

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 5. februar 2025 blev i sag nr. 102526:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Bernstorffsgade 40
1577 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sundhedsforsikring. I klage af 4/11 2024 har klageren bl.a. anført:

"Jeg har en lidt presserende sag angående et afslag på dækning fra Danica.

Jeg blev ansat [hos klagerens arbejdsgiver] 1.4.2024 som [erhverv], og har mine forsikringer som en del af en gruppeordning.

Jeg fik konstateret kræft i tungen i juni 2024, og blev også behandlet i samme måned på [hospitalet].

Der er sket et utal af fejl under min behandling. Bl.a. så har kirurgen forskudt området der skulle skæres væk, og der er efterladt svær dysplasi uden margin. De har også kommet til at skade min ganebue permanent, da en mandel skulle fjernes. Der blev ikke taget fryseprøve under min operation, hvilket er den normale procedure, og havde man gjort det, så ville man have opdaget at man ikke var kommet ind til rask væv, inden man syede mig sammen.

Jeg er pt. i gang med at klage til patientklagenævnet over ovenstående.

Sagens kerne er, at [hospitalet] ikke rigtig vil gøre mere, og bare har sagt 'at nu skal der holdes rigtig godt øje med dig'. Jeg kan slet ikke fungere psykisk i dette. Jeg er simpelthen så nervøs for at det kommer tilbage, og jeg skal have fjernet endnu et stort stykke, samt risikoen for spredning i dette område. Et liv uden at kunne tale ordentligt, eller spise og synke maden, er ikke et værdigt liv. [Klageren må på nuværende tidspunkt ikke arbejde], og jeg er meget nervøs for at miste mine certifikater permanent, da fx det at kunne tale klart og tydeligt er essentielt som [erhverv].

Ekspertisen inde for tungekræft, er ikke stor i Danmark, da det er en forholdsvis sjælden sygdom.

Ankenævnet for Forsikring

2.

102526

Jeg benyttede mig derfor af min 'Second Opinion' mulighed igennem Danica, for at høre om ikke der var nogle behandlingsmuligheder, og om ikke denne svære dysplasi burde fjernes hurtigst muligt. [Selskabets samarbejdspartner], som er en leverandør til Danica, ville finde de førende eksperter i tungekræft ude i verden, og høre om deres mening.

De fandt frem til at [udenlandsk hospital] var eksperter på dette område. Jeg har modtaget en lang rapport fra dem, som jeg også har vedhæftet til jer. De anbefaler at denne svær dysplasi fjernes, da der er risiko for at den bliver til kræft igen.

Jeg tør simpelthen ikke blive behandlet af de offentlige sygehuse længere, i forhold til min tungekræft. Alle 4 afdelinger jeg har været igennem, har alle lavet graverende fejl. Så jeg vil rigtig gerne over til den ekspert i [udlandet], og have foretaget en operation. Jeg ønsker ikke at fjerne mere tunge end absolut nødvendigt. Både pga. jeg er nervøs for min tale, men også alle de andre gener som jeg allerede har fået pga. det jeg har fået fjernet.

Jeg har talt med Danica, samt skrevet med dem angående dette. Striden handler om hvor meget jeg er dækket for. De hævder det er 200.000 kr., hvor jeg hævder det er 1.500.000 kr. Jeg kan højst sandsynlig ikke blive opereret for 200.000 kr. i [udlandet], men har dog sendt en forespørgsel til hospitalet, for at høre om det lade sig gøre. Jeg har i skrivende stund ikke modtaget svar endnu.

Da jeg meget gerne vil have fjernet denne svære dysplasi så hurtigt som muligt inden den bliver til kræft, samt komme tilbage på arbejde snarest muligt, så håber jeg, at I vil kigge på min sag så hurtigt, det kan lade sig gøre.

Jeg sender jer min police, samt min mail til Danica, og deres afslag på dækning over 200.000 kr."

