

# Ankenævnet for Forsikring

Den 29. november 2023 blev i sag nr. 99959:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Topdanmark Forsikring A/S  
Borupvang 4  
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

---

Forsikringstageren har ulykkesforsikring med dækning ved kritisk sygdom. I klageskema af 29/6 2023 til nævnet har klageren bl.a. anført:

**"Kort redegørelse for sagen**

Topdanmark mener ikke de skal dække vores søn ...

[Søn] har epilepsi, og burde derfor være dækket under kritisk sygdom, som Topdanmark gentagne gange har skrevet, sagt og markedsføre sig med.

Jeg er telefonisk (optaget hos Topdanmark) flere gange blevet orienteret om at det blot var en formsag, og at sagen ville gå igennem uden problemer.

På trods af anmodning om aktindsigt, er det fortsat begrænset hvad Topdanmark har fremsendt, og kun en enkelt af de telefonsamtaler (ud af flere) er fremsendt hvor Topdanmarks medarbejder igen oplyser at vores søn er dækket for epilepsi under kritisk sygdom. Ville gerne have fremsendt alle telefonsamtalerne, men dette er desværre ikke muligt, da Topdanmark ikke ønsker at videregive disse.

Topdanmark nægter fortsat at dække vores søns epilepsi, hvilket er det vi klager over.

**Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**

Vi vil opnå erstatning af vores søns kritiske sygdom, altså hans epilepsi, som Topdanmark har lovet os siden november 2020. At Topdanmark også skal overholde Forsikringsaftaleloven, herunder deres oplysningsforpligtelse og ikke kan komme 4 år senere og afgøre en sag anderledes end hvad der er blevet lovet fra start af."

# Ankenævnet for Forsikring

2.

99959

Klageren har endvidere indsendt klageskrivelse, hvor det bl.a. fremgår:

"Den 16. november 2020 går vores søn [søn] i epileptiske kramper for første gang. [Søn] kramper i 17 minutter og er ikke kontaktbar i ambulancen.

Da vi er udskrevet fra sygehuset, kontakter jeg Topdanmark, for at sikre mig at [søns] forsikringer er opdateret og bliver her (igen) oplyst om at [søn] er dækket for epilepsi under kritisk sygdom, og jeg anmelder derfor [søns] epilepsi med det samme.

Vi tegner vores forsikringer hos Topdanmark tilbage i december 2019, hvor vi helt bevidst tilvælger kritisk sygdom, så hvis det forfærdelige skulle være ude, at man får et alvorligt sygt barn, skal man ikke slås med forsikringsselskab osv., da man ønsker at bruge sine ressourcer på at komme sig og hjælpe ens barn.

Den 11. marts 2021 modtager vi afgørelse om, at [søn] ikke endeligt har fået stillet diagnosen epilepsi, men såfremt han får stillet diagnosen epilepsi, skal vi vende retur så sagen kan afsluttes. På Topdanmarks hjemmeside fremgår det tydeligt at Topdanmark dækker epilepsi under kritisk sygdom (se vedhæftede screenshot), så jeg tænker ikke der er nogle problemer.

[Søn] har siden den 16. november 2020, haft MANGE kramper siden. +100 kramper, ind og ud af sygehuset, ambulancetur, stesolid, buccolam, 3 forskellige medicinpræparater osv. og er fortsat ikke anfaldsfri, og har ikke været det siden.

Han har fået stillet diagnosen epilepsi, og jeg kontakter derfor Topdanmark i starten af januar 2023, hvor jeg bliver oplyst telefonisk at jeg blot skal sende screenshot ind af hans sundhedsplatform, hvor diagnosen fremgår og det herefter blot er en formsag, da [søn] fortsat er dækket for kritisk sygdom (denne telefonsamtale er optaget hos Topdanmark, med min accept).

Den 12. januar 2023 bliver jeg oplyst at Topdanmarks lægekonsulenter kigger på sagen, og at vi efterfølgende vil høre nærmere.

Jeg kontakter Topdanmark nogle gange, for at høre hvor i processen sagen er, og bliver oplyst at det blot er en formsag at lægekonsulenterne skal gennemgå sagen, og at sagen snart vil være afsluttet (endda til vores fordel får vi af vide telefonisk da det jo tydeligt fremgår at epilepsi er dækket under kritisk sygdom. Her kan jeg henvise til telefonsamtale i midten af januar, som er optaget hos Topdanmark, da jeg har givet mit samtykke til dette).

Den 24. januar 2023 modtager jeg en afgørelse fra [medarbejder1], citat fra afgørelse: *'I vores afgørelse har vi lagt vægt på, at der ikke er tale om en af de epilepsidiagnoser der er oplistet under svær epilepsi. Epilepsien er i øvrigt ikke svær da der ikke er tale om hyppige anfald.'*

Jeg er meget forundret og meget frustreret og forsøger at komme i kontakt med [medarbejder1], da jeg aldrig har talt med hende før og hun åbenbart er ny sagsbehandler, og undrer mig over at man kan kalde [søns] mange mange anfald for 'ikke hyppige'. Jeg kan ikke komme i kontakt med hende.

