739/06

Den 16. januar 2006 blev i sag nr. 66.313:

xxxxxxx xxxx xxxxxxx
xxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har årsrejseforsikring i Tryg Forsikring A/S, påstår selskabet pligtig at yde forsikringsdækning i forbindelse med afbestilling af rejse til Ungarn. Endvidere klager han over sagsbehandlingstiden.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til, at der ikke er tale om akut sygdom, der er opstået i forsikringstiden.

Klageren og hans ægtefælle bestilte den 16/7 2004 en rejse til Ungarn med planlagt afrejsedato den 21/7 2004. Rejsen blev betalt samme dag.

Ved skrivelse af 19/7 2004 til klageren fremsendte selskabet en ny police. Af skrivelsen fremgår bl.a.:

> "Til hver forsikring på policen hører et sæt forsikringsbetingelser, som enten er fremsendt tidligere eller vedlagt her."

Rejsen til Ungarn blev imidlertid afbestilt på grund af klagerens lyskebrok, hvilket blev anmeldt til selskabet den 21/7 2004. Af skadeanmeldelsen fremgår bl.a., at hændelsen, som førte til afbestillingen, indtraf den 17/7 2004.

Af lægeattesten dateret 22/7 2004 fremgår bl.a., at klageren var blevet syg den 19/7 2004, hvor lægen tillige var blevet klar over, at det ikke var tilrådeligt at lade patienten foretage rejsen.

Selskabet indhentede herefter diverse lægelige oplysninger.

Af udskrift dateret 17/7 2004 fra KAS Gentofte fremgår bl.a., at klageren havde opsøgt skadestuen, fordi han pludselig havde fået smerter i nedre abdomen. I de sidste 3 uger havde han haft tiltagende smerter i lysken med udstråling til scrotum. Smerterne blev provokeret med mindste bevægelse og det hindrede ham i at være aktiv, som han plejer. På skadestuen klingede smerten betydelig af. Af udskriften fremgår videre:

> "Konkl.:
> pt. skal til vurdering i D amb. m.h.p. hurtig tid til operation. Pt. oplyser, at han skal rejse ud i 2 uger. Pt. frarådes dette pga. risikoen for incarceration. Det aftales at han ringer til D amb. på tlf. … på mandag m.h.p. bestilling [af] en hurtig tid. Informeres om, at henvende sig akut, hvis brokket ikke kan trykkes på plads.
>
> Læge S.A. afd. D/lg"

Af udskrift dateret 19/7 2004 fra KAS Gentofte fremgår bl.a., at klageren igen henvendte sig på skadestuen på grund af smerter i forbindelse med sin brok. Efter en kortvarig indlæggelse blev han udskrevet samme dag og indkaldt til operation den 29/7 2004. Af udskriften fremgår videre:

> "Af ovenstående amb.notat fremgår det at pt. er indlagt mhp. akut herniotomi. Dette konf. med J.H.
> Der er lagt op til åben herniotomi grundet tidl. operation i området.
> C.M./mt"

Af erklæring af 25/8 2004 udarbejdet af læge T.S. fremgår det bl.a., at klageren havde været til konsultation hos sin læge den 6/7 2004, hvor han fik konstateret højresidig lyskebrok.

I skrivelse af 2/9 2004 til klageren afviste selskabet at yde forsikringsdækning, idet selskabet henviste til, at tilskadekomsten, der er årsag til afbestillingen, skete primo juli 2004 med første lægekontakt den 6/7 2004, fordi klageren havde problemer med lyskebrok. Selskabet bemærkede i den forbindelse, at klageren havde betalt hele rejsen den 16/7 2004, fra hvilken dato forsikringen således var trådt i kraft.

Overlæge B.J., KAS Gentofte, anførte følgende i skrivelse af 9/9 2004 til klageren:

> "Jeg så dig første gang d. 19/7-04, hvor du havde mange daglige smerter, og der blev derfor planlagt en subakut operation, der blev gennemført d. 29/7-04.
>
> Jeg kan derfor ikke udtale mig om hvordan situationen var inden denne tid, og specielt ikke om det var uforsvarligt at købe en rejse d. 16/7-04.
>
> Jeg vil derfor tilråde dig at få en udtalelse fra din egen læge, som har undersøgt dig i rolig fase, hvor der åbenbart ikke var nogen smerter. Da det må være din egen læge der kan udtale sig om det forsvarlige/uforsvarlige i at købe en rejse."

