

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 9. oktober 2024 blev i sag nr. 100370:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har personforsikring. I klageskema af 8/9 2023 har klageren bl.a. anført:

"Sundhedsforsikring tegnet under falske vilkår. Skulle gælde fra 1/7-2021, men da jeg ikke ville betale over 2600 kr. mere, for tre måneder, end prisen der var opgivet, sagde jeg ok til den skulle gælde fra 1/11-2021. Jeg var da blevet 70 år, men ingen fortæller mig så, at jeg ikke har operationsdækning på mere. Alle de papirer jeg havde fra dengang, er dem jeg desværre har smidt ud, som står beskrevet i min klage. Opdager senere, at jeg havde glemt at skrive, jeg ikke havde fået pengene retur fra min første årsrejseforsikring, som først kommer til at gælde fra 1/1-22. Derfor en ekstra indsendt 13/6-23.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At jeg får pengene tilbage fra min sundhedsforsikring. Faldt 29/12-22 og kom til skade med højre ankel. Det udartede sig så til, at jeg blev indstillet til nyt knæ den 7. juni 2023. Denne ville de ikke betale, og gav heller ikke hospitalet besked om dette. Jeg måtte selv ringe dertil da jeg fik en sms, om at jeg nu skulle huske tiden. I det offentlige er der nu 1 til 1,5 års ventetid, og det var det jeg tidligere havde oplevet, og ville undgå."

Selskabet har den 25/10 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen vedrører, at klageren har klaget over, at personforsikringen skulle være tegnet under falske forhold, og at dette ifølge klageren har medført manglende forsikringsdækning i forhold til en ønskede operation. Klageren har derfor ønsket pengene retur for sin forsikring.

Der er fra selskabets side henvist til, at der ikke er dokumenteret nogen fejl eller forsømmelse ved rådgivning.

Der henvises til aftalegrundlaget mellem klageren og selskabet. Se bilag A-D.

Ankenævnet for Forsikring

2.

100370

Sagsfremstilling

Klageren tegnede den 1. juni 2021 en personforsikring i selskabet. Selskabet henviser som dokumentation hertil klagerens bilag samt selskabets bilag B.

Den 25. april 2023 sendte klageren en skadeanmeldelse ind til selskabet. Klageren ønskede dækning til en udredning af knæ- og lægsmerter, og var henvist til ultrasound. Skadeanmeldelsen kan ses i bilag E.

Selskabet sendte samme dag en betalingsgaranti til klageren, hvor der blev givet godkendelse til behandling. Dækningstilsagnet til behandling kan ses i bilag F.

Den 28. april 2023 sendte selskabet en yderligere betalingsgaranti. Denne gang til Almen Ortopæd. Dækningstilsagnet til behandling kan ses i bilag G.

[Privathospitalet] anmodede d. 16. maj 2023 på vegne af klageren om betalingsgodkendelse til operation med indsættelse af højresidige knæalloplastik. Anmodning om operation kan ses i bilag H.

Klageren blev d. 17. maj 2023 kontaktede telefonisk af selskabet. Klageren modtog her et telefonisk afslag på forsikringsdækning, da der ikke i klagerens tegnet forsikring var dækning til operationer. Klageren henviser i notatet til, at hun skulle være lovet dækning til operationer ved rådgivning.

Telefonnotatet med afslag på forsikringsdækning kan ses i bilag I.

I sit brev af 8. juni 2023 havde klageren anført, at forsikringen blev tegnet, da hun gerne ville have forsikringsdækning til operationer. Klageren skrev hertil, at der i telefonsamtale i forbindelse med indtegnning skulle være lovet dækning. Hun skrev dog, at det senere ved klagerens behov for forsikringsdækning viste sig ikke at holde stik.

Klageren bad i maj måned 2023 selskabet undersøge, om der var nogen båndet telefonsamtaler. Dette blev afvist. Hun har derfor overfor selskabets klageansvarlige afdeling oplyst, at forsikringen var solgt på et falsk grundlag. Der henvises til klagerens bilag.

Kvalitetsafdelingen besvarede den 4. august 2023 klagerens henvendelse. Kvalitet tog i deres besvarelse både stilling til spørgsmålet om den manglende forsikringsdækning og klagerens henvisning til dårlig rådgivning ved indtegnning af forsikringen. Der blev også taget stilling til klagerens påstand om krav om tilbagebetaling af præmie for årsrejseforsikring.

Kvalitet afviste her, at der i sagens tilgængelige materiale var dokumentation for, at klageren burde have fået forsikringsdækning. Der var ej heller dokumentation for, at der i 2021 pr. telefon eller skriftlig skulle være givet et sådant tilsagn. Kvalitets svar til klageren kan ses i Klagerens bilag.

Sagen er herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring

Selskabets vurdering

Sagen handler om, hvorvidt klageren er berettiget til at få sine penge retur for personforsikringen. Herunder særligt, om det er dokumenteret, at forsikringen er tegnet på et falsk grundlag.

Klageren har henvist til, at der var en berettiget forventning til, at denne forsikring dækkede operationer. Klageren har yderligere fremført, at dette pr. telefon ved indtegningen i 2021 blev oplyst af selskabet.