Efter flere forgæves opkald bliver jeg til sidst vred, og det lykkedes mig derfor at komme i kontakt med leder [medarbejder2].

Det viser sig, at der ikke er indhentet oplysninger på [søn], så de oplysninger der fremgår omkring [søns] epilepsi er 2,5 år gamle (fra hans første anfald og beskriver egentlig kun [søns] handicap i form af hans diagnose infantil autist).

Da jeg taler med [medarbejder2], fortæller hun mig her, at der er noget der hedder diagnosekoder, og at afgørelsen derfor er forkert formuleret og at [søn] ikke passer ind under den rigtige kode. Jeg har aldrig hørt om dette før. Hverken da jeg tegner forsikringen i december 2019, da vi modtager policen 25. december 2019 fremgår det ikke, i forbindelse med at jeg anmelder skaden, alle de mange telefonsamtaler jeg har haft løbende med Topdanmark (se evt. [søns] sag, hvor notaterne for alle samtalerne bør fremgå), via Topdanmarks hjemmeside osv.

På intet tidspunkt er vi blevet oplyst om diagnosekoder. [Medarbejder2] fortæller mig at det fremgår af forsikringsvilkårene (på side 25) altså dem som vi aldrig har fået fremsendt? Det fremgår, som nævnt, IKKE af den fremsendte police, som vi modtog da vi oprettede forsikringen. Som jeg læser Lov om forsikringsaftaler, har Topdanmark oplysningspligt. Især i forbindelse med fjernsalg (oprettede forsikringer telefonisk). Denne er absolut ikke overholdt.

[Medarbejder2] medgiver dog, at den afgørelse der er fremsendt er på forkert grundlag (2,5 år gamle oplysninger) og at formuleringen er uforskammet at sende ud til forældre med et så alvorligt sygt barn som vi har. Hun fortæller mig samtidig, at hvis vi giver vores samtykke, så kan der hentes nye oplysninger. [Medarbejder2] fortæller mig samtidig, at hvis lægekonsulenterne vurderer at [søn] har svær epilepsi, så ser de bort fra diagnosekoder? Dette forstår jeg heller ikke, hvis diagnosekoderne er fuldstændig afgørende?

Der er nu hentet nye oplysninger på [søn]. Og som det fremgår af hans journal, er der ikke længere tvivl om, at [søn] er alvorligt syg af hans epilepsi.

Klagepunkter:

- Vi er på intet tidspunkt blevet gjort opmærksomme på diagnosekoder er afgørende faktor for at gøre brug af kritisk sygdoms dækning. Oplysningspligten er derfor ikke overholdt.

- Det er vildledende markedsføring på Topdanmarks hjemmeside (se screenshot) hvor det fremgår tydeligt at epilepsi er en del af kritisk sygdoms dækning.

- Det er urimeligt, og utrolig dårlig kundevejledning, at vi på intet tidspunkt er blevet gjort opmærksomme på noget med diagnosekoder i hele denne proces (på 2,5 år). På intet tidspunkt er vi blevet vejledt omkring dette, tværtimod er vi blevet oplyst at [søn] selvfølgelig er dækket, og det er kun fordi jeg bliver vred over afgørelsen fra [medarbejder1], at jeg kommer i kontakt med en leder der oplyser dette.

- Klage over sagsbehandlingen. Det har været umuligt at få fat i sagsbehandlere der har siddet på [søns] skadessag. Vi er sendt i ring hver gang, og man skal blive vred førend det lykkedes at komme i kontakt med en der kan hjælpe.

- Måden at formulere en afgørelse på til en familie med et så alvorligt sygt barn, som [søn] er. Epilepsi er en meget alvorlig lidelse, vores søn kan blive svært hjerneskadet eller i værste tilfælde dø af denne sygdom. Det er simpelthen under al kritik.

- At man har behandlet vores situation/sag så respektløst, at man ikke er opmærksom på at oplysninger der ligger til grund for afgørelsen er 2,5 år gamle og den derfor er helt forkert.

Vi mener selvfølgelig, at vores søn med så svær en epilepsi som han har, er omfattet af dækning af kritisk sygdom, som det fremgår af Topdanmarks hjemmeside.

Vi mener ikke, at Topdanmark på nogen måder kan dække sig ind med argumentation om forkert diagnosekode, da vi aldrig er blevet oplyst dette, som det også fremgår af det fremsendte den 25. december 2019.

Hvis I, mod forventning, skulle give Topdanmark medhold i denne, i vores optik urimelige og usaglige afgørelse, ønsker vi at vejledes i hvordan vi kan klage yderligere/få hjælp til at gå videre, udover trustpilot og sociale medier.

Vi, i vores familie, ønsker ro og ønsker absolut ikke at skulle bruge vores ressourcer på at 'kæmpe' med et forsikringssselskab, som vi betaler så mange penge til om året og som vi normalt faktisk er meget tilfredse med, så vi håber på en hurtig og rimelig afklaring fra jer af, så vi kan komme videre i vores proces, som familie til et kritisk sygt barn."