I skrivelse af 4/11 2004 til selskabet anførte klagerens ægtefælle følgende:

> "Mandag d. 19. juli blev min mand indlagt på hospitalet. Jeg tog omgående hjem fra hospitalet for at undersøge, hvad vi skulle stille op med den planlagte rejse d. 21.07.
>
> Jeg fandt vores forsikringsmappe frem, men kunne ikke finde nogen papirer, der redegør for afbestillingsforsikringen. Derfor ringede jeg til Tryg.
>
> Jeg talte med L.L. og fortalte hende, at min mand var blevet indlagt akut og skulle opereres hurtigst muligt. Hun undersøgte sagen og fortalte mig, at vi var fuldt dækket ved rejseafbestillingen. Jeg spurgte også, om det var sikkert, at jeg var dækket og det blev bekræftet, at jeg er medforsikret. Hun lovede at sende en skadesanmeldelse og hospitalet skulle udfylde bagsiden. Hun ville desuden sende forsikringsbetingelserne til os og en ny police (jf. brev fra Tryg dateret d. 19. juli).

Derefter ringede jeg til rejsearrangøren. Da der kun var 2 dage til afrejsen, kunne vi ikke få noget tilbagebetalt og jeg afbestilte rejsen i den tro, at vi som lovet var dækket af afbestillingsforsikringen.

Ellers kunne jeg jo være rejst alene eller med en anden ledsager.

Det er sådan, at vi i mange år har haft Årsrejseforsikring hos Tryg. For nogen tid siden blev vi kontaktet telefonisk af Trygs assurandør, som tilbød et tillæg til Årsrejseforsikringen, med en afbestillingsforsikring, 'den koster kun 10 kr. mere'. Vi accepterede tilbuddet, men fik ikke tilsendt forsikringsbetingelserne. Fordi vi har haft Tryg som forsikringsselskab i 34 år og har samtlige vores forsikringer hos Tryg, følte vi os trygge ved at tage imod telefonsalg af et tillæg til vores police.
…
Vi kendte altså intet til forsikringens særlige forbehold, som jo ikke er fastsat ud fra et medicinsk synspunkt, men ud fra Trygs egne fastsatte forsikringsmæssige definitioner og terminologi (som vi modtog for første gang d. 20.07.04). Vi blev informeret om, at vi var dækket d. 19.07.04 pr. telefon, derfor afbestilte jeg rejsen i god tro samme dag. Først d. 02.09.04 modtog vi et brev, hvori der står 'forsikringen kan derfor ikke yde erstatning', med henvisning til nogle af forsikringens særlige forbehold.

Min mands besøg hos lægen d. 06.07.04 var ikke på grund af en tilskadekomst, men han ville sikre sig, at hans helbred var i orden, fordi han regnede med, at ville blive udstationeret i Vestafrika. Der blev ved dette besøg konstateret, at der ikke var noget behandlingskrævende. Der skulle ikke tages forholdsregler, han kunne leve normalt. Altså viste det sig, at der ikke var nogen problemer.

D. 09.07.04 var min mand til jobsamtale og det var meningen, at han straks skulle rejse til Benin i Vestafrika for at arbejde på et vejprojekt.

På grund af ferielukning hos vores praktiserende læger blev en anden læge konsulteret d. 12.07.04 og vaccinationer for Hepatitis B og meningitis blev ordineret, på grund af særlige forhold i Benin, udover dem han i forvejen havde. Her blev det også

konstateret, at brokken var meget lille og ikke under udvikling, operation blev frarådet, der skulle ikke tages nogen forholdsregler, min mand kunne leve normalt. Han var sund og rask og kunne rejse til Benin.

En skriftlig bekræftelse på dette kan evt. rekvireres hos den anden læge. Dette har vi spurgt lægen om og fået lovning på.

Det akutte anfald d. 17.07.04 var totalt uforudset og vores forsikring er vel netop beregnet på uforudsete hændelser."