Selskabet har henvist til, at der ikke i sagens oplysninger er dokumentation for, at selskabet mundtlig eller skriftlig skulle have givet klageren en bedre dækning end det, som fremgår af aftalegrundlaget.

I forsikringsbetingelsernes punkt 5.1 er der oplyst følgende:

Personforsikring senior

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til lægehenvist undersøgelse på privathospital/privatklinik i Danmark, frem til der er stillet en diagnose eller fastsat en behandling, som beskrevet i afsnit 5.2, Forsikringens omfang.

Forsikringen dækker både undersøgelse af symptomer på sygdom og følger af, at du er kommet til skade, efter at forsikringen er trådt i kraft.

I forsikringsbetingelsernes punkt 5.2.1 er der oplyst følgende:

5.2.1 Undersøgelser

Forsikringen dækker rimelige udgifter til de undersøgelser, om er nødvendige for at stille en diagnose samt til ophold og forplejning, hvis indlæggelse er nødvendig i forbindelse med undersøgelse. Forsikringen dækker udredning i indtil 3 måneder.

Det er hertil selskabets vurdering, at klageren ikke er berettiget til at få sin forsikringspræmie retur.

Det følger af de almindelige forsikringsretlige principper, at det er den, som der rejser et krav, der skal bevise kravets rettighed og størrelse.

Klageren har gjort gældende, at der mundtlig ved salg af forsikringen i 2021 skulle være givet tilsagn til dækning af operationer. Selskabet bemærker hertil, at et sådant tilsagn i så fald ville give klageren bedre vilkår end det, som fremgår af klagerens aftalegrundlag jævnfør forsikringsbetingelsernes punkt 5.1 sammenholdt med 5.2.1.

Det kan udledes af klagerens oplysninger, at der ikke fra klagerens side er mulighed for at fremskaffe skriftlig dokumentation for, at dette er lovet.

Telefonsamtaler, hvis optager bliver alene gemt i 6 måneder, hvis klageren ringer og giver samtykke. Det kan derfor ikke anses som en fejl/forsømmelse eller bortanskaffelse af beviser, at selskabet ikke kan finde disse samtaler. Selskabet har ej heller i deres gennemgang af sagen fundet hverken skriftlig eller mundtligt dokumentation for, at et sådant tilsagn skulle være givet.

Klageren har i henhold til bilagene E til G fået forsikringsdækning jfr. forsikringsbetingelserne. Det mundtlige afslag på forsikringsdækning jfr. bilag I i forhold til anmodning om operation i bilag H har derfor været berettiget.

Selskabet bemærker endelig, at Kvalitetsafdelingen i deres besvarelse har taget stilling til klagerens eventuelle tilgodehavende for årsrejseforsikring.

Da klageren ikke har løftet bevisbyrden for, at der er givet dækningstilsagn til operationer, så er der ikke begået nogen fejl og forsømmelse fra selskabets side.

Klageren har således ikke krav på at sin forsikringspræmie retur.

Sammenfatning

Sammenfattende er det selskabets vurdering, at klageren ikke har løftet bevisbyrden for, at der fra selskabets side er lovet en bedre dækning end det, som fremgår af aftalegrundlaget. Der er således ikke dokumenteret nogen fejl eller forsømmelse, som skulle kunne give klageren medhold i grundlag for forsikringsdækning eller i, at få sin betalte præmie retur."

Klageren har i brev af 8/11 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Det første jeg studser over i svaret er, de halvanden sidste linjer i første afsnit på side 2. *Hun skrev dog, at det senere ved klagerens behov for forsikringsdækning viste sig ikke at holde stik.* Det kan jeg ikke se, jeg nogen steder har skrevet.

Hvis du mener den henvisning til Tryg fra 5. januar 2023, som min gamle læge sendte til jer, var det på udredning, hvorfor jeg besvimer. Her er jeg nu snart færdigbehandlet gennem det offentlige. Havde intet med mit ben at gøre. Afslag fra jer, var fordi der stod skrevet i henvisningen, at jeg var besvimet igennem 20 år, hvilket jeg benægtede. Fik da at vide, at fik jeg problemer med knæet var jeg dækket. Det takker jeg jer også for i min klage, da jeg nu får undersøgt mit knæ på [privathospital] den 26. april 23.

Vedr. tilbagebetaling af min rejseforsikring. Det kan da ikke være rigtigt, at jeg har papirer og policen på, at den gælder fra 1. juli 2021, samt kan se jeg på min betalingsoversigt, har betalt for den det næste år. Jeg kontakter jer, da jeg finder ud af [selskabets medarbejder1] har glemt at opsiges den gamle forsikring. Hun opsiges så den gamle rejseforsikring til udløb 1. januar 2022 og giver den nye hos jer nyt nr. og jeg får ny police, samt ny opkrævning. Er det så rimeligt, at jeg skal betale for at være dobbeltforsikret? Mit gamle selskab har jo intet galt gjort, da de ingen opsigelse har fået og jeg har været dækket hos dem til 1. januar 2022. Og ovenikøbet betale til Tryg for en forsikring fra 1. juli 2021 til 1. juli 2022 samt en der dækker for 1. jan 2022 til 1. jan 2023.