Selskabet har den 20/11 2024 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Denne sag omhandler dækningsstørrelsen på klagers sundhedsforsikring, hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark og foretages i udlandet.

Sagsfremstilling

Klager har fremlagt sin dækningsoversigt og forsikringsbetingelser for klagers sundhedsforsikring (samlet benævnt som 'Forsikringsbetingelser').

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes '*Generelle betingelser*', '*Før vi udbetaler dækning*' (pdf-filens side 39-40), at

'Vi dækker udgifter til behandling, når følgende betingelser er opfyldt.

[...]

- Behandlingsstedet er i Danmark [...]

Tilsvarende fremgår det under '*Hvad dækker forsikringen IKKE*' (pdf-filens side 40):

'Forsikringen dækker ikke undersøgelser og behandling

[...]

- der ikke tilbydes i Danmark på godkendte privathospitaler eller hos speciallæger

[...]

- i udlandet samt på Grønland og Færøerne'

Det fremgår altså af klagers forsikringsbetingelser, at udgangspunktet er, at behandlingsstedet skal være i Danmark (og behandlingen skal tilbydes i Danmark).

Klager har tilkøbt modul 2 til sundhedsforsikringen, der bl.a. indeholder tillægsdækningen behandling i udlandet.

Om modul 2 fremgår det af klagers forsikringsbetingelser (pdf-filens side 46-47):

'Sundhedssikring er udvidet med modul 2 og derfor gælder endvidere de forsikringsbetingelser for dækningsberettiget behandling af sygdomme og ulykker for modul 2, der er beskrevet herunder.'

[...]

'3. Behandling i udlandet

'Vi dækker udgifter til lægebehandling på et betalingshospital i udlandet. Vi betaler højst 30 procent over, hvad vi vurderer, behandlingen koster på et dansk privathospital. Hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark, betaler vi op til det beløb inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.'

Hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark, fremgår det af forsikringsbetingelserne for modul 2, at det maksimale beløb fremgår af dækningsoversigten.

Det fremgår af klagers dækningsoversigt (pdf-filens side 6):

'Maksimal dækning

[...]

Modul 2

[...]

- Behandling i udlandet, der ikke tilbydes i Danmark, med maksimalt 200.000 kroner.'

Klager har også klaget til Danicas klageansvarlige. Svaret fra Danicas klageansvarlige af 17. oktober 2024 er fremlagt af klager, hvortil Danica også henviser.

Vurdering

Danica gør gældende, at det fremgår af klagers dækningsoversigt og forsikringsbetingelser, at der kun er dækning, hvis behandlingsstedet er i Danmark. Udgangspunktet er altså, at behandling i udlandet ikke er dækket.

Klager har tilkøbt en tillægsdækning, modul 2, der bl.a. omhandler dækning i udlandet. Heraf fremgår det, at denne dækning er på maksimalt 200.000 kr., når behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark.

Sammenfattende gør Danica gældende, at klager ikke har løftet sin bevisbyrde for at have et krav mod Danica. Klager skal derfor ikke have medhold."

Klageren har i brev af 9/12 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har læst betingelserne igennem et hav af gange nu, og jeg kommer frem til samme resultat hver gang, og det er, at jeg bør være dækket for det maksimale årlige beløb, som er 1.5 millioner kr. som nævnt i dækningsoversigten. Også i udlandet. Selvom det er superkringlet formuleret, og man skal kigge frem og tilbage en masse steder, så står jeg fortsat fast på, at jeg må være dækket

Ankenævnet for Forsikring

4.

102526

som jeg hele tiden har antaget. Hvis resultatet er, at det er Danica der har ret, og det er måden man må lave forsikringspolicer på, så er de i hvert fald formuleret så kryptisk, at menigmand ikke har en chance for at finde ud af, hvordan man faktisk er dækket.

Jeg tolker det fortsat sådan, at man er dækket op til 1.5 millioner kroner i udlandet, medmindre det overhovedet ikke er en behandling man kan få i Danmark, altså hverken offentligt eller privat, når det er formuleret således på side 3.