I et notat af 4/11 2004 har klageren bl.a. anført:

"Vi har følgende vigtige bemærkninger til skademeddelelsen fra KAS d. 17.07.04, som også influerer på udskrivningsepikrisen.

Vi oplyste skadestuelægen om, at der var konstateret en lille brok, men ikke at der havde været 'tiltagende smerter i de sidste 3 uger', der var gået siden første konstatering af brokken d. 06.07.04. Ellers ville jeg jo ikke have indvilliget i at tage arbejde i Afrika eller købt ferierejsen til Ungarn.

'Smerterne bliver provokeret ved mindste bevægelse og det hindre pt. i at være aktiv, som han plejer' var først efter anfaldet d. 17.07.04. Igen, ville jeg da ikke drømme om at rejse nogen steder, hvis jeg havde det sådan. Smerterne kom først ved det akutte anfald, hvor brokken blev klemt.

Hvis det havde forholdt sig sådan at 'i de sidste 3 uger har pt. haft tiltagende smerter' så ville jeg være blevet sendt til behandling via vores praktiserende læge. At jeg kom på skadestuen i stedet for var fordi 'smerterne' opstod pludseligt d. 17.07.04 og der blev tilkaldt ambulance. Skadestuelægen A. har misforstået mine udtalelser. Jeg var chokeret, da jeg kom på skadestuen og hvad jeg sagde er blevet opfattet unøjagtigt (eller skrevet ned forkert senere).

Det er først efter Trygs afvisning, at vi har bedt om udskrivningsepikrisen og kan se, hvorledes hændelsesforløbet er beskrevet ud fra den unøjagtige skademeddelelse og altså ikke som det faktisk forholdt sig.

Det er tilsyneladende disse beskrivelser, der har fået Tryg til at opfatte sagens forløb som om 'tilskadekomsten' skete i begyndelsen af juli og ikke som det i virkeligheden forholdt sig ved anfaldet d. 17. juli."

Selskabet fastholdt sin afgørelse i skrivelse af 16/1 2005til klageren. Af skrivelsen fremgår bl.a.:

"På baggrund af de lægelige oplysninger, har sagen været til revurdering hos selskabets læge.

Han har gennemgået alle bilag og finder ikke indikation for at afbestille rejsen, idet der ikke her er tale om en alvorlig hospitalsindlæggelse."

I skrivelse af 20/1 2005 til selskabet fastholdt klageren og hans ægtefælle deres erstatningskrav og henviste i den forbindelse til de lægelige oplysninger fra KAS Gentofte. Ifølge klageren havde de helt og holdent fuldt henstillingen fra lægerne på KAS Gentofte om ikke at rejse, fordi klageren skulle opereres akut. Det var på dette grundlag, at selskabets medarbejder havde meddelt tilsagn om dækning ved henvendelsen umiddelbart efter indlæggelsen den 19/7 2004. Klageren tilbageviste påstanden fra selskabets læge om, at der ikke fandtes indikation for at afbestille rejsen, idet der ikke var tale om en alvorlig hospitalsindlæggelse.

Selskabet meddelte i skrivelse af 25/1 2005til klagerens ægtefælle, at selskabets medarbejder L.J.L. afviste at have givet tilsagn om dækning ved ægtefællens tidligere telefoniske henvendelse. Videre fastholdt selskabet, at der var symptomer på sygdommen, før forsikringen trådte i kraft den 16/7 2004.

Klageren fastholdt i skrivelse af 28/1 2005 til selskabet sit erstatningskrav og redegjorde nærmere herfor, herunder at det akutte anfald den 17/7 2004 havde været totalt uforud-

set. Endvidere kritiserede klageren bl.a. selskabets sagsbehandlingstid, som han fandt langsommelig.

Selskabet fastholdt sin afgørelse i skrivelse af 3/2 2005 til klageren. Selskabet anførte bl.a., at afslaget alene var givet på baggrund af, at forsikringen ikke dækker sygdomssymptomer, som er konstateret før forsikringen trådte i kraft og ikke på baggrund af, om han var blevet opereret akut eller ikke.

