

Ankenævnet for Forsikring

Den 8. januar 2025 blev i sag nr. 102267:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sundhedsforsikring. I klageskema af 11/9 2024 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Et besøg hos en optiker med henblik på nye briller indikerer grå stær. Via optiker får jeg tid hos en øjenlæge, som konstaterer grå stær på begge øjne. Jeg anmelder herefter skaden til Tryg og fremsender journal fra øjenlægen. Tryg afviser dækning, da man ikke har aftale med øjenlægen og henviser til punkt 11.3 i forsikringsbetingelserne. Tryg tilbyder konsultation hos en anden øjenlæge, som man har aftale med, hvilket jeg afviser, da yderligere konsultation er overflødig. Jeg klager til Tryg, da jeg ikke kan se af punkt 11.3, at forsikringen kun dækker behandling hos øjenlæge, som Tryg har aftale med. Der foreligger desuden ikke en oversigt over, hvilke konkrete behandlere der er omfattet af Trygs aftaler. Min klage afvises med henvisning til en anden afgørelse og en angivelse af, at der er for besværligt at vedligeholde en behandleroversigt. Det sidste kan jeg ikke se holder, da selskabet må vide, hvilke behandlere man har aftale med. Desuden stiller en manglende oversigt forsikringstager i en dårlig situation, da men reelt ikke ved, hvilken ydelse man betaler for.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Delvis dækning af mine udgifter til grå stær operation på begge øjne. Den samlede udgift var 20.000 kr. Faktura fra øjenlæge er vedhæftet som bilag."

Selskabet har den 15/10 2024 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Indledning

Klageren har i sine bemærkninger til nævnet henvist til, at der ved besøg hos optiker er konstateret grå stær på begge øjne. Selskabet har afvist dækning, da klageren ikke forud behandling undersøgte, om der var dækning hos et behandlingssted i selskabets netværk. Selskabet tilbød dog ifølge klageren at få konsultation hos en anden øjenlæge, hvilket klageren afviste.

Klageren mener ikke, at det kan være rigtigt, at man som forsikringstager er forpligtet til først at spørge selskabet om mulighed for dækning til en konkret behandler/behandlingssted. Han vil derfor gerne have delvis dækning for sin operation af grå stær.

Selskabet henviser til, at det tydeligt fremgår af aftalegrundlaget mellem selskabet og klageren, at tilsagn om dækning er betinget af, at klageren forud for behandling kontakter selskabet.

Selskabet henviser hertil de gældende forsikringsbetingelser nr. SK1706 samt klagerens forsikringsaftale. Både forsikringsaftalen og de gældende betingelser er vedlagt af klageren.

Sagsfremstilling

Klageren tegnede den 19. september 2023 en kollektiv sundhedsforsikring hos selskabet. Klageren modtog ifølge opslag på min virksomhed den 19. september 2023 tilsendt både forsikringsaftalen og de gældende forsikringsbetingelser SK1706.

Selskabet henviser til bilag A.

Den 9. juli 2024 anmeldte klageren, at han ved besøg hos en øjenlæge blev diagnosticeret med grå stær på begge øjne og havde behov for en operation. Klageren henviste i anmeldelsen til, at der var aftalt en forundersøgelse hos en øjenklinik uden for selskabets kvalitetssikrede netværk.

Skadeanmeldelsen er fremlagt af klageren, og kan ses på portalen.

Selskabet afviste den 15. juli 2024 klagerens anmodning om udredning/behandling med henvisning til, at det ifølge de gældende betingelsernes punkt 11.3 fremgik følgende:

'Behandlingen skal være godkendt af os. Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Du skal derfor altid kontakte os, før du bliver undersøgt eller behandlet. Det er en forudsætning for vores godkendelse, at behandlingsstedet er godkendt af de relevante offentlige myndigheder. Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning.'

Da klageren ikke forud for behandlingen havde kontaktet selskabet, og da behandlingsstedet ikke var en del af netværket, så var, jf. punkt 11.3 i betingelserne, ikke grundlag for at give tilsagn til dækning.

Selskabets afslag er fremlagt af klageren, og kan ses på portalen.

Klageren sendte herefter en klage til selskabets klageansvarlige afdeling

Klagerens mail til den klageansvarlige afdeling er fremlagt af klageren, og kan ses på portalen.

Den 2. september 2024 besvarede selskabets klageansvarlige klagerens henvendelse og fastholdt afgørelsen.