Bevisbyrden skriver Tryg ligger hos mig. Jeg mener også Tryg har noget at skulle bevise over for mig. Hvorfor kan jeg ikke få kopi på, hvad mine tilbud i sin tid lød på? Da jeg accepterer tilbud kommer der pludselig et brev på, at jeg skal betale mere. Hvorfor lå dette ikke på mine sider eller jeg kan få en kopi af det?

Jeg synes selv, jeg henviser med datoer, personnavne og især ved forsikringscheck den 18. marts, hvor jeg taler med [selskabets medarbejder2] i sundhedsforsikringen. Han fortæller som beskrevet i klage, og han havde mit cpr.nr. På dette tidspunkt viste jeg heller ikke, at jeg ville få brug for min sundhedsforsikring. Så jeg opfatter det derfor ikke rigtigt, når I skriver, at I har gennemgået det med forskellige afdelinger og personer.

Ankenævnet for Forsikring

5.

100370

Kunne også godt tænke mig at få at vide, hvad [selskabets medarbejder3] mener med at i hans første svarbrev til mig 4. august 2023 skriver at ved tegning i 2021, som du har tegnet korrekt dækker visse operationer. Hvilke?

Måske går bevisbyrden kun en vej, men jeg tror på det bedste i alle mennesker."

Selskabet har i brev af 4/12 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Klageren undrer sig over, at selskabet har henvist til, at klageren på intet tidspunkt har oplyst, at klagerens behov for forsikringsdækning viste sig ikke at holde stik.

Klageren har også henvist til manglende tilbagebetaling for rejseforsikring, hvor klageren mener, at der burde give dækning i forhold til, at klageren var dobbeltforsikret.

Selskabets vurdering

Selskabet gør opmærksom på, at det efter de almindelig forsikringsretlige principper er klageren, som har bevisbyrden for kravet rigtighed og størrelse.

Der er fra selskabets side korrekt henvist til klagerens brev af 8. juni 2023. Dette ses fremlagt af klageren selv, og kan også ses i portalen.

Klageren har i de første linjer i brevet skrevet følgende:

'Jeg [klageren] kontaktede i maj eller juni 2021 Tryg for at oprettet en sundhedsforsikring der dækkede operationsdækning. Desværre har smidt, (for ca. en mdr. siden 2023) alle papirerne ud om hvilke datoer og hvem jeg i sin talte, da jeg nu synes alt kørte som det skulle.

--

Lang mail, men håber I kan finde hoved og hale i det og også kommer frem til, at min sundhedsforsikring er tegnet under falske oplysninger'

Selskabet medgiver korrekt, at klageren ikke i dette brev direkte skriver, at klagerens behov ikke viste sig at holde stik.

Det er dog tydeligt i dette brev, at klagerens intension med at tegne denne forsikring var i forhold til eventuel dækning for operationer, og dette ikke viste sig, at være en mulighed. Hertil klagerens bemærkninger om, at sundhedsforsikringen skulle være tegnet under falske forhold.

Selskabet bemærker yderligt, at klageren ikke i de tidligere bemærkninger eller i den seneste skrivelse har fremlagt skriftlig dokumentation for, at forsikringen er tegnet under falske forhold eller, at klageren har været berettiget til at få dækning for den ønskede operation.

I forhold til tilbagebetaling for rejseforsikringen, så bemærkes det, at klageren var vidende om, at der var sendt opsigelse til [klagerens tidligere forsikringsselskab]. Klageren har henvist til, at der i en periode skulle være betalt dobbelt. Der er dog ikke i klagerens bilag fremlagt dokumentation for denne dobbelt betaling, som angivet at klageren.

Klageren bedes derfor indsende behørig dokumentation for denne omtalte dobbeltbetaling."

Ankenævnet for Forsikring

6.

100370

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

"Jeg er målløs. Tænk at Tryg skriver bevisbyrden kun ligger hos mig. Jeg er helt sikker på Tryg benytter sig af, jeg har smidt papirerne ud for tegning af alle mine forsikringer, men mener Tryg også har et ansvar. Selv om jeg havde papirerne, er jeg nu af den overbevisning at I havde modbevist dette, siden I heller ikke vil fortælle hvordan [selskabets medarbejder2] i skadeafd vedr. min sundhedsforsikring den 18. marts 2023 så kan fortælle, at jeg godt kan blive opereret. Se min klage fra 8. juni 2023.

Tryg vil heller ikke svare på de dækninger, som du har tegnet korrekt dække visse operationer. (brev 4. aug. 2023 fra Tryg) Hvilke operationer? Nu er svaret bare, jeg slet ikke har operationsdækning? Hvis dette ikke er tegning under falske vilkår, ved jeg ikke, hvad det så skal kaldes?

At jeg under mine sider heller ikke kunne finde tilbud, breve I havde sendt m.m. selv mens jeg var medlem.

At jeg i mit brev til jer 5. aug. 2023 skriver police nr. på de to forskellige årsrejseforsikringer og hvad de koster. Har tidligere sendt Trygs brev fra 1. juni 2021 hvor der står Årsrejse gælder fra 1. juli 2021. [Police nr. 1]. Nu skal jeg så indsende dokumentation på, at jeg virkelig har betalt dem.