Klageren indhentede efterfølgende en lægeerklæring af 27/2 2005 fra speciallæge i almen medicin L.A., hvoraf det bl.a. fremgår:

> "Det bekræftes hermed, at jeg den 12/7-2004 undersøgte ovennævnte og fandt ganske lille højresidig lyskebrok, som indtil da ikke havde givet gener.
>
> Ovennævnte søgte min rådgivning under egen læges ferie i anledning af mulig udstationering i Afrika.
>
> Jeg fandt på daværende tidspunkt ikke, at brokket var en hindring for at rejse i forbindelse med den påtænkte udstationering."

Klageren og hans ægtefælle har herefter indbragt sagen for nævnet, hvor de bl.a. har gjort gældende, at selskabet skal refundere rejsens pris på 15.282 kr. med tillæg af renter samt refundere udgiften på 400 kr. for lægeerklæringen af 27/2 2005.

I selskabets skrivelse af 5/4 2005 til nævnet hedder det bl.a.:

> "Uanset forsikrede i brev af 4. november 2004 angiver, at han er blevet misforstået på KAS Gentofte, mener vi ikke der kan herske tvivl om, at der var symptomer på sygdommen, da rejsen blev betalt, hvilket forsikrede jo i øvrigt også selv erkender i sit førnævnte brev. I øvrigt mener vi ikke, at indholdet af bilag 7 afkræftes af den netop fremsendte erklæring af 9. september 2004 fra KAS, Gentofte.
>
> Tilsvarende gælder, at indholdet af bilag 4 ikke afkræftes af erklæringen af 27. februar 2005 fra speciallæge i almen medicin L.A.. Videre ændrer L.A.'s skøn om, at syg-

dommen ikke var til hinder for den dengang påtænkte udstationering jo ikke ved forsikringsdækningen.

Der er således ikke tale om akut sygdom opstået i forsikringstiden, hvorfor vi må fastholde vores afvisning.

Endvidere gør forsikrede gældende, at man ved telefonisk henvendelse er lovet dækning. Vi har talt med den navngivne medarbejder, der oplyser, at hun aldrig giver tilsagn om dækning, før hun har haft lejlighed til at vurdere den lægelige dokumentation herunder drøfte sagen med vores egen læge. Samtalen med forsikredes ægtefælle fandt sted den 19. juli 2004, 2 dage før afrejsen skulle finde sted og før egentlig anmeldelse var indsendt og før den lægelige dokumentation forelå. Vi må derfor fastholde, at der ikke er givet tilsagn om dækning.

Ydermere gør forsikrede gældende, at vi straks ved den telefoniske henvendelse kunne have gjort opmærksom på, at der ikke var dækning, således at ægteparret C. kunne have disponeret anderledes over rejsen. Det er ikke praktisk muligt indenfor en så snæver tidsramme hvor der også er behov for lægelig dokumentation, at færdigbehandle sagen inden afrejsen.

For så vidt angår krav om refusion af udgift til lægeerklæring kan vi oplyse, at vi selv har indhentet diverse erklæringer og har betalt for dem. Vi finder derfor ikke grundlag for at honorere den af forsikrede indhentede erklæring fra L.A.

Endelig påklages sagsbehandlingstiden. Vi mener ikke der er grundlag for at kritisere sagsbehandlingstiden generelt. Dog medgiver vi, at vi har været lige længe nok om at svare efter modtagelsen af journalkopien fra KAS Gentofte, men da december/januar typisk er pressede perioder, mener vi ikke, at vi har været kritisabelt længe om at svare.

Konklusion
Vi beklager således, at vi må fastholde vores afvisning."

I skrivelse af 24/4 2005 til nævnet har klageren bl.a. nærmere redegjort for de eventuelle misforståelser, der er i udskriften fra KAS Gentofte. Videre har han oplyst, at han på hospitalet havde fået at vide, at brokken sandsynligvis var medfødt.

Klageren har efterfølgende henvendt sig til KAS Gentofte, hvor han fik oplyst, at læge S.A. havde en del problemer med det danske sprog, og derfor meget vel kunne have misforstået oplysninger om sygehistorien. Journaludskriften har således fået følgende tilføjet:

> "17.05.05.
> Pt. har henvendt sig til undertegnede på grund af misforståede anamnestiske oplysninger. Sygehistorien er således, at der opstod pludselige smerter den 17.7.2005 uden nogen forudgående symptomer. Dette var årsagen til henvendelsen på Skadestue og efterfølgende akut indlæggelse på kirurgisk afd. D."