Her står at jeg er dækket for 1.500.000 kr. hvert år højest.

Behandlingen skal ske på et privathospital eller hos en speciallæge.

Forsikringen dækker hvert år højest

1.500.000

Nedenunder står 'ikke tilbydes i Danmark'. Der står ikke noget om privat eller offentligt. Der står heller ikke at det er per år, men må være per operation/tilfælde. For længere nede på side 27, under den nærmere beskrivelse af modul 2, står der, at hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark, så dækkes op til det beløb inden for et kalenderår der står i dækningsoversigten. Det eneste beløb hvor der står noget med per år, det er de 1.500.000 kr.

Modul 2

- Midlertidig hjælp i hjemmet i maksimalt 30 timer.
- Rekreative- og behandlingsophold med maksimalt 45.000 kroner.
- Behandling i udlandet, der ikke tilbydes i Danmark, med maksimalt 200.000 kroner.
- Transport til og fra udlandet med maksimalt 10.000 kroner for flybillet tur/retur.
- Ledsagertransport til og fra udlandet med maksimalt 10.000 kroner for flybillet tur/retur.

Ovenfor, der fortæller det samtidigt, at grænsen for behandling i udlandet ikke er 200.000, men kun hvis det er en behandling som ikke tilbydes hverken offentligt eller privat. Det prøvede Danica nemlig også at fortælle mig i telefonen, altså at man slet ikke kunne få behandlinger i udlandet der kostede mere end 200.000 kr.

Læg også mærke til, at nedenfor, der har de specificeret privat

3. Behandling i udlandet

Vi dækker udgifter til lægebehandling på et betalingshospital i udlandet. Vi betaler højst 30 procent over, hvad vi vurderer, behandlingen koster på et dansk privathospital. Hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark, betaler vi op til det beløb inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.

Og det som er nævnt ovenfor, det tolker jeg på følgende måde. At man hvis man ikke har et sammenligningsgrundlag på en operation, altså en prisliste fra et privathospital i Danmark, så er det det angivne årlige maksbeløb, altså 1.5 millioner kr. som er grænsen. Som eksempel, i Danmark kan man sikkert opereres for en ny knæskal privat, og lad os antage at den koster 300.000 kr. i henhold til prislisen på et dansk privathospital, så er grænse i udlandet 360.000 kr. Er det derimod en operation, som min, som kun tilbydes i det offentlige i Danmark, så er der ikke nogen prisliste at sammenligne med, og så er grænsen inden for et kalenderår, altså de 1.5 millioner kroner, det som jeg maksimalt kan blive opereret for i udlandet.

Ergo, så kan jeg kun tolke, at grænsen på de 200.000 kr. er for operationer, der på ingen måde tilbydes i Danmark, hverken offentligt eller privat. Altså fx sjælden forekommen sygdomme, eller alternative behandlinger.

Jeg bider også mærke i Danicas høringssvar, hvor de skriver:

Klager har tilkøbt en tillægsdækning, modul 2, der bl.a. omhandler dækning i udlandet.

Heraf fremgår det, at denne dækning er på maksimalt 200.000 kr., når behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark.

Det står jo ingen steder i modul 2, at grænsen på 200.000 kr. er forudsat at den ikke tilbydes privat. Det er jo noget de selv lige har tilføjet (!) Hvis der derimod havde stået lige den ordlyd, så var sagen en anden. Men især fordi de så mange andre steder lige netop skriver det specifikt, altså om det kun er privat eller generelt, så kan og bør det heller ikke tolkes som sådan, når det står skrevet som nedenfor.

I modul 2 står det jo sådan:

- Behandling i udlandet, der ikke tilbydes i Danmark, med maksimalt 200.000 kroner.

Her har de jo ikke brugt ordet privat.

Jeg valgte til at starte med det offentlige sygehusvæsen, men de har lavet så mange fejlvurdering og fejloperationer på mig, at jeg simpelthen ikke tør benytte dem længere, eller så havde jeg gjort det, da jeg føler mig mest tryk ved at det er dansktalende personale. Men pga. at tungekræft er en sjælden forekommen sygdom, er ekspertisen på området ikke særlig stor i Danmark. Derfor er det at jeg gerne vil benytte mig af min forsikring, og inden for de rammer jeg er berettiget til, og som jeg mener giver mig ret til behandling op til de 1.5 millioner kroner."

Selskabet har i brev af 17/12 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Forsikringsbetingelserne - for modul 2 til sundhedsforsikringen - indeholder en lang række henvisninger til det maksimale beløb/antal timer i dækningsoversigtens afsnit om modul 2, jf. pdf-filens side 46-47:

'1. Midlertidig hjælp i hjemmet

Vi dækker den forsikredes udgifter til midlertidig hjælp i hjemmet efter vores vurdering - det gælder hjælp til personlig hygiejne, på- og afklædning, rengøring og indkøb. Vi betaler for op til det antal timer inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.' [fremhævet]

[...]

'2. Rekreative- og behandlingsophold

Vi dækker den forsikredes udgifter til rekreative- og behandlingsophold i Danmark efter vores vurdering. Vi betaler højst det beløb inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.' [fremhævet]

[...]

'3. Behandling i udlandet

Vi dækker udgifter til lægebehandling på et betalingshospital i udlandet. Vi betaler højst 30 procent over, hvad vi vurderer, behandlingen koster på et dansk privathospital. Hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark, betaler vi op til det beløb inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.

[fremhævet]

[...]

'4. Transport til og fra udlandet

Vi dækker den forsikredes udgifter til flybillet til og fra udlandet.

Vi betaler op til det beløb for en tur/returbillet, der står i dækningsoversigten.

[fremhævet]

[...]

'5. Ledsagertransport og -ophold ved behandling i udlandet

Vi dækker udgifter, vi og en læge vurderer er rimelige og nødvendige, til en ledsagers transport, ophold og forplejning, når den forsikrede behandles i udlandet. Det maksimale beløb, der betales for en flybillet tur/retur og til ophold pr. dag, står i dækningsoversigten. [fremhævet]

Som nævnt fremgår disse maksimale beløb/antal timer i dækningsoversigtens afsnit om modul 2, jf. pdf-filens side 6-7:

'Maksimal dækning

[...]

Modul 2

- *Midlertidig hjælp i hjemmet i maksimalt 30 timer.*
- *Rekreations- og behandlingsophold med maksimalt 45.000 kroner.*
- *Behandling i udlandet, der ikke tilbydes i Danmark, med maksimalt 200.000 kroner.*
- *Transport til og fra udlandet med maksimalt 10.000 kroner for flybillet tur/retur.*
- *Ledsagertransport til og fra udlandet med maksimalt 10.000 kroner for flybillet tur/retur'*

Danica gør derfor gældende, at det tydeligt fremgår af forsikringsbetingelserne for modul 2, der er et tillægsmodul, at der gælder en række maksimale beløb/antal timer, der alle er oplistet under dækningsoversigtens afsnit om modul 2."

Klageren har i brev af 18/12 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg mener ikke der er kommet noget nyt til sagen, tværtimod.

Jeg tolker det stadigvæk sådan, at der er to scenarier. Hvis en behandling overhovedet ikke tilbydes i Danmark, altså hverken privat eller offentligt, så er grænsen de 1.5 millioner. Det er kun det beløb i dækningsoversigten hvor et *årligt* beløb er fremhævet.

Der står intet om, at de 200.000 kr. er per år. Det må tolkes som for hver case, men totalt set maksimalt 1.5 millioner, så altså 7.5 behandlinger inden for et år.

En flybillet er jo af samme årsag heller ikke begrænset til *per kalenderår*, men per case.