Herefter er sagen indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Selskabets vurdering

Klageren har i sin argumentation henvist til, at selskabet ikke i henhold til de gældende betingelser har noget grundlag for at foretage afvisning af den konkrete behandler eller behandlingssted. Klageren er også utilfreds med, at han som kunde ikke kan se eller har modtaget en oversigt over samtlige af de behandlingssteder/behandlere, som er en del af det kvalitetssikrede netværk.

Klageren mener derfor at have krav på delvis dækning af udgifterne til behandling af grå stær på begge øjne. Det fremgår af klagerens bemærkninger til nævnet, og af den vedhæftede faktura, at der er tale om et samlet krav på 20.000 kroner. Fakturaen er dateret 27. august 2024.

Selskabet gør opmærksom på, at der er flere steder i aftalegrundlaget mellem klageren og selskabet er gjort opmærksom på, at klageren skal kontakte selskabet før påbegyndelse af behandling.

I forsikringsbetingelserne fremgår følgende:

'3.2 Udgifter til behandling

Vi betaler rimelig og nødvendige udgifter til den godkendte behandling, når vi har modtaget og vurderet de nødvendige oplysninger.

...

11.3 Behandlingssted

...

Behandlingen skal være godkendt af os.

Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Du skal derfor kontakte os, før du bliver undersøgt eller behandlet.

...

Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning.'

Det er på denne baggrund selskabets vurdering, at klageren ikke er berettiget til forsikringsdækning.

Selskabet har lagt vægt på, at klageren blev tilbudt et andet behandlingssted, hvilket han selv afviste, og at han derefter selv valgte at få foretaget behandlingen hos en behandler, der lå uden for selskabets behandlernetværk. Selskabet henviser i den forbindelse til, at klageren modtog afslaget i juli måned 2024 og at klagerens faktura fra behandlingen er fra august måned 2024.

Klageren fik således allerede før operationen kendskab til, at selskabet ikke kunne dække behandling ved det pågældende behandlingssted. Der er heller ikke dokumentation for, at klageren efterfølgende skulle have fået tilsagn til dækning af en operation for grå stær hos samme behandlingssted.

For så vidt angår klagerens anbringende om, at de godkendte behandlere skal være oplistet i forsikringsbetingelserne, førend selskabet kan føre dette gældende, skal selskabet bemærke, at der er tale om en liste af behandlingssteder, som løbende bliver ændret og opdateret, og at det savner mening, hvis selskabet skulle sende en ny liste ud til kunderne, hver gang en behandler udgik af netværket eller kom ind i netværket.

Såfremt en kunde har en skade, vil vedkommende i den konkrete situation i stedet for blive oplyst, hvilke behandlere vedkommende kan bruge – præcist som klageren i aktuelle sag fik oplyst, og som han af egen drift afslog at benytte sig af.

Nævnet har i kendelse 87015 tidligere forholdt sig til en lignede tvist mellem klager og selskab. Klageren var i den pågældende kendelse ikke tilfreds med, at der ikke selv var muligt at vælge behandler, men at det var selskabet, som skulle bestemme dette.

Nævnet udtalte i kendelsen, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets afgørelse, da den findes i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Kendelse kan ses i klagerens bilag.

Klageren er på baggrund af sagens samlede oplysninger ikke berettiget til dækning af sit krav."

Klageren har i brev af 25/10 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Efter gennemgang af besvarelse fra Tryg (Selskabet) har jeg følgende supplerende bemærkninger til sagen:

Jeg konstaterer en manglende fleksibilitet fra Selskabets side i forløbet og manglende forståelse/respekt for forløbet set fra forsikringstagers synspunkt. Jeg tænker specifikt på følgende forhold:

- Selskabets tilbud om konsultation var irrelevant, da der allerede var gennemført konsultation med opfølgning og stillet diagnose. En ekstra konsultation var spild af tid og af sundhedsvæsenets ressourcer.
- Man kunne fra selskabets side have tilbudt delvis betaling med henvisning til den standard-procedure, man har anført i sin vurdering, og det ville jeg have været indforstået med.

Jeg er fortsat uforstående over for manglende tilgængelighed af oversigt over godkendte behandlere og finder selskabets argumentation svag. En sådan oversigt kunne være tilgængelig online, så der ikke er behov for at udsende opdateringer til forsikringstagere.

