Klageren] er utilfreds med forsikringsselskabets afgørelse, hvor man har besluttet ikke at tilkende ham erstatning i forbindelse med kritisk sygdom, en beslutning baseret på udtalelser fra egen speciallæge konsulent der har vurderet at den implanterede ICD enhed blev givet i primær profylaktisk øjemed.

[Klageren] har haft diagnosen hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati gennem flere år, med udløbsdelobstruktion på trods af beskeden septum tykkelse og normal pumpefunktion. Man har initialt gennem længere tid ikke anbefalet profylaktisk ICD enhed da risikoen for pludselig hjertedød har været vurderet lav (<4% 5-års risiko for hjertedød ved brug af European Society of Cardiology (ESC) Hypertrofisk Cardiomyopati lommeregner (<https://doc2do.com/hcm/webHCM.html>) anbefalet af Dansk Kardiologisk Selskab (kapitel 32 i National behandlingsvejledningen, <https://www.cardio.dk/arv>)

Først da der tilkommer 2 besvimelser ikke forudgået af fysisk anstrengelse eller prodromer, har den behandlingsansvarlige speciallæge på [hospital] vurderet at risikoen for pludselig hjertedød retfærdiggjorde implantation af profylaktisk ICD implantation. Selvom der ikke ligger håndfast dokumentation for livstruende rytmeforstyrrelse, er denne beslutning netop truffet da det er umuligt at udelukke at de 2 episoder er forårsaget af livstruende ventrikulær takyarytmi. Sikker diagnostik ville kræve EKG monitorering på det givne tidspunkt, og derfor også umulig at føre bevis for. I [klagerens] tilfælde vil en uforklaret besvimmel i sig selv ikke medføre at risikoen retfærdiggør ICD implantation (3,7% 5-årlig risiko ved anvendelse af ESC lommeregner), denne vil netop kræve at der også tilkommer en livstruende rytmeforstyrrelse som non-sustained VT.

Jeg har derfor vanskeligt ved at forstå forsikringsselskabets afgørelse."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"§ 1. For forsikringen gælder nedennævnte betingelser i tilslutning til FGs gruppelivsaftaler og forsikringsbetingelser.

Forsikringen dækker de sygdomme/diagnoser, der er nævnt i § 7 A-X.

Når en diagnose er stillet, som krævet i forsikringsbetingelserne, kan forsikringssummen udbetales.

Der anvendes de forsikringsbetingelser, og der udbetales den forsikringssum, som var gældende den dag, hvor diagnosen blev stillet.

...

§ 7. Ved kritisk sygdom forstås:

...

W. Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som sekundær profylakse

Gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse (sekundær profylakse).

Diagnosen anses for stillet på operationsdatoen.

Undtaget fra dækning er indoperation af almindelig pacemaker.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 B (blodprop i hjertet) og/eller § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 W.

Diagnosen er dækket fra 1. januar 2014."

Nævnet udtaler:

Klageren søgte den 14/6 2021 om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom, idet han havde fået implanteret en ICD-enhed i hjertet. Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klageren fik implantation af ICD-enheden som primær profylakse (på forebyggende indikation), hvilket ikke er dækket af forsikringsbetingelsernes § 7 W.

Klageren ønsker udbetaling af forsikringssum. Klageren har anført, at ICD-enheden blev implanteret som sekundær profylakse (behandlende) og ikke som primær (forebyggende). Klageren har anført, at han opfylder forsikringsbetingelsernes § 7 W, idet han havde livstruende hjerterytmeforstyrrelser, som nødvendiggjorde indoperation af ICD-enheden. Han havde gennem længere tid haft smerter i brystet samt haft kortere besvimelsestilfælde. I 2021 blev han anbefalet operation. Klageren har anført, at han den 10/5 2021 målt en livstruende hjerterytmeforstyrrelse, og at "det kan være svært at skelne mellem Primær profylakse og Sekundær Profylakse, og forsikringsbetingelserne har været meget uklare på dette punkt. Jeg har kunnet dokumentere 1) at jeg har haft livstruende hjerterytme forstyrrelser. 2) at evt. THAS operation

ikke har været årsag til indoperation af ICD ... og derfor er ICD indopereret som behandlende og forbyggende".

Selskabet har anført, at "Klager fik indopereret en ICD-enhed som primær profylakse på grund af, at klager fik konstateret hjerterytmeforstyrrelser i maj 2021, havde hypertrofisk kardiomyopati, samt på baggrund af, at klageren muligvis stod overfor en TASH-behandling, hvor man reducerede den fortykkede del af hjertet. TASH-behandlingen kunne medføre en øget risiko for alvorlig hjerterytmeforstyrrelse". Selskabet har anført, at det af den lægelige journal fremgår, at indikationen for indoperation af ICD-enheden var på grund af klagerens grundmorbus og risiko-profil med hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati. Selskabet har anført, at klageren ikke har haft livstruende rytmeforstyrrelse.

Af journal af 10/5 2021 fremgår det, at Holter-monitoreringen "viser overvejende normal hjerterytme, enkelt tilfælde med non-sustained VT-frekvens >120 over 4 slag. Der er angivet symptomer en gang, hvor der er set isolerede supraventrikulære ekstrasystoler. Ingen arterieflimren. Patienten har således non-sustained VT. Patientens risikoberegning er nu 11,3 %".