3. Behandling i udlandet

Vi dækker udgifter til lægebehandling på et betalingshospital i udlandet. Vi betaler højst 30 procent over, hvad vi vurderer, behandlingen koster på et dansk privathospital. Hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark, betaler vi op til det beløb inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.

Som før nævnt, så tolker jeg det sådan, at på privathospitaler i Danmark, der findes der nogle prislister. Altså noget man kan sammenligne en operation med i udlandet, og her er man så dækket med op til 30% mere i udlandet. Findes der ikke en prisliste at sammenligne med, som ved operationer der kun tilbydes ved offentlige hospitaler, så er man dækket op til den maksimale grænse inden for et kalenderår i dækningsoversigten, og det er kun de 1.5 millioner kroner, som har en begrænsning inden for en tidsramme. Der står i *dækningsoversigten*: 'Forsikringen dækker hver år højst 1.500.000 kr.'

Jeg har ikke mere at tilføje til sagen."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår af kort overblik over klagerens pensionsordning i brevet af 8/10 2024:

"Hvis du får brug for din Danica Sundhedssikring

Du har grundmodul og modul 1, 2, 3 og 4. Vi dækker maksimalt pr. år 1.500.000"

Det fremgår af klagerens dækningsoversigt af 1/10 2024:

"Hvis du får brug for din Danica Sundhedssikring

Din Danica Sundhedssikring giver dig en hurtig afklaring af, hvad du fejler, og en hurtig behandling, hvis du får brug for det.

Behandlingen skal ske på et privathospital eller hos en speciallæge.

Forsikringen dækker hvert år højst 1.500.000

Din Danica Sundhedssikring indeholder

Grundmodulet - arbejdsrelaterede og fritidsrelaterede skader
(forundersøgelse, operation, genoptræning m.v.) samt

Modul 1 - Andre behandlere og terapeuter arbejdsrelaterede og fritidsrelaterede skader
(kiropraktor, fysio- og zoneterapeut, akupunktør, psykolog, psykiater mv.)

Modul 2 - Ekstra frihed arbejdsrelaterede og fritidsrelaterede skader
(rekreations- og behandlingsophold, midlertidig hjælp i hjemmet mv.)

Modul 3 - Børnesundhedssikring

(behandling af børn på privathospital eller hos speciallæge, kiropraktor, fysio- og zoneterapeut, akupunktør mv.)

Modul 4 - Behandling af afhængighed

(afhængighed af alkohol, medicin eller andre rusmidler)

I dine forsikringsbetingelser kan du læse om dækningerne i din Danica Sundhedssikring.

Maksimal dækning

Modul 1

- Du kan få dækket et rimeligt og nødvendigt antal konsultationer hos en psykolog, som vi samarbejder med. Hvis du vælger en psykolog, som vi ikke samarbejder med, kan du maksimalt få dækket 900 kroner pr. konsultation.

Modul 2

- Midlertidig hjælp i hjemmet i maksimalt 30 timer.
- Rekreative- og behandlingsophold med maksimalt 45.000 kroner.
- Behandling i udlandet, der ikke tilbydes i Danmark, med maksimalt 200.000 kroner.
- Transport til og fra udlandet med maksimalt 10.000 kroner for flybillet tur/retur.
- Ledsagertransport til og fra udlandet med maksimalt 10.000 kroner for flybillet tur/retur.
- Ledsagerophold i udlandet med maksimalt 2.000 kroner pr. dag.

Modul 3

- Psykologbehandling uden tilskud fra Den Offentlige Sygesikring med maksimalt 900 kroner pr. konsultation."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"Dækning ved Sundhedssikring

Sundhedssikring er bygget op af moduler, hvor du ud over grundmodulet, der er basisdækningen, kan have en eller flere tillægsgæknninger.

Generelle betingelser

Før vi udbetaler dækning

Vi dækker udgifter til behandling, når følgende betingelser er opfyldt.

...