Selskabet har i brev af 29/6 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Kundens søn ... er diagnosticeret med epilepsi, og problematikken er, hvorvidt hans sygdom er indeholdt i dækningen for visse kritiske sygdomme på børneforsikringen.

Forsikringen er opbygget på den måde, at vilkårene (6750-1) indeholder en oversigt over de sygdomme, som er indeholdt i forsikringsdækningen både dækning ved kritisk sygdom og varigt mén efter kritisk sygdom. Dækningen er udspecificeret med diagnosekoder med udgangspunkt i sygdomstyperne. Der skal således være tale om en nævnt diagnosekode i vilkårene for at opnå dækning for diagnosen.

## Sagens forløb

Vi modtager i januar 2021 en anmeldelse om, at [søn] har fået stillet en forsigtig diagnose på epilepsi den 16. november 2020, og de ønsker dækning for kritisk sygdom via børneforsikringen.

I anmeldelsen bliver det oplyst, at [søn] har haft anfald siden maj-juni 2020 og er videresendt til børnepsykiatrisk center og at typen af epilepsi endnu er ukendt, da han på dette tidspunkt ikke er blevet udredt.

På baggrund af anmeldelsen indhenter vi [søns] journal for at vurdere, om hans sygdom er omfattet af børneforsikringen. Vores rådgivende lægekonsulent gennemgår [søns] journal og da der på dette tidspunkt ikke er stillet en præcis diagnose, beder vi forældrene om at vende tilbage til, så fremt [søn] senere får stillet diagnosen epilepsi.

Årsagen til at vi beder dem om at vende tilbage til os, hvis [søn] får stillet diagnosen epilepsi, er for at have mulighed for at vurdere, om han ved en senere epilepsi diagnose, er dækket via børn-

eforsikringen. Der bliver i brevet af 11. marts 2021 ikke oplyst, at der er dækning fra forsikringen alene på baggrund af en eventuel senere stillet epilepsi diagnose.

Mor kontakter os efterfølgende og beder om at få vilkårene for børneforsikringen, så de kan se dækningen omkring kritisk sygdom. I vilkårene fremgår listen af de sygdomme, som er indeholdt i forsikringsdækningen.

Vi modtager efterfølgende en e-mail fra moren med nye journaler, som vores rådgivende lægekonsulent finder ikke dokumentation for, at den variant af epilepsi svarer til svær epilepsi, hvorfor vi ikke kan yde dækning for sygdommen.

Vi modtager en klage sammen med nye lægelige oplysninger, og vi er også i telefonisk dialog med moren, hvorfor vi indhenter opdateret oplysninger fra egen læge og [hospital], inden sagens samlede oplysninger skal gennemgås af vores rådgivende lægekonsulent igen.

Vi meddeler herefter kunden, at vi ikke kan yde compensation i henhold til dækningen for visse kritiske sygdomme. Det fremgår af journalen, at [søn] er diagnosticeret med epilepsi med diagnosekode DG 409. Denne sygdomstype er ikke indeholdt i forsikringsdækningen, hvorfor vi kan ikke yde erstatning for diagnosen.

Kunden bliver samtidig vejledt om muligheden til at klage til kundeklagefunktionen over afgørelsen, som efterfølgende modtager klagen.

Efter fornyet gennemgang meddeler kundeklage funktionen, at afgørelsen bliver fastholdt. Der er tale om en grundlæggende betingelse for at opnå dækning for kritisk sygdom og varigt mén efter kritiske sygdomme på børneforsikringen, hvilket er, at diagnosekoden for sygdommen skal fremgå af sygdomslisten i henhold til vilkårene på forsikringen.

I forsikringsvilkårene punkt 20 B og 21 B samt ordforklaringen fremgår hvilke diagnoser, der er omfattet af forsikringens kritiske sygdomsdækning. I de journaloplysninger, som vi har modtaget, har [søn] fået stillet diagnosen DG 409.

[Søn] diagnosekode er ikke en del af sygdomslisten og dermed ikke omfattet af børneforsikringen. Vi fastholder derfor vurderingen, og vi oplyser om muligheden for at klage til Ankenævnet for Forsikring.

## **Vi fastholder vores vurdering**

Vi har modtaget en klage via Ankenævnet for Forsikring, og derfor har vi gennemgået sagen på ny. Vi finder imidlertid ikke grundlag for at ændre vores afgørelse i forhold til dækningen af den anmeldte sygdom på børneforsikringen.

Det er en altid en ulykkelig situation, når et barn rammes af alvorlig sygdom, og derfor har vi også respekt for, at det er følsom situation i at stå i som familie med de udfordringer, som det naturligt medfører.

Klagen går både på vores oplysningspligt om forsikringsdækningen og afvisningen af dækningen for sygdommen.