Dette gør jeg selvfølgelig.

Bilag A: Kvittering fra [klagerens tidligere forsikringsselskab] fra 18/1-21 til 17/1-22 kr. 495,39

Bilag B: Police årsrejseforsikring [police nr. 1]

Bilag C: Betalingsoversigt årsrejseforsikring til 1/7-22

Bilag D: Brev årsrejseforsikring [police nr. 2]

Bilag E: Betalingsoversigt årsrejseforsikring fra 1/1-22 til 1/1-23

Det er derfor efter min mening bilag C jeg skal have retur, da [selskabets medarbejder1] havde glemt at opsig den, og jeg var dækket hos [klagerens tidligere forsikringsselskab]. Hun havde også lovet at sende pengene retur, men det sker ikke. Samtidig er I så frække at lade mig betale fra 1/1-22 på det nye policenr.

Samtidig sender jeg et bilag F som jeg har fundet på min telefon. Tilbud fra 21. maj 2021 sendt af [selskabets medarbejder4]. Det er højst sandsynligt dette jeg accepterer. Måske så [selskabets medarbejder1] der overtager. Hun sender brev om min personforsikring nu bliver dyrere osv. Derfor kommer den først til at gælde fra 1. nov. 2021, da jeg ikke vil betale ca. 2700 mere for tre måneder.

Hvis dette ikke er tegning under falske forudsætninger, og hun så ikke her, gør mig opmærksom på, jeg ingen operationsdækninger har, så er det påstand mod påstand. Og jeg vil gerne have en logisk forklaring på, hvorfor jeg så skulle tegne en sådan forsikring og flytte mine tre andre forsikringer, til noget der blev meget dyrere, hvad angår årsrejseforsikring og indboforsikring med samme dækning. I kontakter mig, selv om jeg i første omgang havde forkastet jer, fordi I var den dyreste af de tre selskaber, der kunne tegne en personforsikring med operationsdækning. Desværre har jeg nu hørt, at jeg ikke er den første der oplever denne behandling."

Selskabet har i brev af 8/2 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har modtaget klagerens yderligere bemærkninger. Klageren har i din bemærkning forholdt sig kritisk til den manglende dækning for operationer, som klageren mener, at der er lovet dækning til.

Klageren har også fremført bilagene A-E, som ifølge klageren skulle dokumenteret, at klageren har krav på, at få penge retur for rejseforsikring. Klageren henviser hertil, at der var været en dobbelt forsikring.

Selskabets besvarelse

Selskabet har i deres besvarelse valgt først at forholde sig til klagerens påstand i forhold til dobbeltforsikring.

Klageren har sit svar dateret 7. december 2023 og i de fremsendte bilag A-E henvist til de betalinger, som er sket. Det er hertil også klagerens oplysninger, at der ikke er betalt beløb retur.

Det fremgår af klagerens bilag A, at årsrejseforsikringen hos [klagerens tidligere forsikringsselskab] udløber d. 18. januar 2021. Kunden har betalt 459,39 kroner, så denne forsikring dækker til 21. januar 2022.

Klagere oplyser hertil, at selskabet ikke har kontaktet [klagerens tidligere forsikringsselskab] og forsøgt at opsige denne forsikring. Selskabet har forsøgt at opsige forsikringen, men fået svar om, at der er tale om ukendt forsikringstager. Dette er ikke korrekt, da selskabet har henvist til korrekt policenummer. Selskabet dokumentation kan ses i Bilag J.

Klageren har også henvist til, at der fra selskabet side blev oprettet 2 årsrejseforsikringer, og hvor klageren ifølge egne oplysninger ikke har fået beløbet retur.

Selskabet medgiver, at der ved en fejl blev oprettet 2 årsrejseforsikringer.

Den første forsikring med [police nr. 1] blev oprettet d. 1. juli 2021. Klageren blev i august måned 2021 opkrævet 999,88 kroner. Selskabet finder dog ud fra, at der er begået en fejl, og returnere dette beløb til klageren i august måned 2021. Dokumentation for denne betaling retur til klageren kan ses i Bilag K.

Den 11. januar 2022 bliver der oprettet en ny årsrejseforsikring [police nr. 2]

Der er således ikke dokumenteret, at de af selskabets oplyste fejl har medført noget økonomisk tab for klageren. Selskabet bemærker hertil, at klageren ikke, og ej heller i de indsendte bilag har dokumenteret, at beløbet retur i august måned 2021 ikke skulle være modtaget.

Klageren har i forhold til sundhedsforsikringen henvist til, at dette skulle være solgt under falske forudsætninger.

Selskabet skal som tidligere oplyst henvise til, at klageren kan have haft en formodning og håb om, at denne forsikring dækkede operationer. Denne mulighed er derfor dog ikke i de gældende betingelser.

Ankenævnet for Forsikring

8.

100370

Selskabet er opmærksom på klagerens fortsatte bemærkninger om solgt under falske forudsætninger. Der er dog ikke i klageren nuværende eller tidligere bilag og bemærkninger fremført dokumentation for, at der er mundtligt eller skriftligt har lovet en bedre og derved videregående dækning end det som følger af aftalegrundlaget mellem klageren og selskabet.

