

Jeg vil også have råd til at sikre mine nærmeste

I oktober, november 2007 indsendte jeg til et pensionselskab en Begæring om Kunde-gruppeliv på kr. xxx.xxx,xx, som skulle tilfalde min samboende i tilfælde af jeg skulle gå bort før ham.

Jeg blev ved en tidligere henvendelse til pensionselskabet anbefalet at indsende denne begæring da den ville være mest fordelagtig for mig ud fra at jeg i forvejen havde en pensionsordning hos dem.

Jeg bliver i slutningen af december 2007 afvist pga. AGS.

Jeg ringer til pensionselskabet midt i januar 2008 for at få aktindsigt. Jeg taler med en herre (har selvfølgelig noteret hans navn), som jeg får fornemmelsen af har ansvaret på dette område. Jeg ville gerne vide ud fra, hvilke lægelige udtalelser de har lavet denne vurdering. Det viser sig at de ingen lægelige vurderinger har, men at de selv havde lavet vurderingen ud fra et "opslagsværk" om sygdomme.

De arbejder med skala 0-10. Trin 0+1 kan få Kunde-gruppeliv, fra 2 og op bliver afvist og skal tegne individuelle forsikringer. Her bliver hver enkelt sag vurderet og jo højere trin man kommer op i jo dyrere bliver det. Jeg blev puttet i trin 2.

Deres tilbud om Kunde-gruppeliv er så billig en ordning, at de er nød til at lave denne inddeling, sagde han. Det undrer mig de laver sådanne forsikringer når det alligevel ikke er økonomisk rentabelt for dem og at de derfor af samme årsag er nød til at afvise en meget stor del af ansøgerne. Hvor mange i det danske samfund kan undsige sig at rende rundt med en skavank eller to?

Jeg vil i denne forbindelse nævne, at han netop her begyndte at hentyde til en midlertidig opstået helbreds-mæssig situation som jeg stod i på ansøgningstidspunktet. Jeg vil ikke komme nærmere ind på dette da jeg syntes det var og er irrelevant i denne situation.

Det er mig ubegribelig, at forsikringsbranchen sidder og tager vurderinger på hvad folks liv er værd uden en faglig kompetent lægelig vurdering i ryggen.

Havde jeg vejet 30-40 kg for meget i stedet for at have AGS, havde jeg fået forsikringen, til trods for at risikoen for at dø er noget større ved overvægt end mit tilfælde af AGS (min vægt skulle jeg ikke oplyse).

For mig ville det være ok, hvis de godkendte forsikringen, men lavede en anmærkning om at hvis jeg faldt bort pga. AGS så ville forsikringssummen ikke blive udbetalt, for sandsynligheden for det vil ske er næsten lig nul i forhold til at gå ud på gaden og blive kørt ned. Desuden er det jo heller ikke AGS jeg vil forsikre mine kære mod, men pludselige opstået situationer som trafikdrab, kræft osv., der gør at de ville kunne komme til at stå i den ulykkelige situation at stå alene tilbage uden et økonomisk sikret grundlag.

Endnu engang har jeg oplevet at slå "panden mod en mur" pga. AGS selv om jeg fungerer fuldt ud lige så normal som en hvilken som helst anden normal dansker.

Man burde ved lidelser som bl.a. AGS have et ekstraordinært fradrag til betaling af dyrere

Jeg vil også have råd til at sikre mine nærmeste

forsikringer, pensioner osv. Jeg har ikke selv valgt at have AGS og jeg får ikke mere i lønningsposen end mine kollegaer bare fordi jeg har AGS. Min løn er i sidste ende mindre værd.

Enden på alt dette blev at herren jeg talte med sendte mig et nyt tilbud på en forsikring. Det nye tilbud var steget med næsten 200%. I stedet for en pris på 1.600,00 kr. pr. år skulle jeg nu betale 5.050,00 kr. pr. år.

Jeg skal nu betale næsten 200% mere for at blive "kørt ned på gaden" end min kollega eller nabo, der ikke er født med en "ridse i lakken" 😊

Jeg siger bare stakkels de mennesker der bliver puttet i trinnene højere oppe end trin 2, der skal en god indtægt til at betale forsikringspræmierne.

Jeg gennemgik nogen af de forsikringsbetingelser jeg havde modtaget fra forsikrings-selskabet og faldt bl.a. over følgende:

- du kan trygt give følsomme oplysninger
- et lægeteam kigger på papirerne
- pensionsselskabet træffer sine afgørelser på et lægefagligt og veldokumenteret statistisk grundlag, der er udarbejdet med hjælp fra uafhængige eksperter
- Pensionsselskabets lægeteam sikrer en ensartet og objektiv vurdering af de oplysninger du har givet.

