786/07

Den 12. december 2007 blev i sag nr. 71.992:

xxxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxx xx x
xxxx xxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har sundhedsforsikring i Danica Pension, klager over selskabets afvisning af at betale behandlingsudgifter i forbindelse med et hold i ryggen, hun har haft.

Selskabet har med henvisning til, at klageren forud forsikringens ikrafttræden har modtaget adskillige behandlinger for sin ryglidelse, afvist at dække hendes udgifter til medicin, kiropraktor og fysioterapeut i forbindelse med et hold i ryggen, hun pådrog sig i marts 2006.

Klageren har i sin klage til nævnet af 17/7 2007 anført:

> "Fremsendt regninger for medicin, kiropraktor og fysioterapeut for året 2006, hvor jeg forventede en refusion som nævnt i policen ... modtog brev 2. februar ..., hvor man hævder, at dette er en skade, som er tilbage fra 2004, hvilket ikke er rigtigt. Jeg har haft hold i ryggen masser af gange og kommet over det på den ene eller anden måde. Havde hold i ryggen i 2004, hvor jeg fik guld-akupunktur, som har været fantastisk og holdt mig fri for uheld og hold i ryggen i 2 år. Men når man er aktiv (for at holde sig i gang) og løber 3 gange om ugen, som jeg gør, ja så snubler eller falder man altså uheldigt en gang imellem, som jeg gjorde i december 2005. Det var ikke særlig slemt, men da jeg derefter i marts løftede en kasse ud af bagagerummet, ja så sad holdet altså fast.
>
> I 2004 havde jeg en ligelydende forsikring samme sted, men under en virksomhed. Da jeg blev selvstændig oktober 2005, kontaktede Danica mig og ville gerne videreføre forsikringer for pension, kritisk sygdom og sundhedssikring. Og jeg blev fortalt, at de var fuldstændig identiske med de, jeg havde haft - så jeg ville aldrig få problemer! Så det er herunder, jeg fik betalt guld-akupunktur.

I den forbindelse er det lidt tankevækkende, at når jeg kommenterer, hvad der er sagt og hvordan jeg indsendte bilag året før, ja - så får jeg at vide, at det er helt uvedkommende, hvad der er sket før 1.10.2005 - for det var en anden forsikring. Men når jeg sender bilag ind - ja, så tillader man sig at henvise til, hvad der er sket før 1.10.2005?

Efter brevet af 2.2.2007 ringede jeg ind til C.I. for at få en forklaring. Hun var ikke til stede, men jeg talte med en A.G.J. og forklarede hende situationen. Hun sagde, at det brev jeg havde modtaget ikke var særligt heldigt, fordi jeg ikke fik en ordentlig forklaring. For efter hendes mening var afslaget fordi, refusioner for såvel medicin som kiropraktor og fysioterapeut skulle være udskrevet og henvist af en speciallæge. Jeg læste op for hende, hvad der stod i min police - og hun mente, at jeg muligvis havde en forkert police. (Men det er jo den jeg har tegnet min forsikring på.) Hun sagde endvidere, at hun godt kunne forstå min forvirring/frustration, så hun ville bede en 'lægekyndig' (tror jeg nok) se på sagen igen, fordi jeg nok ikke var blevet helt retfærdigt behandlet.

Det var jeg selvfølgelig glad for - og gav mig til at vente. Først i marts ringede jeg igen, og fik at vide, at 'de ikke havde glemt mig'. Ventede igen - og sendte så en reminder ... den 22. april.

Det er i dag den 17. juni - og jeg har stadig ikke hørt noget."

Selskabet fastholder sin afvisning af at dække klagerens udgifter og anfører i skrivelse af 8/8 2007 til nævnet:

"G.L. har i perioden fra den 1. januar 2004 til den 1. oktober 2005 haft en Sundhedssikring i forbindelse med sit ansættelsesforhold i S. M. Fra den 1. januar 2005 omfattede denne forsikring også forudbestående lidelser, når det drejede sig om lidelser i bevægeapparatet og kræft. Fra den 1. oktober 2005 har G.L. tegnet en privat Sundhedssikring. Det er ikke muligt at tegne en privat Sundhedssikring i Danica Pension, der omfatter forudbestående lidelser.

For G.L. betyder det, at lidelser opstået før den 1. januar 2004 (hvor hun ikke har haft Sundhedssikring i Danica Pension) og følgetilstande heraf ikke er dækket af hendes Sundhedssikring.

I forbindelse med behandling af ankenævnsklagen har vi indhentet supplerende oplysninger fra G.L.s læge C.C., ... Lægens oplysninger har været forelagt Danica Pensions neurologiske lægekonsulent, der vurderer, at: 'der er tale om en smertetilstand i lænderyggen, der de sidste to gange i 2005 og 2006 er provokeret af uheld. Allerede i 1996 er der ifølge egen læge påvist slidgigtforandringer også i rygsøjlens lændedel. Egen læge anfører, at kunden tilsyneladende løbende har gået hos kiropraktor siden 2003. Kunden må formodes at være oplyst om disse slidforandringer i ryggen allerede i 1996, og de tilbagevendende smerteperioder må skønnes at have deres primære årsager heri'.

Vi må således fastholde, at der er tale om en lidelse/sygdom, der er opstået inden G.L. fik Sundhedssikring. Dette bekræftes endvidere af G.L. selv, der i sin klage skriver, at hun har haft hold i ryggen masser af gange, som hun er kommet over på den ene eller den anden måde.

Hvad angår den lange ventetid, må vi beklage meget, at vi ikke er vendt tilbage efter G.L.s henvendelser i februar, marts og april 2007. Dette skyldes, at sagen har været forlagt, hvilket naturligvis er meget beklageligt."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

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

- Forsikringen er trådt i kraft, når den forsikrede første gang søger læge eller får behandling for en sygdom/lidelse. Er forsikrede blevet behandlet for en sygdom/lidelse, før forsikringen er trådt i kraft, dækker vi ikke følgetilstande herfor. Behandlingen skal foretages af en person, der er autoriseret inden for sin faggruppe af Sundhedsstyrelsen."

Nævnet udtaler:

Nævnet har gennemgået sagen og har under henvisning til det af selskabet anførte og til de gældende forsikringsbetingelser ikke fundet grundlag for at kritisere, at selskabets har afvist at yde klageren forsikringsdækning som sket.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann

udskriften bekræftes

Henning Jønsson