Man er som forsikringstager stillet i en uklar situation, da man uden en sådan oversigt reelt ikke ved, hvilken ydelse man betaler for. Til eksempel kan afstand til godkendt behandler være afgørende for, om man under hensyntagen til sin arbejdssituation kan benytte behandleren."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår af klagerens skadeanmeldelse af 9/7 2024:

"Er blevet diagnosticeret hos øjenlæge og har behov for operation for grå stær på højre øje og evt. på venstre øje, som er ramt i mindre grad. Har aftalt forundersøgelse hos Øjenklinikken"

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"3.2 Udgifter til behandling

Vi betaler rimelige og nødvendige udgifter til den godkendte behandling, når vi har modtaget og vurderet de nødvendige oplysninger. Vi dækker kun de faktiske udgifter til undersøgelse og behandling.

Vi forbeholder os ret til at modregne tilskud fra Sygeforsikringen 'danmark' og/eller tilskud fra Den Offentlige Sygesikring, som du eventuelt har ret til.

Ved behandling på privathospital/privat klinik vil betaling ofte ske direkte mellem behandlingsstedet og os. Vi har mulighed for at stille betalingsgaranti til den privatklinik eller det privathospital, hvor du bliver undersøgt eller behandlet.

...

11. Hvis skaden sker

...

11.3 Behandlingssted

Vi garanterer konsultation hos privatklinik/ privathospital i vores netværk inden for 10 arbejdsdage.

For psykologer og fysiske behandlere gælder at vi anviser en behandler/et behandlingssted inden for 10 arbejdsdage, hvis det er muligt.

Behandlingen skal være godkendt af os.

Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Du skal derfor altid kontakte os, før du bliver undersøgt eller behandlet. Det er en forudsætning for vores godkendelse, at behandlingsstedet er godkendt af de relevante offentlige myndigheder.

Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning."

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 9/7 2024, at han ved besøg hos en øjenlæge fik konstateret grå stær på begge øjne og havde behov for en operation, og at der var aftalt en forundersøgelse hos øjenlægen. Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klageren har fået foretaget operationen på et behandlingssted uden for selskabets netværk.

Klageren ønsker dækning af udgifterne til operationen for grå stær. Klageren har anført, at en optiker henviste ham til en øjenlæge, der konstaterede grå stær på begge øjne, og at han derfor afviste selskabets tilbud om konsultation hos en anden øjenlæge, da en sådan konsultation ville være overflødig. Klageren har anført, at det ikke fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsik-

Ankenævnet for Forsikring

6.

102267

ringen kun dækker behandling hos øjenlæger i selskabets behandlernetværk, og at der ikke foreligger en oversigt over behandlere i selskabets netværk.

Selskabet har anført, at det tydeligt fremgår af aftalegrundlaget, at tilsagn om dækning er betinget af, at klageren forud for behandling kontakter selskabet, og at selskabet godkender behandlingsstedet. Selskabet har anført, at klageren blev tilbudt et andet behandlingssted, hvilket klageren afviste og valgte at få foretaget behandlingen hos en behandler uden for selskabets behandlernetværk. Selskabet har oplyst, at der er tale om en liste af behandlingssteder, som løbende bliver ændret og opdateret, og at det savner mening, hvis selskabet skal sende en ny liste ud til kunderne, hver gang der sker ændringer.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 3.2, at "vi betaler rimelige og nødvendige udgifter til den godkendte behandling, når vi har modtaget og vurderet de nødvendige oplysninger".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 11.3, at "vi garanterer konsultation hos privatklinik/privathospital i vores netværk inden for 10 arbejdsdage. ... Behandlingen skal være godkendt af os. Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Du skal derfor altid kontakte os, før du bliver undersøgt eller behandlet. Det er en forudsætning for vores godkendelse, at behandlingsstedet er godkendt af de relevante offentlige myndigheder. Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning".

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

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det af forsikringsbetingelserne fremgår, at behandlingsstedet skal være godkendt af selskabet, og at selskabet kan afvise dækning, hvis selskabet ikke har godkendt behandlingsstedet.

Ankenævnet for Forsikring

7.

102267

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren på anmeldelsestidspunktet ikke var blevet opereret for grå stær, at selskabet tilbød klageren konsultation hos en behandler i selskabets netværk, men at klageren selv valgte at få fortaget behandlingen hos en behandler uden for selskabets netværk.

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.



Hans-Jørgen Nymark Beck