Af journal af 11/5 2021 fremgår det, at man i 2019 "finder tegn til HocM med provokabel gradient til 1000mmHg ved Valsalva, LVEF normal. Let til moderat MI. 2019 Hjerter-CT uden betydende koronar sygdom, men diffus arteriosklerose, calcium score 850, FFR-CT uden betydende senose. Cykeltest med provokabel dynamisk i gradient i LVOT på hajfinneformet kurve 100-150mmHg. 2019 TEE med udpræget SAM, Moderat ML ERO 0,23, RV 48ml. Let AI, max: gradient 51mmHg. ... Hjertekonference ... Patienten har tabt funktionsniveau over de sidste par år ... Har været besvimet uforklaret i forbindelse med trappegang i 2016, havde ingen prodromer og slog hovedet. Ingen hjertebanken. Ingen hjertebanken, eller nylige synkoper ... Man bør måske give patienten en dobbeltkammer ICD, da han formentlig skal TASH behandles hvor der er 20 % risiko for AV-blok som komplikation. Derfor vil det være en fordel at få anlagt ICD inden TASH behandling ... Ud fra pts samlede risikovurdering (selv uden tilfælde af enkeltstående løb af non-sustained VT) samt mulig forstående TASH-procedure, vælges at tilbyde pt dobbeltkammer ICD".

Af journal af 9/2 2022 fremgår det, at "Pt er tilbudt ICD med baggrund i patientens grundmorbus, som af hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati (HOCM), en kronisk hjertemuskelsygdom ud fra en risikovurdering af patientens risiko for pludselig død (SCD). Ud fra en samlet vurdering af patientens risikoprofil i relation til HOCM hvor hjertemuskulens fortykningsgrad, graden af obstruktion i venstreventrikels udløbsdel, forkammerets størrelse, symptomer og non-sustained VT på holter findes en risiko score på 11,3% for at opleve SCD indenfor 5 år. Derved er pt oplagt kandidat til implantation af ICD-enhed. Indikationen for ICD har således intet med evt TASH-procedure at gøre og man implanterer hverken pacemaker eller ICD rutinemæssigt forud for TASH-procedure, men i og med der var klar indikation for ICD fandtes det helt essentielt at ICD implanteret inden evt TASH procedure da op imod 20% vil være i risiko for at skulle have en pacemaker efter proceduren".

Af selskabets afgørelse af 1/7 2021 fremgår det, at "Vores lægekonsulent har gennemgået journaloplysningerne. Det fremgår, at du den 2. juni 2021 fik indopereret en ICD-enhed på grund af kardiomyopati (primær profylakse)".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 1, at forsikringen dækker de sygdomme/diagnoser, der er nævnt i § 7 A-X. Det fremgår af § 7 W, at forsikringen dækker "**W. Indoperation af ICD-enhed (hjertestøder) som sekundær profylakse** Gennemført implantation af implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) på grund af dokumenteret tidligere livstruende hjerterytmeforstyrrelse (sekundær profylakse)".

Nævnets flertal udtaler:

Efter en gennemgang af sagen finder flertallet, at implantationen af ICD-enheden var primær profylaktisk med det formål at forebygge alvorlige hjerterytmeforstyrrelser, og ikke sekundær profylaktisk. Flertallet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

Flertallet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af journal fra hjertemedicinsk afdeling af 9/2 2022, at klageren blev tilbudt en ICD-enhed på grund af hans "grundmorbus, som af hy-

Ankenævnet for Forsikring

18.

99579

pertrofisk obstruktiv kardiomyopati (HOCM), en kronisk hjertemuskelsygdom", og ud fra en vurdering af klagerens risiko for pludselig død inden for 5 år.

Det, som klageren i øvrigt har anført – herunder, om at selskabet efterfølgende har ændret sine forsikringsbetingelser – kan ikke føre til andet resultat.

Nævnets mindretal udtaler:

Efter en gennemgang af sagen finder mindretallet, at implantationen af ICD-enheden var sekundær profylaktisk, hvorfor klageren opfylder diagnosekriterierne i forsikringsbetingelsernes § 7 W. Selskabet skal derfor udbetale forsikringssummen ved kritisk sygdom.

Mindretallet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af journal af 9/2 2022 at klageren "er tilbudt ICD med baggrund i patientens grundmorbus, som af hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati (HOCM), en kronisk hjertemuskelsygdom ud fra en risikovurdering af patientens risiko for pludselig død (SCD).

Ud fra en samlet vurdering af patientens risikoprofil i relation til HOCM hvor hjertemuskulens fortykningsgrad, graden af obstruktion i venstreventrikels udløbsdel, forkammerets størrelse, symptomer og non-sustained VT på holter findes en risiko score på 11,3% for at opleve SCD indenfor 5 år. Derved er pt oplagt kandidat til implantation af ICD-enhed".

Mindretallet har også lagt vægt på, at det fremgår af journal af 11/5 2021, at klageren – ud fra en samlet risikovurdering – fik tilbudt implantation af ICD-enheden, idet han havde "tabt funktionsniveau over de sidste par år", og havde "været besvimet uforklaret i forbindelse med trappegang i 2016".

Der træffes afgørelse efter stemmeflertallet.

Som følge heraf

Ankenævnet *for* Forsikring

19.

99579

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings', written in a cursive style.

Peter Thønnings