- Behandlingsstedet er i Danmark, og behandlingen foretages af en speciallæge – gælder ikke speciallæger i almen medicin – eller på et privathospital. Listen over de større privathospitaler findes på vores hjemmeside – listen opdateres løbende. Vi dækker ikke behandling på Grønland og Færøerne.

...

Hvad dækker forsikringen IKKE

...

Forsikringen dækker ikke undersøgelser og behandling

...

- der ikke tilbydes i Danmark på godkendte privathospitaler eller hos speciallæger

...

Grundmodulet

Med grundmodulet dækker vi udgifter til

1. Konsultation og forundersøgelse
2. Operation
3. Medicinsk behandling under indlæggelse
4. Ophold og forplejning

5. Efterkontrol**6. Ambulant genoptræning**

...

Modul 2

Sundhedssikring er udvidet med modul 2 og derfor gælder endvidere de forsikringsbetingelser for dækningsberettiget behandling af sygdomme og ulykker for modul 2, der er beskrevet herunder.

Modul 2 dækker udgifter til

- 1. Midlertidig hjælp i hjemmet**
- 2. Rekreative- og behandlingsophold**
- 3. Behandling i udlandet**
- 4. Transport til og fra udlandet**
- 5. Ledsagertransport og -ophold ved behandling i udlandet**
- 6. Forhøjelse af højeste årlige udbetaling**

...

3. Behandling i udlandet

Vi dækker udgifter til lægebehandling på et betalingshospital i udlandet. Vi betaler højst 30 procent over, hvad vi vurderer, behandlingen koster på et dansk privathospital. Hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark, betaler vi op til det beløb inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.

Hvis den forsikredes behandling ikke kan foretages i Danmark, dækker vi de lægelige udgifter til én nødvendig efterkontrol. Vi dækker derudover udgifter til den forsikredes ophold og forplejning den dag, efterkontrollen finder sted. Det maksimale beløb, der betales for ophold og forplejning, svarer til maksimumbeløbet nævnt i dækningsoversigten for ledsagers ophold. Desuden dækker vi transport som nævnt under punktet 'Transport til og fra udlandet'."

Nævnet udtaler:

Klageren blev opereret for tungekræft i juni 2024 på et offentlige sygehus. Klageren ønsker dækning til en yderligere operation i udlandet med op til 1.500.000 kr. Selskabet har tilbudt at dække operationen i udlandet med 200.000 kr.

Klageren har oplyst, at han blev fejlbehandlet på det offentlige sygehus, hvorfor han lider af svær dysplasi uden margin. Selskabets samarbejdspartner har fundet en ekspert fra udlandet, som anbefaler at fjerne den svære dysplasi, da der er risiko for recidiv af kræft. Klageren har anført, at der er et dækningsmaksimum på 1.500.000 kr. i henhold til dækningsoversigten, og at dækningsmaksimummet også gælder for denne operation i udlandet. Klageren har anført, at "jeg tolker det fortsat sådan, at man er dækket op til 1.5 millioner kroner i udlandet, medmindre det overhovedet ikke er en behandling man kan få i Danmark, altså hverken offentligt eller

privat, når det er formuleret således på side 3. ... For længere nede på side 27, under den nærmere beskrivelse af modul 2, står der, at hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark, så dækkes op til det beløb inden for et kalenderår der står i dækningsoversigten. Det eneste beløb hvor der står noget med per år, det er de 1.500.000 kr.". Klageren har anført, at "jeg tolker det stadigvæk sådan, at der er to scenarier. Hvis en behandling overhovedet ikke tilbydes i Danmark, altså hverken privat eller offentligt, så er grænsen de 1.5 millioner. Det er kun det beløb i dækningsoversigten hvor et *årligt* beløb er fremhævet. Der står intet om, at de 200.000 kr. er per år. Det må tolkes som for hver case, men totalt set maksimalt 1.5 millioner, så altså 7.5 behandlinger inden for et år". Klageren har oplyst, at han højst sandsynlig ikke kan blive opereret for 200.000 kr. i udlandet.