Selskabet fastholder på dette grundlag deres afslag."

Klageren har i brev af 28/2 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Allerførst vil jeg meget gerne undskylde for, at jeg nu efter megen søgning kan se, at jeg har modtaget de 998,88 kr. på min lønkonto den 2. november 2021. Dette beklager jeg meget. Mit til lægsbrev sendt til Tryg kvalitet 13. juni 2023 kan vi derfor se bort fra. Men hvor ville det have været rart, hvis I allerede dengang havde gjort mig opmærksom på dette. Så havde vi sparret 2 mdr. med skriv frem og tilbage.

Min første klage sendt til Tryg kvalitet 8. juni 2023 med overskriften sundhedsforsikring tegnet under falske vilkår står jeg stadigvæk ved. Som tidligere skrevet havde jeg først forkastet at tegne forsikring hos jer. I ringer mig op. Får så tilbud på tre forsikringer 21. maj 2021 og da jeg accepterer, skulle alle tre gælde fra 1. juli 2021. Så gælder priserne åbenbart ikke, og da jeg ikke vil betale den store prisforskel for tre mdr. gør ingen mig opmærksom på, at jeg nu ikke har operationsdækning. Sikkert fordi i så også selv ved, jeg ikke havde tegnet den, og flyttet mine to andre forsikringer.

Jeg håber nu, vi kan komme hurtig videre, da jeg gerne vil have en afslutning på denne sag."

Nævnets sekretariat bad den 7/5 2024 selskabet om at fremsende alt materiale i forbindelse med indtegningen af personforsikringen, herunder telefonnotater, tilbud og korrespondance mellem parterne. Sekretariatet bad videre selskabet om at oplyse, hvorfor klagerens personforsikring først trådte i kraft den 1/11 2021. Selskabet har i brev af 31/5 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har modtaget nævnets anmodning om akter i forbindelse med indtegnings af personforsikring. Herunder også oplysninger om, hvorfor klagerens personforsikring først trådte i kraft den 1. november 2021.

Selskabets vurdering

Det fremgår af selskabets nævnsbesvarelse og kvalitetsklage til klageren, at der ikke i sagen er nogen telefonnotater eller optaget telefonsamtaler. Selskabet bemærker hertil, at klageren selv har oplyst, at akterne, mail og lignende heller ikke er gemt af klageren.

Selskabet havde i maj måned 2021 dialog med klageren i forhold til køb af personforsikring. På baggrund af denne dialog sendte selskabets aftalebrev til klageren, samt sendte opsigelse til [klagerens tidligere forsikringsselskab].

Ankenævnet for Forsikring

9.

100370

Baggrunden for den sene ikrafttræden må således tilregnes opsigelse fra [klagerens tidligere forsikringsselskab].

Selskabet bemærker dog hertil, at klageren var informeret om dette i det fremsendte aftalebrev dateret 1. juni 2021. Herunder særligt også, at personforsikringen først trådte i kraft 1. november 2021.

Selskabet henviser som dokumentation til selskabets bilag L-N.

Det er hertil samlede selskabets vurdering, at der ikke er begået eller dokumenteret nogen fejl eller forsømmelse ved indtegning. Der findes eller er ej fremlagt dokumentation for, at klageren skulle være lovet en bedre dækning end det, som følger af aftalegrundlaget mellem klageren og selskabet.

Selskabet fastholder på dette grundlag deres afslag og henvisning til bilagene A-N samt de fremlagte nævnbesvarelser."

Klageren har i brev af 3/6 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Det første jeg studser over er, hvorfor Tryg ikke har tilsendt nævnet tilbud fra ... som er sendt til mig 21. maj 2021. Er det ikke det de beder om?

Det var dette tilbud jeg accepterede. Senere modtog jeg et brev om, at hvis forsikringen skulle gælde fra 1 juli 2021 skulle jeg betale kr. 2600-2700 kr. mere. Dette står også skrevet i min første klage, og jeg har aldrig selv under mine sider kunne finde hverken tilbud eller brevet. Det er korrekt, at jeg nægtede at betale dette, og forsikringen så først kom til at gælde fra 1. november 2021.

Ingen oplyste mig så om, at jeg ingen operationsdækning havde, da jeg [i efteråret] blev 70 år. Alt-så ... mdr. og ... dage senere. Giv mig en logisk forklaring på, hvorfor jeg så skulle tegne den.

Jeg har i dag talt med [klagerens tidligere forsikringsselskab] for at få oplyst, hvornår de har modtaget opsigelse fra Tryg. Den første opsigelse modtager de den 31. maj 2021, men da I opgiver helt forkert police nr. gør de ikke mere ved den.

De modtager så en ny fra Tryg 8. juni 2021 hvor I beder dem om at opsige min ulykkesforsikring til 1. nov. 2021.

Det er derfor heller ikke rigtigt, at der så i skrivelsen står, at baggrunden for den sene ikrafttræden er [klagerens tidligere forsikringsselskabs] skyld.