Sammen med klagen er der vedlagte screendump fra Topdanmarks hjemmeside, som beskriver information om børneforsikringen. Der er tale om en generel information om dækningen for visse kritiske sygdomme, som kan tegnes som tilvalgsdækning på børneforsikringen. Epilepsi er én af de sygdomme som er og kan være omfattet af dækningen.

I vilkårene for børneforsikringen fremgår de nærmere kriterier for at opnå dækning på forsikringen. Vi har sendt vilkårene for børneforsikringen til kunden den 14. september 2021 og igen den 25. januar 2023, som beskriver dækningsomfanget på forsikringen.

Herudover henviser kunden til, at vi ikke har sendt optagelse af vores samtaler med hende. Vi har sendt hende en e-mail i april 2023 med kopi af de samtaler, som er båndet. Det er ikke alle samtaler, som bliver optaget. Vi har givet kunden den ønskede indsigt i telefonsamtalerne,

Vi ønsker at fastholde vores afvisning af sygdommen. Det er diagnosekoden, som er afgørende for dækningen. Sygdommen opfylder ikke betingelserne for udbetaling af strakserstatning eller dækning for varigt mén efter sygdom."

Klageren har i brev af 5/7 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Der fremgår, efter min optik, flere faktuelle fejl i forbindelse med Topdanmarks svar til Ankenævnet for forsikring. Jeg håber derfor, at Ankenævnet vil læse sagen igennem kronologisk, da det beskrevne fra Topdanmark har mange huller i beskrivelsen.

I svaret til Ankenævnet, springer Topdanmark let hen over alle de fejl der er begået i forbindelse med [søns] sag. At der bl.a. blev truffet afgørelse på baggrund af forkerte journaler, den uforholdsmæssige Topdanmark har behandlet vores søns sag med, samt den ualmindelige dårlige vejledning vi har modtaget helt fra vi anmelder skaden den 20. november 2020 (ikke januar 2021 som Topdanmark skriver til Ankenævnet). At vi fortsat ikke har modtaget fuld aktindsigt på trods af flere anmodninger herom, samt manglende optagede telefonsamtaler.

Topdanmark oplyser til Ankenævnet, at de ikke har yderligere telefonsamtaler optaget, hvilket jeg står uforstående overfor, da jeg altid har accepteret optagelserne, netop for at kunne dokumentere samtaler, hvis jeg skulle stå i en sådan situation som denne vi netop står i. Hertil kan det orienteres, at jeg telefonisk 4-5 gange, er blevet oplyst at [søns] epilepsi er dækket af kritisk sygdom. Bl.a. den fremsendte telefonsamtale, samt i januar 2023 hvor jeg i samtalen oplyses om, at jeg blot skal fremsende screenshot fra [søns] sundhedsplatform hvor diagnosen fremgår og at journalen ikke er nødvendig, hvorefter det blot er en formsag. Denne telefonsamtale er i øvrigt heller ikke fremsendt.

Topdanmark læner sig fortsat op af, at det er diagnosekoderne der er afgørende for at gøre brug af kritisk sygdom, hvilket er årsagen til at Topdanmark fralægger sig ansvaret i forbindelse med vores søns sygdom. Som det fremgår af Topdanmarks fremsendte interne notater, er jeg først orienteret

telefonisk omkring diagnosekoder i januar 2023, hvorfor jeg fortsat vil henvise til Forsikringsaftaleloven og dennes beskrivelse af oplysningspligt. Det fremgår i øvrigt, af Forsikringsaftalelovens § 33, at meddelelser først bliver virksomme ved modtagelse. [Søns] sygdom meldes i november

2020, hvilket må betyde, at eftersom jeg ikke har modtaget meddelelser om forbehold i forsikringen, herunder diagnosekoder på daværende tidspunkt, må Topdanmark være erstatningsforpligtet på baggrund af dette. Dette fremgår i øvrigt tydeligt i de fremsendte akter fra Topdanmark, at meddelelser om forbehold ikke er mig bekendt ved anmeldelsestidspunktet.

Det fremgår på intet tidspunkt i de afgørelser der er fremsendt fra Topdanmark, at diagnosekoderne er afgørende. Det fremgår af Forsikringsaftaleloven § 34 bl.a. at det er lovpligtigt at oplyse om aftalevilkår, samt karakteren af og de væsentligste egenskaber ved forsikringsydelsen. Jeg er på intet tidspunkt, i forbindelse med oprettelse eller anmeldelse af skaden, orienteret om forbehold. Det kan herunder orienteres om, at oprettelsen af forsikringerne i maj 2019 er oprettet ved fjernsalg.

Desuden vil jeg fortsat henvise til de screenshot der er fremsendt fra Topdanmarks hjemmeside. Det fremgår tydeligt, at Topdanmark dækker epilepsi under kritisk sygdom. Topdanmark nævner endda i afgørelsen til Ankenævnet igen, at de dækker epilepsi (nævner fortsat ikke forbehold, eller at diagnosekoder er afgørende), hvilket er falsk og vildledende markedsføring. Markedsføringslovens § 3, beskriver at det er ulovligt at markedsføre sig med vildledende eller urigtige angivelser eller udelade væsentlige informationer.