Selskabet har anført, at det fremgår af dækningsoversigten og forsikringsbetingelserne, at der på grundmodulet kun er dækning, hvis behandlingsstedet er i Danmark. Selskabet har oplyst, at modul 2 blandt andet omhandler dækning i udlandet. Selskabet har anført, at der er et dækningsmaksimum på 200.000 kr., når behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark.

Det fremgår af kort overblik over klagerens pensionsordning i selskabet brev af 8/10 2024, at klageren "har grundmodul og modul 1, 2, 3 og 4. Vi dækker maksimalt pr. år 1.500.000".

Det fremgår af dækningsoversigten af 1/10 2024, at "behandlingen skal ske på et privathospital eller hos en speciallæge. Forsikringen dækker hvert år højst 1.500.000. ... Modul 2. Behandling i udlandet, der ikke tilbydes i Danmark, med maksimalt 200.000 kroner".

Det fremgår af de generelle betingelser i forsikringsbetingelserne, at forsikringen dækker udgifter til behandling, når "behandlingsstedet er i Danmark, og behandlingen foretages af en speciallæge – gælder ikke speciallæger i almen medicin – eller på et privathospital. Listen over de større privathospitaler findes på vores hjemmeside – listen opdateres løbende". Det fremgår, at forsikringen ikke dækker undersøgelser og behandling, "der ikke tilbydes i Danmark på godkendte privathospitaler eller hos speciallæger".

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at "sundhedssikring er udvidet med modul 2 og derfor gælder endvidere de forsikringsbetingelser for dækningsberettiget behandling af sygdomme og ulykker for modul 2, der er beskrevet herunder". Det fremgår, at "vi dækker udgifter til lægebehandling på et betalingshospital i udlandet. Vi betaler højst 30 procent over, hvad vi vurderer, behandlingen koster på et dansk privathospital. Hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark, betaler vi op til det beløb inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten".

Nævnet bemærker, at der er forskel mellem formuleringen i dækningsoversigten og i forsikringsbetingelserne, idet der i dækningsoversigten ikke står "privat" i sætningen "ikke tilbydes i Danmark". Dermed opstår der uklarhed om, hvorvidt dette er en tiltænkt forskel, eller om det er en fejl. Nævnet har ikke grundlag for at statuere, at der er tale om en åbenlys fejl i dækningsoversigten.

Det følger herefter af aftalelovens § 38 b, at hvis der opstår tvivl om forståelsen af en aftale, og det pågældende aftalevilkår ikke har været genstand for individuel forhandling, fortolkes vilkåret på den måde, som er mest gunstig for forbrugeren.

På den baggrund finder nævnet, at selskabet skal anerkende, at dækningsmaksimummet på 200.000 kr. – som fremgår af dækningsoversigten – kun finder anvendelse på klagerens operation/behandling i udlandet, hvis behandling ikke tilbydes i Danmark, det vil sige, hvis behandlingen hverken tilbydes i offentligt regi i Danmark eller i privat regi i Danmark.

Selskabet skal genoptage sagsbehandlingen og skal afgøre, om klagerens behandling "ikke tilbydes i Danmark". Tilbydes behandlingen i Danmark, skal selskabet yde dækning, som alene er begrænset af det generelle dækningsmaksimum på 1.500.000 kr. årligt.

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

Ankenævnet for Forsikring

12.

102526

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab, skal anerkende, at dækningsmaksimummet på 200.000 kr. – som fremgår af dækningsoversigten – kun finder anvendelse på klagerens operation/behandling i udlandet, hvis behandling ikke tilbydes i Danmark. Selskabet skal genoptage sagsbehandlingen og afgøre, om klagerens behandling "ikke tilbydes i Danmark". Tilbydes behandlingen i Danmark skal selskabet yde dækning, som alene er begrænset af det generelle dækningsmaksimum på 1.500.000 kr. årligt.

Klagegebyret tilbagebetales.



Jens Kruse Mikkelsen
formand