Egentligt er jeg temmelig rystet over denne sag og hvordan den er håndteret. Tænk på hvor mange der sidder rundt omkring og bare acceptere beslutninger som disse. Ska-vanker og lidelser kan man altid finde hos folk, hvis man vil.

Hvis pensionsselskabets afslag var veldokumenteret ville jeg gerne acceptere beslutningen - ret skal være ret. At jeg måske ikke ville være enig alligevel er noget andet, sådan er det bare, man kan ikke altid få ret.

Men da jeg er stædig af natur og ikke umiddelbart vil give op uden en ordentlig begrundelse har jeg nu kontaktet pensionsselskabet via andre kontakter. Denne sag er derfor endnu ikke afsluttet. Jeg kender endnu ikke udfaldet men håber selvfølgelig på det bedste, om ikke andet et stykke papir på, at de faktisk har talt med en faglig kompetent læge.

Jeg har tidligere stødt på lignende tilfælde. I sygesikringen "Danmark" er jeg blevet afvist og tilbage i 1991, ønskede jeg at tegne en pensionsordning på lige fod med min daværende mand. Vi skulle begge indbetale det samme beløb men når udbetalingen skulle finde sted ville min være 20% mindre værd pga. af AGS.

Ikke en overvejer at lave forbehold, det kunne ellers være et godt kompromis, når ikke tingene kan være anderledes.

Ind imellem kan systemet virkelig godt få mig til at føle mig som et dårligt menneske. Jeg bliver så harm af at tænke på det. Jeg starter med mit første fritidsjob som 13 årige og sidder i dag som 40 årige og har bidraget til samfundet med det samme som alle andre

Jeg vil også have råd til at sikre mine nærmeste

standard dansker har. Jeg har ind til dato ikke været samfundet til last. Jeg har passet mit arbejde og betalt skat.

Min konklusion kan kun være, at det kan da godt være vi har et fint sundhedssystem, men jeg betaler sørme også selv for det. Godt nok skal jeg ikke betale når jeg skal til kontrol på hospitalet for min sygdom, men til gengæld kommer jeg så til at betale for det på andre måder og det er via de dyre medicinpriser og høje forsikringer eller mangel på samme.

Jeg håber mit indlæg kan skabe en debat og evt. få andre til at skrive om deres oplevelser med lignende sager. Det kunne jo også være der kunne komme positive oplevelser eller fif til hvordan man bedst begår sig i sådanne situationer.

... fortsættelse og afslutning på min artikel ☺ :

Efter mit første afslag på en Kundegruppeliv-forsikring i december 2007 beder jeg forsikringsselskabet om en ny vurdering i februar 2008.

Jeg får oplyst, at mine oplysninger skal sendes ind til deres Helbredsafdeling, hvilket ikke var gjort tidligere.

Både i april og maj 2008 rykker jeg for en manglende tilbagemelding. Først den 29. juni får jeg svar, og det er som forventet igen et afslag.

Der stod følgende i brevet:

"Dine helbredsoplysninger sendte vi til vurdering i Forende Gruppeliv.

På grund af oplysningerne om medfødt lidelse i binyrerne, som kræver livslang medicinsk behandling, kan vi desværre ikke tilbyde dig at oprette en kundegruppeliv.

Du har evt. mulighed for at tegne en individuel dækning ved død, som vi oplyste i vores afslag den 1. december 2007, hvis du er interesseret i dette, beder jeg dig kontakte vores rådgiver".

Jeg henvender mig endnu engang skriftligt til min kontaktperson (en rådgiver har jeg aldrig haft) i forsikringsselskabet, hvori jeg gør opmærksom på hvor skuffet og vred jeg blev, da jeg læste brevet. I brevet var der ingen begrundelse for deres beslutning ud over at jeg havde en medfødt lidelse i binyrerne, der krævede en livslang medicinsk behandling. Jeg beder igen om at få aktindsigt .

Den 18. juli 2008 modtager jeg et brev fra forsikringsselskabet, hvori de skriver, at de hermed sender mig oplysningerne i sagen. Her måtte jeg så klappe mig på lårene af grin, de sender mig en kopi af den formular **jeg selv har udfyldt**, da jeg søgte om kundegruppeliv samt en **kopi** af de oplysninger, der findes på **AGS foreningens hjemmeside om AGS**.

Endnu engang må jeg så vende tilbage til min kontaktperson i Forsikringsselskabet, og jeg skriver følgende:

Jeg vil også have råd til at sikre mine nærmeste

"I henhold til nedenstående har jeg modtaget det I kalder en aktindsigt, men jeg håber det beror på en misforståelse.

*Jeg har modtaget en kopi af den formular **jeg selv har udfyldt**, da jeg søgte om kundegruppeliv samt en **kopi af de oplysninger, der findes på AGS foreningens hjemmeside om AGS.***

For det første, har jeg selv en kopi af den formular, jeg selv har udfyldt, og for det andet så behøver jeg ikke en kopi af, hvad AGS syndromet handler om, det er jeg ligesom godt klar over, da jeg jo er 41 år og har haft syndromet i 41 år.

Med de fremsendte papirer er der ikke så meget som to ord om, hvorfor man har vurderet, at jeg skal have afslag på Kundegruppeliv. Der er heller ingen udtalelser eller konklusioner fra nogen med den rette faglige kompetence overhovedet.

Du må undskylde, hvis jeg lyder lidt sur (det er ikke personligt), men nu har det her stået på siden oktober-november 2007, og der er endnu ikke faldet en saglig afgørelse. Som jeg tidligere skrev, kan jeg blive nød til at acceptere et afslag, hvis de rette faglige kompetente mennesker beslutter det, men ikke som i dette tilfælde, hvor det er så "tyndt".

Jeg håber du vil være behjælpelig med at fremskaffe de udtalelser og konklusioner jeg efterlyser".

Efter denne mail til min kontaktperson i Forsikringssselskabet modtager jeg den 15. september 2008 et brev fra selskabet, hvori de oplyser mig om, at de nu vil indhente oplysninger fra Rigshospitalet vedrørende AGS.

Den 21. oktober modtager jeg et brev fra Forsikringssselskabet, hvor de til min store glæde accepterer at tegne forsikringen ud fra de helbredsoplysninger, de har indhentet fra Rigshospitalet omkring AGS ... men, men, men sådan et skal der jo altid være. Da jeg i 2007 søgte om Livsforsikringen var jeg sygemeldt på grund af to diskusprolaps i nakken og nu forlangte de på grund af det en ny helbredserklæring tilsendt. Her tænkte jeg, det går aldrig, de bliver jo bare ved og ved indtil de kan finde noget at give mig afslag på.

Heldet var med mig ☺, den 26 november modtager jeg det endelige brev fra Forsikringssselskabet, hvori de 100% accepterer at tegne en forsikring under de samme betingelser og vilkår som alle andre "normale" danskere. De er oven i købet så søde at sende det første girokort-indbetalingskort med, tilbagedateret 2 måneder ☺ ☺.

Jeg ringer dem op dagen efter og spørger om det er deres alvor at jeg skal betale 2 måneder for en livsforsikring jeg ikke engang vidste jeg havde, og som jeg har måttet kæmpe med næb og kløer for i over 1 år. Deres svar er, at det er almindelig procedure at betale for et kvartal, og det er jo som sagt oktober, november og december 2008. Jeg siger, at det vil jeg ikke være med til, og at de kan datere den fra 1. december 2008. Meget mod deres vilje accepterer de, at min betaling først er gældende fra den 1. december. Damen jeg taler med er så flink, at hun gør mig opmærksom på, at jeg skal være klar over, at hvis jeg dør inden den 1. december 2008, så dækker forsikringen ikke – lidt komisk at

Jeg vil også have råd til at sikre mine nærmeste

komme med sådan en kommentar 4 dage før den 1. december, og efter at jeg har måttet kæmpe som en vanvittig for at kunne få lov til at tegne denne forsikring – jeg svarede hende blot, at jeg nok lige kunne klare at holde mig i live 4 dage mere ☺.

Den 2. december 2009 sad jeg så med mit første stykke papir i hånden, hvorpå mit forsikringsnummer står, som bevis på at nu er jeg livsforsikret under samme vilkår som en "normal" dansker.

Den 28. september 2007 sendte jeg de første papirer af sted til Forsikringsselskabet for at tegne en "Kundegruppeliv" for at sikre min samboende, den 2. december 2008 er sagen afsluttet. Jeg burde næsten have fået forsikringen på mit glatte ansigt efter så lang tid, for der skal virkelig et jernhelbred (og en viljestyre) til at kæmpe for sådan en sag.

Mit råd til andre i samme situation – bare klø på, hvis du tror på det.

I skal ikke bare acceptere de første og bedste svar i får. Ofte er det personer som dig og mig, der sidder og førstehånds-vurderer disse sager, og de kan også tage fejl. Læs dine rettigheder og betingelser der er foreskrevet for den type sag, du vil kæmpe for. Bliv ved så længe du tror på dig selv og ingen endnu har kunnet bevise, at du ikke har ret. Stop først når du har vundet ☺ eller du har fået skriftlige beviser for, at du ikke har ret. **Husk at alt skal være skriftligt.**

God fornøjelse!