Topdanmark benytter vildledende udeladelser, ved at markedsføre sig på at dække epilepsi, når dette ikke er tilfældet. Den måde Topdanmark markedsfører deres kritisk sygdomsdækning i forbindelse med epilepsi er at vildlede gennemsnitsforbrugeren, hvilket ikke er lovligt.

Det fremgår desuden først når man når til side 25 af forsikringsvilkårene, at det kun er svær epilepsi Topdanmark dækker, og ikke epilepsi, som det fremgår af Topdanmarks hjemmeside. Hvilket også må siges at være misvisende.

For at tydeliggøre overfor Ankenævnet hvor misvisende Topdanmarks markedsføring er, kan jeg oplyse at det er yderst sjældne tilfælde af epilepsi der fremgår under diagnosekoderne, så sjældne former at det ikke engang er dem alle der er nævnt hos Epilepsiforeningen fordi så få mennesker får stillet diagnoserne. Igen mener jeg derfor, det er ulovligt og urimeligt at markedsføre sig med at dække epilepsi, når dette ikke er tilfældet. Jeg kan desuden oplyse, at Topdanmark er en af de få selskaber der har så begrænset dækning af epilepsi, hvorfor det er umuligt for en gennemsnitsforbruger at kunne regne ud at dækningen er så begrænset. Især når man som forbruger heller ikke oplyses herom.

Med fare for at gentage mig selv, mener jeg bestemt ikke at Topdanmark på nogen måde kan dække sig ind under at [søns] diagnosekode er forkert, og derfor ikke er erstatningsforpligtet.

[Søn] er kritisk syg med hans epilepsi. [Søn] kan få en hjerneskade eller i værste tilfælde dø af hans sygdom. [Søns] liv er forkortet på grund af hans diagnose. Dette er kritisk sygdom, samt (svær) epilepsi, som Topdanmark gentagne gange har lovet at dække, både telefonisk og skriftligt (afgørelse af januar 2021). Det fremgår sort på hvidt at Topdanmark dækker epilepsi og det fremgår af lovgivningen at meddelelser først bliver virksomme ved modtagelse og at vi ikke har modtaget disse, hvilket betyder at Topdanmark må være erstatningsforpligtet og ikke kan dække sig ind under diagnosekoderne.

Topdanmark burde, tilbage i januar 2021 (eller ved tegning af forsikringerne i maj 2019) have overholdt deres oplysningsforpligtelse og have oplyst om deres begrænsede dækning, dette er ik-

# Ankenævnet for Forsikring

8.

99959

ke gjort på noget tidspunkt på foranledning af Topdanmark, hvorfor jeg mener at Topdanmark er erstatningsforpligtet.

Vi håber med dette, at Topdanmark vil erkende deres erstatningsansvar eller at Ankenævnet på baggrund af hele sagen, vil komme til samme konklusion som os."

Selskabet har i brev af 7/7 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Hun henviser til samtalerne med Topdanmark og de samtaler, som er tilgængelige. Samtalerne er båndet i 6 måneder, og af GDPR hensyn bliver de herefter slettet. Der er bedt om indsigt i samtalerne, og der er sendt en e-mail til kunden i april 2023 med de samtaler, som var tilgængelige, og jeg har uploadet samtaler og email på sagen.

Herudover har [søns] mor haft flere samtaler med lederen af Topdanmarks afdeling for ulykkeskade [medarbejder2], som kan ikke genkende det faktum, at der er lovet dækning 4-5 gange telefonisk. I samtalerne har der været dialog om vilkårene for forsikringen, hvori det fremgår yderligere oplysninger om tilvalgsdækningen for visse kritiske sygdomme.

På sygdomslisten er der under punkt 19 beskrevet svær epilepsi, og der er en stjerne markering, som henviser til uddybende forklaring, hvor de 8 diagnosekoder for epilepsi er beskrevet, som er omfattet af forsikringsdækningen. Forsikringsvilkårene er sendt 2 gange til moren, både den 14. september 2021 og den 25. januar 2023 efter deres anmodning. Så de har kendskab til forsikringens opbygning.

Der har været en undersøgelsesproces i gang i forhold til dækningen på forsikringen for at afklare, hvorvidt om den sygdomstype af epilepsi er omfattet af forsikringen. Der er således været en åbenhed omkring dækningen på forsikringen, og da forsikringen er købt, er der også henvist til vilkårene for forsikringen på policen, som kan hentes direkte på mitopdanmark.dk, hvor kunden kan logge ind med Mitid.

Policen er vedlagt i sagens akter, og her fremgår det også, at dækningerne hedder 'strakserstatning visse kritiske sygdomme' og 'varigt mén visse kritiske sygdomme'. Navnet henviser også til, at der ikke er dækning for alle kritiske sygdomme. Vi mener ikke, at vi har vildledt kunden med den information, som vi løbende har givet om forsikringen.