I skrivelse af 31/5 2005 til nævnet har selskabet anført, at det fortsat henholder sig til erklæringen af 25/8 2004, hvoraf det bl.a. fremgår, at klageren første gang henvendte sig med problemer med lyskebrok den 6/7 2004.

Klageren har efterfølgende fremsendt en erklæring af 4/7 2005 fra læge T.S., hvoraf det bl.a. fremgår:

> "Det skal hermed bekræftes at undertegnede så ovennævnte patient den 6. juli 2004.
> Ved undersøgelsen af patienten fandt jeg et lille højresidigt lyskebrok.
> Da der ikke var tegn på at brokket var indeklemt valgte vi at se tiden an.
>
> Jeg fandt således, på daværende tidspunkt, ikke lyskebrokket som hindring for rejsen."

I skrivelse af 5/8 2005 til nævnet har selskabet - under henvisning til de samlede oplysninger i sagen - fastholdt, at der har været sygdomssymptomer, inden forsikringen trådte i kraft. Videre har selskabet anført, at det ikke har betydning for definitionen, om der rent faktisk iværksættes behandling eller om man vælger at se tiden an. I den forbindel-

se har selskabet henvist til ankenævnskendelse nr. 64.631. Af skrivelsen fremgår videre:

"Forsikrede har i sit brev modtaget i Ankenævnet den 28. april 2005 bl.a. anført, at hospitalet har oplyst, at brokken sandsynligvis er medfødt. Måtte Ankenævnet derfor betragte tilfældet som en akut forværring af en ellers stabil tilstand følger det af undtagelserne i forsikringsbetingelsernes punkt 15.2.2, at forsikringen ikke dækker

Hvis forsikredes sygdom/tilskadekomst i de sidste 2 måneder inden forsikringen træder i kraft ikke var i stabil god fase.

Det følger af ordforklaringen til 'stabil god fase'

at ved 'stabil god fase' forstås, at tilstanden har været stationær uden nogen form for ændring, udvikling eller periodisk forværring som:

- Har krævet kontakt til læge.
- Har medført ændring eller plan om ændring i behandling/medicinering
- Har medført plan om yderligere undersøgelser, behandling, hospitalsindlæggelse eller lignende.

Da forsikredes sygdom har medført kontakt til lægen den 6. juli 2004 kan tilstanden ikke betegnes som værende i stabil god fase i forsikringsbetingelsernes forstand, hvorfor der heller ikke er dækning, hvis tilfældet betragtes som en akut forværring af en ellers stabil tilstand.

Vi har noteret os afgørelserne i AK 63.981 (14) og 64.497 (15), der begge omhandler akut forværring af bestående sygdom, men mener ikke disse kendelser er relevante for vores aktuelle sag, jf. at definitionen i vores forsikringsbetingelser af 'stabil god fase' er rent objektiv."

Parterne har herefter ført yderligere korrespondance, hvor klageren bl.a. undrer sig over, at selskabet afviser ligheden med ankenævnskendelserne nr. 63.981 og nr. 64.497. Klageren har derudover henvist til ankenævnskendelse nr. 49.915, hvilken selskabet ikke finder relevant for nærværende sag.

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

"**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:

15.2.1

Hvis forsikringsbegivenheden er indtrådt før forsikringen træder i kraft.

15.2.2

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

…

16.3 Forsikringsperiode

For afbestillingen gælder:

16.3.4

…

For den enkelte rejse træder forsikringen i kraft, når forsikrede har bestilt en udlandsrejse, dog tidligst når depositum er betalt."

Nævnet udtaler:

Klageren havde få dage, før rejsen blev bestilt, søgt både egen læge og speciallæge og fået konstateret den lyskebrok, der kort tid efter udelukkede ham fra at gennemføre den købte rejse til Ungarn.

Nævnet kan på dette grundlag ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde klageren forsikringsdækning i forbindelse med hans afbestilling af rejsen og herunder tillige har afvist at erstatte udgiften til lægeerklæringen af 27/2 2005.

Herefter - og da nævnet endvidere ikke finder grundlag for at kritisere selskabets sagsbehandling i videre omfang end erkendt af selskabet -

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand