710/04

Den 27. oktober 2004 blev i sag nr. 63.603:

xxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxxx x x
xxxx xx

mod

Tryg Forsikring,
Rejse og Sundhed A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har tegnet årsrejseforsikring i Tryg Forsikring, Rejse og Sundhed A/S, klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning i forbindelse med en afbestilt rejse.

Det fremgår af sagen, at klageren og hendes mand har afbestilt en rejse til Tenerife i perioden 17/2 2004 til 2/3 2004, fordi hun den 13/1 2004 blev indlagt på S. Centralsygehus på grund af åreknuder i spiserøret. Det fremgår videre, at rejsen var blevet bestilt og depositumet betalt den 11/6 2003.

Selskabet har forelagt sagen for selskabets lægekonsulent, der har anmodet om at få udleveret oplysninger fra S. Centralsygehus for vurdering af, om klageren har været i en stabil god fase 2 måneder, før forsikringen trådte i kraft.

Det har imidlertid ikke været muligt at få klageren til at acceptere udleveringen af lægejournalerne fra S. Centralsygehus.

Selskabets lægekonsulent fastholder, at der er nødvendigt at se lægejournalen for den relevante periode, idet åreknuder i spiserøret ikke opstår akut.

Klageren er utilfreds med selskabets afgørelse og gør over for nævnet gældende, at selskabet skal udbetale 6.098 kr.

I selskabets skrivelse af 29/3 2004 til nævnet hedder det bl.a.:

> "Vores lægekonsulent oplyser, at åreknuder i spiserøret ikke opstår akut, men udvikles gennem en lang proces, og at sygdommen formentlig har været behandlingskrævende under denne proces, hvorfor det nærliggende at antage, at forsikredes tilstand ikke har været i stabil god fase, da forsikringen trådte i kraft.
>
> Det er derfor nødvendigt, at vores lægekonsulent modtager nærmere dokumentation for sygdomsforløbet.
>
> Da forsikrede tilsidesætter sin oplysningspligt i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 16.5 og Forsikringsaftalelovens § 22 (og da vi ikke har modtaget dokumentation for, hvornår depositum blev betalt samt egen læges navn og adresse), kan vi ikke realitetsbehandle det anmeldte sygdomstilfælde.
>
> …
>
> Vi må derfor fastholde vores afvisning."

Klageren henviser bl.a. til, at hendes sygdom først blev kendt den 13/1 2004, og at hun aldrig har sagt, at selskabet ikke måtte kontakte hendes egen læge.

Selskabet fastholder, at sagen ikke kan realitetsbehandles, før klageren indsender samtykkeerklæringen i underskrevet stand, således at selskabet, fra hendes behandlende læge og S. Centralsygehus, kan få dokumenteret sygdomsforløbet fra 2 måneder før depositum blev betalt og fremefter.

Klageren fastholder, at sagen skal afgøres på det foreliggende grundlag.

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

> "**15 Afbestillingsforsikring**
>
> **…**
>
> **15.1 Omfang**

Forsikringen dækker, hvis forsikrede ikke kan rejse på grund af:

15.1.1 at forsikrede bliver *akut syg/*kommer til skade og bliver indlagt på hospital eller af læge bliver ordineret sengeleje.

…

15.2 Undtagelser

Forsikringen dækker ikke:

…

15.2.2 Hvis forsikredes sygdom/tilskadekomst i de sidste 2 måneder inde forsikringen træder i kraft ikke var i en *stabil god fase*.

…

16.3 Forsikringsperiode

…

16.3.5 For den enkelte rejse træder forsikringen ikraft, når forsikrede har bestilt en udlandsrejse, dog tidligst når depositum er betalt.

…

16.5 Forsikredes oplysningspligt

16.5.1 Forsikrede har pligt til at give selskabet de oplysninger, som selskabet anser for nødvendige for at afgøre, om erstatningen skal udbetales samt erstatningens størrelse.

16.5.2 Ved sygdom/tilskadekomst har selskabet til enhver tid ret til at få oplyst navn, adresse og telefonnummer på hospitaler, læger og andre, der har eller vil få kendskab til helbredet hos den/de personer, som er årsag til forsikringsbegivenheden. Selskabets læge har ret til at søge oplysninger hos disse og forelægge dem det, som er oplyst til selskabet.

16.5.3 Lægelige oplysninger vil blive behandlet fortroligt."

Nævnet udtaler:

Det påhviler den sikrede at sandsynliggøre, at der foreligger en forsikringsbegivenhed, der er omfattet af forsikringen.

Klageren har afvist, at hendes lægejournal blev udleveret til selskabet, således at dette kunne vurdere sygdomsforløbet fra 2 måneder før depositum blev betalt og fremefter.

På det således foreliggende grundlag finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet har afvist at realitetsbehandle sagen som sket.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand

Udskriften bekræftes

Henning Jønsson