Jeg er meget træt af, at Tryg bliver ved med at skrive, jeg selv har smidt akterne ud, vedr. min tegning af forsikringen, for selv om jeg i min første klage har skrevet, hvem jeg har talt med hvornår om hvad, fastholder Tryg at det ikke er rigtigt, og jeg i så fald skulle have det skriftligt.

Jeg håber nu nævnet vil tage stilling til sagen, så jeg kan få denne afsluttet."

Ankenævnet for Forsikring

10.

100370

Selskabet har i brev af 24/6 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet henviser til, at klageren ikke i sin bemærkninger har ført noget bevis eller dokumentation for de fejl, som klageren henviser til, at selskabet har begået. Selskabet fastholder på dette grundlag deres afslag og henviser til nævnsbesvareelserne 1-4 samt bilagene A-N."

Nævnets sekretariat bad den 2/9 2024 selskabet om at fremsende tilbuddet af 21/5 2021. Selskabet har i brev af 2/9 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Vi er dags dato blevet spurgt at nævnet til at se, om vi kunne genskabe den mail, som klageren modtog af selskabet den 21. maj 2021. Klageren har i sit bilag F vedhæftet en kopi. Selskabet har nu forsøgt at finde den oplyste mail og hertil særligt oplysninger om dette tilbud. Det fremgår af del 1 i det oplyste bilag, at tilbuddet alene er gældende i 30 dage, herefter vil det bortfalde. Selskabet har flere steder forsøgt at finde det frem. Tilbuddet kan dog desværre ikke findes eller genfremkaldes, hvilket også kan udledes af del 2 (hvor selskabet har forsøgt at trykke på linket - se dit tilbud)."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Nævnet har blandt andet modtaget klagerens bilag "klage tryk forsikring" af 8/6 2023. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Det fremgår af selskabets brev af 12/10 2021:

"Ny forsikringsaftale (police) for Personforsikring

Her er den nye forsikringsaftale (police) for din Personforsikring

Det er vigtigt, at du læser forsikringsaftalen grundigt igennem for at se, om dækninger og summer passer til dit behov. Desuden skal du sikre, at de øvrige oplysninger, som fremgår af forsikringsaftalen, er rigtige."

Det fremgår af klagerens police af 12/10 2021:

"Forsikringens Betingelser

For denne forsikring gælder forsikringsbetingelserne for Personforsikring 2010. Forsikringsbetingelserne findes på Min side på www.tryg.dk/min-side eller i e-Boks. Du kan også kontakte os, hvis du ønsker betingelserne tilsendt.

...

**Forsikringen omfatter
Grunddækning**

...

Sundhed inkl. fysiske behandlinger

For sygdomme gælder, at du tidligst kan blive undersøgt/behandlet for symptomer, der viser sig efter, at forsikringen har været i kraft i 2 måneder (karenstid)."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne nr. 2010:

"1.4 Hvornår gælder forsikringen

...

1.4.3 Forsikringens varighed

Forsikringen har ikke noget aldersudløb, men gælder indtil du eller vi opsiger forsikringen, se de generelle bestemmelser, afsnit 6.

Prisen reguleres efter dækningsomfang, og løbende i takt med din alder. Følgende dækninger kan kun være omfattet af forsikringen i en begrænset periode:

...

- **Personforsikring Voksen (25-70 år)**

Personforsikring Voksen gælder fra 25 år, og fortsætter automatisk som Personforsikring Senior fra første betalingsdag efter din 70 års fødselsdag.

Tilvalgsdækningerne Sygdom og Tyggeskade ophører automatisk ved første betalingsdag efter din 70 års fødselsdag. Tilvalgsdækningen Sundhed fortsætter med ændret dækningsomfang. Forsikringens øvrige dækninger fortsætter på uændrede betingelser.

- **Personforsikring Senior (70+ år)**

Personforsikring Senior gælder fra 70 år.

...

5. Sundhed

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

5.1 Forsikringen dækker

...

Personforsikring Senior

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til lægehenviste undersøgelser på privathospital/privatklinik i Danmark, frem til der er stillet en diagnose eller fastsat en behandling som beskrevet i afsnit 5.2, Forsikringens omfang.

Forsikringen dækker både undersøgelse af symptomer på sygdom og følger af, at du er kommet til skade, efter at forsikringen er trådt i kraft.

Der gælder følgende krav til dækning:

- Behov for undersøgelse afgøres af din egen læge/relevant speciallæge, eventuelt i samråd med vores lægeteam.
- Du skal have en lægehenvielse fra egen læge.
- Undersøgelser skal være udført af relevante speciallæger.

...

5.2 Forsikringens omfang

5.2.1 Undersøgelser

Forsikringen dækker rimelige udgifter til de undersøgelser, som er nødvendige for at stille en diagnose samt til ophold og forplejning, hvis indlæggelse er nødvendig i forbindelse med undersøgelsen. Forsikringen dækker udredning i indtil 3 måneder.

5.2.2 Behandlinger

Gælder kun Personforsikring Ung og Voksen

Forsikringen dækker behandlinger, der er udført af relevante speciallæger, og som efter en lægelig vurdering vil kunne reducere sygdommen væsentligt eller helt kurere sygdommen.

Forsikringen dækker behandlinger i indtil 3 måneder.

...