Afslutningsvis er vi naturligvis godt klar over, at epilepsi er alvorlig diagnose, men det ændrer ikke på forsikringens opbygning, som stiller krav til, at dækningen er betinget af den diagnosekode, som sygdommen henviser til."

Til dette har klageren fremsendt brev af 11/7 2023, hvori det bl.a. er anført:

"Topdanmark skriver i deres andet høringssvar, at telefonsamtaler bliver båndet i 6 måneder, hvorfor jeg igen står uforstående overfor de samtaler jeg henviser til ikke er fremsendt. Jeg er igen nødt til at påpege, at det er uforstående for mig, at lige præcis de samtaler hvor Topdanmark bl.a. garanterer dækning af [søns] epilepsi ikke er medsendt i forbindelse med min anmodning om aktindsigt, samt fremsendt til Ankenævnet.

# Ankenævnet for Forsikring

9.

99959

Jeg har i denne forbindelse anmodet Telia, mit telefonselskab, om at fremsende opkaldslist over mine udgående opkald (det er desværre ikke muligt lovgivningsmæssigt, at få fremsendt oversigt over indgående opkald, hvorfor jeg ikke kan dokumentere opkald modtaget fra Topdanmark).

Som det fremgår af opkaldslisten har jeg kontaktet Topdanmark telefonisk 32 gange siden 1. januar 2023, hvoraf 7 af gangene er efter april 2023, hvor jeg anmoder om aktindsigt. Det vil sige, at jeg burde have modtaget minimum 25 optagede samtaler ifm. min anmodning. (Dette er kun opkald indgået af mig til Topdanmark, så i princippet burde der være flere da der også er foretaget opkald til mig fra Topdanmark). Jeg vedhæfter min opkaldsliste, samt den filtrerede udgave, hvor Topdanmarks telefonnumre fremgår.

Jeg vil på baggrund af ovenstående derfor henvise til Aftaleloven, hvor det fremgår at mundtlige aftaler er bindende.

På baggrund af Topdanmarks 2. høringsvar, vil jeg blot henvise til Forsikringsaftalelovens § 33, screenshot fra Topdanmarks hjemmeside, mit 1. høringsvar vedrørende bl.a. lovgivning, samt de øvrige akter på sagen."

Nævnet har endvidere modtaget klagerens indlæg af 13/7 2023 og af 21/8 2023, samt selskabets indlæg af 15/8 2023 og 5/9 2023.

Af klagerens anmeldelse fremgår bl.a.:

**"Hvornår var barnet første gang til lægen med symptomer på sygdommen? 30-06-2020**

**Hvornår blev diagnosen stillet? 16-11-2020**

**Hvad er diagnosen? Svær epilepsi**

## **Evt. kommentarer til diagnosen**

[Søn] er infantil autist, og har i november 2020 fået stillet en forsigtig diagnose Epilepsi også. [Søn] har dog haft anfald siden maj-juni 2020 og er videresendt fra Børnepsykiatrisk center, til Neurologerne. Om det er svær epilepsi, ved jeg ikke, men den eneste mulighed der er at vælge, og jeg blev telefonisk, via jeres kunderådgivning, rådgivet til at udfylde dette. [Søn] havde et voldsomt krampeanfald og blev hentet med ambulance i november 2020, fordi han havde bevidsthedstab længe. [Søn] har epileptiske anfald ca. 4 gange ugentligt og herunder flere anfald om dagen. Hvilken type af epilepsi [søn] har er ikke endnu udredt, på grund af Covid-19 og manglende indlæggelse på [hospital]. [Søn] får stesolid ved kramper mere end 3-4 minutter, samt daglig medicin, som hedder Keppra.

Af selskabets brev af 11/3 2021 fremgår bl.a.:

"Vi har brug for en diagnose

Vi har modtaget sagen retur fra vores rådgivende lægekonsulenter. Som vi kan se det ud fra journalen, er [søn] undersøgt for epilepsi men ikke fået stillet diagnosen.

# Ankenævnet for Forsikring

10.

99959

Såfremt [søn] får stillet diagnosen epilepsi vil jeg bede jer vende retur til sagen."

Af selskabets afgørelse af 24/1 2023 fremgår bl.a.:

**"Vi kan ikke betale erstatning**

Vi har gennemgået din søns sag, og vi er kommet frem til, at vi ikke kan betale erstatning til din søn.

I vores afgørelse har vi lagt vægt på, at der ikke tale om en af de epilepsidiagnoser der er oplistet under svær epilepsi. Epilepsien er i øvrigt ikke svær, da der ikke er tale hyppige anfald."

Af journalnotat af 30/1 2023 fremgår bl.a.:

"Diagnoser

Kode DG409 Beskrivelse Epilepsi UNS"

Af selskabets afgørelse af 21/2 2023 fremgår bl.a.:

"Vi dækker ikke din søns sygdom.

Jeg skriver til dig, da vi har modtaget og gennemgået journalen vedrørende den sygdom der er anmeldt vedrørende din søn ....