5.2.8 Fysiske behandlinger

Forsikringen dækker behandling, hvis du har en sygdom eller fysisk gene, der kan afhjælpes med behandling. Du kan få behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut eller akupunktør, osteopat eller kraniosakral-terapeut.

Hvis du har brug for fysisk behandling på grund af et dækningsberettiget ulykkestilfælde, er behandlingen dækket som beskrevet i punkt 2.4, Behandlingsudgifter.

- **Fysioterapi**
Det er et krav, at du har en lægehenviisning.
- **Kiropraktik, zoneterapi og akupunktur
osteopati og kraniosakral-terapi**
Du skal ikke bruge en lægehenviisning. "

Det fremgår af klagerens police af 16/5 2023:

"Forsikringen omfatter Grunddækning

...

Sundhed inkl. fysiske behandlinger

For sygdomme gælder, at du tidligst kan blive undersøgt/behandlet for symptomer, der viser sig efter, at forsikringen har været i kraft i 2 måneder (karenstid)."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne nr. 2K10:

"1.4 Hvornår gælder forsikringen

...

1.4.3 Forsikringens varighed

Forsikringen har ikke noget aldersudløb, men gælder indtil du eller vi opsiger forsikringen, se de generelle bestemmelser, afsnit 6.

Prisen reguleres efter dækningsomfang, og løbende i takt med din alder. Følgende dækninger kan kun være omfattet af forsikringen i en begrænset periode:

...

- **Personforsikring Voksen (25-70 år)**

Personforsikring Voksen gælder fra 25 år, og fortsætter automatisk som Personforsikring Senior fra første betalingsdag efter din 70 års fødselsdag.

Tilvalgsdækningerne Sygdom og Tyggeskade ophører automatisk ved første betalingsdag efter din 70 års fødselsdag. Tilvalgsdækningen Sundhed fortsætter med ændret dækningsomfang. Forsikringens øvrige dækninger fortsætter på uændrede betingelser.

- **Personforsikring Senior (70+ år)**
Personforsikring Senior gælder fra 70 år.

...

5. Sundhed

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

5.1 Forsikringen dækker

...

Personforsikring Senior

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til lægehenviste undersøgelser på privathospital/privatklinik i Danmark, frem til der er stillet en diagnose eller fastsat en behandling som beskrevet i afsnit 5.2, Forsikringens omfang.

Forsikringen dækker både undersøgelse af symptomer på sygdom og følger af, at du er kommet til skade, efter at forsikringen er trådt i kraft.

Der gælder følgende krav til dækning:

- Behov for undersøgelse afgøres af din egen læge/relevant speciallæge, eventuelt i samråd med vores lægeteam.
- Du skal have en lægehenviisning fra egen læge.
- Undersøgelser skal være udført af relevante speciallæger.

...

5.2 Forsikringens omfang

5.2.1 Undersøgelser

Forsikringen dækker rimelige udgifter til de undersøgelser, som er nødvendige for at stille en diagnose samt til ophold og forplejning, hvis indlæggelse er nødvendig i forbindelse med undersøgelsen.

Forsikringen dækker udredning i indtil 3 måneder.

5.2.2 Behandlinger

Gælder kun Personforsikring Ung og Voksen

Forsikringen dækker behandlinger, der er udført af relevante speciallæger, og som efter en lægelig vurdering vil kunne reducere sygdommen væsentligt eller helt kurere sygdommen.

Forsikringen dækker behandlinger i indtil 3 måneder.

...

5.2.8 Fysiske behandlinger

Forsikringen dækker behandling, hvis du har en sygdom eller fysisk gene, der kan afhjælpes med behandling. Du kan få behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut eller akupunktør, osteopat eller kraniosakral-terapeut.

Hvis du har brug for fysisk behandling på grund af et dækningsberettiget ulykkestilfælde, er behandlingen dækket som beskrevet i punkt 2.4, Behandlingsudgifter.

- **Fysioterapi**
Det er et krav, at du har en lægehenviisning.
- **Kiropraktik, zoneterapi og akupunktur**
osteopati og kraniosakral-terapi
Du skal ikke bruge en lægehenviisning. "

Ankenævnet for Forsikring

14.

100370

Klageren tegnede den 1/6 2021 forsikringer i selskabet. Personforsikringen – der indeholdt dækningen "Sundhed inkl. fysiske behandlinger" – trådte i kraft den 1/11 2021. Den 25/4 2023 ønskede klageren dækning til udredning af knæ- og lægsmerter. Selskabet godkendte samme dag en betalingsgaranti til en ultralydsskanning på privathospital. Den 28/4 2023 sendte selskabet en betalingsgaranti til ortopædkirurgisk forundersøgelse og udredning. Privathospitalet anmodede om betalingsgodkendelse til operation med indsættelse af højresidig knæalloplastik. Selskabet afviste dækning af operationen. Klageren opsagde pr. 1/9 2023 forsikringen. Klageren ønsker refundering af præmien for sundhedsforsikringen fra købstidspunktet, idet den er solgt under falske forudsætninger. Selskabet har afvist klagerens krav.