Det fremgår af journalen, at han har fået stillet diagnosen epilepsi DG 409. Da denne diagnose desværre ikke fremgår af sygdomslisten i henhold til forsikringsvilkårene, dækker vi desværre ikke din søns sygdom.

I forsikringsvilkårene punkt 20.B og 21.B samt ordforklaringen, fremgår hvilke diagnoser, der er omfattet af forsikringens kritiske sygdomsdækning. Da [søns] diagnosekode ikke er omfattet, dækker forsikringen ikke. For god ordens skyld skal jeg oplyse, at sygdommen heller ikke er dækket af ulykke-dækningen."

Af tekst på selskabets hjemmeside fremgår bl.a.:

**"Strakserstatning visse kritiske sygdomme**

Giver et engangsbeløb og kompensation ved indlæggelse.

Dækningen giver en strakserstatning på 170.000 kr., hvis dit barn får fx kræft, muskelsvind, meningitis eller en anden af de sygdomme, børn oftest rammes af. I bestemmer selv, hvad pengene skal bruges på – måske en tur i Disneyland, en ny seng eller handicaptilpasning af hjemmet

Hvis barnet er indlagt på hospitalet i mere end tre dage i træk, udbetaler vi en kompensation på 339 kr. pr. dag.

**Dækker**

De fleste former for kræft, muskelsvind, meningitis, hjertesygdom, blindhed, døvhed, epilepsi og en lang række andre sygdomme

...

**Dækker ikke**

Sygdomme, som ikke fremgår af forsikringens vilkår."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

**"20. Strakserstatning visse kritiske sygdomme**

...

B Sygdomsliste – strakserstatning visse kritiske sygdomme

...

19. Svær epilepsi

...

**Ordforklaring**

...

Svær epilepsi

Her mener vi følgende diagnoser:

- DG404 Epileptisk encefalopali
- DG404A Tidlig myoklonusencefalopati
- DG404B Ohtahara syndrom
- DG404C Infantile spasmer
- DG404D Svær myoklon epilepsi i barndommen
- DG404E Lennox-Gastaul's syndrom (LGS)
- DG404H Rasmussen's syndrome
- DG405L Epilepsi med kontinuerlige spike waves under slow wave-søvn"

Nævnets sekretariat har gennemlyttet de fremlagte lydoptagelser.

**Nævnet udtaler:**

Klageren har anmeldt, at hendes søn har fået diagnosticeret epilepsi. Hun er utilfreds med, at selskabet har afvist at yde strakserstatning ved visse kritiske sygdomme for sygdommen "svær epilepsi". Hun har anført, at hun aldrig har modtaget forsikringsvilkårene, at hun på intet tidspunkt er gjort opmærksom på, at erstatningen afhang af diagnosekoder, og at der er tale om vildledende markedsføring, når det på selskabets hjemmeside fremgår, at epilepsi dækkes. Hun er utilfreds med selskabets sagsbehandling.

Selskabet har afvist at yde dækning under henvisning til, at klagerens søn har fået diagnosekoden DG409 Epilepsi UNS, og at denne diagnosekode ikke fremgår af listen over dækningsberettigende epilepsidiagnoser. Selskabet har desuden afvist at have givet klageren mundtligt tilsagn om dækning.

Af klagerens anmeldelse fremgår bl.a., "Hvad er diagnosen? Svær epilepsi. Evt. kommentarer til diagnosen: [Søn] er infantil autist, og har i november 2020 fået stillet en forsigtig diagnose Epilepsi også. [Søn] har dog haft anfald siden maj-juni 2020 og er videresendt fra Børnepsykiatrisk center, til Neurologerne. Om det er svær epilepsi, ved jeg ikke, men den eneste mulighed der er at vælge, og jeg blev telefonisk, via jeres kunderådgivning, rådgivet til at udfylde dette. [Søn] havde et voldsomt krampeanfald og blev hentet med ambulance i november 2020, fordi han havde bevidsthedstab længe. [Søn] har epileptiske anfald ca. 4 gange ugentligt og herunder flere anfald om dagen. Hvilken type af epilepsi [søn] har er ikke endnu udredt, på grund af Covid-19 og manglende indlæggelse på [hospital]. [Søn] får stesolid ved kramper mere end 3-4 minutter, samt daglig medicin, som hedder Keppra".

Af selskabets brev af 11/3 2021 fremgår det, at "Vi har brug for en diagnose. Vi har modtaget sagen retur fra vores rådgivende lægekonsulenter. Som vi kan se det ud fra journalen, er [søn] undersøgt for epilepsi men ikke fået stillet diagnosen. Såfremt [søn] får stillet diagnosen epilepsi vil jeg bede jer vende retur til sagen".

Af selskabets afgørelse af 24/1 2023 fremgår det, at "Vi kan ikke betale erstatning. Vi har gennemgået din søns sag, og vi er kommet frem til, at vi ikke kan betale erstatning til din søn. I vores afgørelse har vi lagt vægt på, at der ikke tale om en af de epilepsidiagnoser der er oplistet under svær epilepsi. Epilepsien er i øvrigt ikke svær, da der ikke er tale hyppige anfald".

Af journalnotat af 30/1 2023 fremgår det "Diagnoser: Kode: DG409. Beskrivelse: Epilepsi UNS".

Af selskabets afgørelse af 21/2 2023 fremgår det, at "Vi dækker ikke din søns sygdom. Jeg skriver til dig, da vi har modtaget og gennemgået journalen vedrørende den sygdom der er anmeldt vedrørende din søn .... Det fremgår af journalen, at han har fået stillet diagnosen epilepsi DG 409. Da denne diagnose desværre ikke fremgår af sygdomslisten i henhold til forsikringsvilkårene, dækker vi desværre ikke din søns sygdom. I forsikringsvilkårene punkt 20.B og 21.B samt ordforklaringen, fremgår hvilke diagnoser, der er omfattet af forsikringens kritiske sygdomsdækning. Da [søns] diagnosekode ikke er omfattet, dækker forsikringen ikke. For god ordens skyld skal jeg oplyse, at sygdommen heller ikke er dækket af ulykke-dækningen".

Af tekst på selskabets hjemmeside fremgår det "Strakserstatning visse kritiske sygdomme. Giver et engangsbeløb og compensation ved indlæggelse. Dækningen giver en strakserstatning på 170.000 kr., hvis dit barn får fx kræft, muskelsvind, meningitis eller en anden af de sygdomme, børn oftest rammes af. ... Dækker: De fleste former for kræft, muskelsvind, meningitis, hjertesygdom, blindhed, døvhed, epilepsi og en lang række andre sygdomme. ... Dækker ikke: Sygdomme, som ikke fremgår af forsikringens vilkår".

Af forsikringsbetingelsernes punkt 20.B. (strakserstatning visse kritiske sygdomme) indeholder en sygdomsliste over dækningsberettigende sygdomme. Af punkt 19 fremgår det, at forsikringen dækker "svær epilepsi". Af forsikringsbetingelsernes ordforklaring fremgår videre, at der med "svær epilepsi" menes diagnoserne • DG404 Epileptisk encefalopati • DG404A Tidlig myoklonusencefalopati • DG404B Ohtahara syndrom • DG404C Infantile spasmer • DG404D Svær myoklon epilepsi i barndommen • DG404E Lennox-Gastaul's syndrom (LGS) • DG404H Rasmussen's syndrome og • DG405L Epilepsi med kontinuerlige spike waves under slow wave-søvn.

Strakserstatning ved visse kritiske sygdomme

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens søn har fået diagnosekoden DG409 Epilepsi UNS, og at denne diagnose ikke fremgår af den udtømmende liste af dækningsberettigende epilepsidiagnoser.

Nævnet har også lagt vægt på, at uanset, at klageren ikke modtog forsikringsbetingelserne sammen med policen, da forsikringen blev tegnet, så fremgår det af policen, at forsikringens vilkår kan findes på selskabets hjemmeside.

## Dækningstilsagn og sagsbehandling

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at selskabet har afgivet mundtligt tilsagn om dækning. Nævnet finder endvidere, at klageren ikke har bevist, at selskabets sagsbehandling og rådgivning har været behæftet med sådanne fejl eller mangler, at selskabet på et erstatningsretligt grundlag kan pålægges at udbetale erstatning til klageren.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på selskabets breve til klageren og de fremlagte lydoptagelser, hvor selskabet – efter nævnets opfattelse – på intet tidspunkt har givet klageren en berettiget forventning om, at enhver epilepsidiagnose ville være dækningsberettigende.

Hvad angår klagerens henvisning til oplysningerne om kritisk sygdomsdækningen på hjemmesiden, finder nævnet ligeledes, at den forholdsvis kortfattede beskrivelse af dækningen ikke har været egnet til at give klageren en berettiget forventning om, at sønnens sygdom er dækningsberettigende.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at teksten på hjemmesiden må betegnes som en produktbeskrivelse, og at det derfor ikke kan forventes, at teksten fuldt ud beskriver alle betingelser for dækning. Nævnet bemærker, at dækningen er navngivet "visse kritiske sygdomme", at det er angivet, at forsikringen dækker "de fleste former for epilepsi", og at forsikringen ikke

# Ankenævnet for Forsikring

15.

99959

dækker sygdomme, som ikke fremgår af forsikringens vilkår. Nævnet bemærker, at det på den baggrund er gjort tilstrækkelig klart, at ikke enhver form for epilepsi er dækningsberettigende. Nævnet finder desuden, at der ikke er regler i aftaleloven eller forsikringsaftaleloven, der kan føre til andet resultat.

Nævnet bemærker, at Forbrugerombudsmanden kan påse, at markedsføringsloven overholdes, og at Finanstilsynet kan påse, at et forsikrings- og pensionsselskab handler i overensstemmelse med reglerne om god skik i den finansielle lovgivning.

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.



Peter Thønnings