Klageren har anført, at hun ved indtegningen telefonisk blev lovet dækning for operationer, og at hun accepterede selskabets tilbud af 21/5 2021. Klageren har oplyst, at forsikringen skulle gælde fra den 1/7 2021, men at "da jeg ikke ville betale over 2600 kr. mere for tre måneder, end prisen der var opgivet, sagde jeg ok til den skulle gælde fra 1/11-2021. Jeg var da blevet 70 år, men ingen fortæller mig så, at jeg ikke har operationsdækning på mere".

Selskabet har anført, at klageren ikke har dokumenteret fejl og forsømmelser ved rådgivningen i forbindelse med indtegningen. Selskabet har oplyst, at tilbuddet af 21/5 2021 ikke kan findes eller genskabes, og at der ikke foreligger telefonnotater eller optagelser fra telefonsamtaler i sagen. Der foreligger derfor ikke dokumentation for, at selskabet mundtligt eller skriftligt har lovet klageren en bedre dækning end det, der fremgår af aftalegrundlaget. Selskabet har oplyst, at klageren i aftalebrevet af 1/6 2021 blev informeret om, at personforsikringen først trådte i kraft den 1/11 2021. Baggrunden for den sene ikrafttræden må tilregnes opsigelse fra klagerens tidligere forsikringsselskab. Selskabet har anført, at klageren har fået forsikringsdækning til ultralydsskanning og forundersøgelse ved ortopædkirurgi.

Det fremgår af policen gældende fra 1/11 2021, at klageren har tegnet en "Personforsikring senior", og at forsikringen dækker "Sundhed inkl. fysiske behandlinger".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 1.4.3, at "prisen reguleres efter dækningsomfang, og løbende i takt med din alder". Det fremgår, at "Personforsikring Voksen" gælder fra 25 år, at forsikringen automatisk fortsætter som "Personforsikring Senior" fra første betalingsdag efter kundens 70-års fødselsdag, og at "tilvalgsdækningen Sundhed fortsætter med ændret dækningsomfang. Forsikringens øvrige dækninger fortsætter på uændrede betingelser". Det fremgår videre, at "Personforsikring Senior" gælder fra 70 år.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5.1, at "Personforsikring Senior" dækker "rimelige og nødvendige udgifter til lægehenviste undersøgelser på privathospital/privat klinik i Danmark, frem til der er stillet en diagnose eller fastsat en behandling som beskrevet i afsnit 5.2, Forsikringens omfang".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5.2.1 om undersøgelser, at "forsikringen dækker rimelige udgifter til de undersøgelser, som er nødvendige for at stille en diagnose samt til ophold og forplejning, hvis indlæggelse er nødvendig i forbindelse med undersøgelsen. Forsikringen dækker udredning i indtil 3 måneder".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5.2.8 om fysiske behandlinger, at "forsikringen dækker behandling, hvis du har en sygdom eller fysisk gene, der kan afhjælpes med behandling. Du kan få behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut eller akupunktør, osteopat eller kranisakral-terapeut".

Det fremgår af § 20 i bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører, at inden en forsikringsaftale indgås, skal forsikringsdistributøren på baggrund af oplysninger fra kunden fastlægge kundens krav og behov, og at alle forsikringsaftaler – der foreslås kunden – skal være i overensstemmelse med kundens krav og behov. Det fremgår af § 21, stk. 1, at når en forsikringsdistributør yder rådgivning, inden en forsikringsaftale indgås, skal forsikringsdistributøren give en individuel anbefaling, der forklarer, hvorfor et bestemt produkt bedst opfylder kundens krav og behov.

Nævnet bemærker, at det er ønskeligt, at selskabet via telefonnotater eller lignende kan godtgøre, at selskabet har foretaget en relevant krav- og behovsprøvelse, særligt når det er tale om et produkt, hvor dækningsomfanget begrænses, når kunden når en bestemt alder, som i den foreliggende sag var nært forestående.

Trods dette finder nævnet efter en samlet vurdering, at der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet ved salget af forsikringen har handlet ansvarspådragende. Nævnet kan derfor ikke pålægge selskabet at tilbagebetale den præmie, som klageren frem til opsigelsen af forsikringen har betalt.

Nævnet blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af klagerens police, at klageren har "Personforsikring Senior" med dækningen "Sundhed inkl. fysiske behandlinger". Det fremgår ikke af policen, at klageren har ret til at få dækket operationer.

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet på sundhedsforsikringen har dækket en ultralydsskanning og en undersøgelse ved ortopædkirurgi, hvorfor klageren har benyttet forsikringen i den periode, hvor hun havde sundhedsforsikringen.

Nævnet har henset til, at der ikke foreligger dokumentation for, hvad der blev talt om i forbindelse med indtegningen.

Nævnet bemærker, at det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 1.4.3, at "Personforsikring Voksen" automatisk fortsætter som "Personforsikring Senior" fra første betalingsdag efter kundens 70-års fødselsdag, og at tilvalgsdækningen "Sundhed" fortsætter med ændret dækningsomfang. Nævnet lægger derfor til grund, at klageren – efter at være blevet 70 år – ikke kunne have tegnet en sundhedsforsikring i selskabet med operationsdækning.

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

Ankenævnet *for* Forsikring

17.

100370

Som følge heraf

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