801/08

Den 25. august 2008 blev i sag nr. 72.769:

xxxxx xxxxxxxxxx
xx xxxxxxx xxxx
xxxxxx xx xxx
xxxxxx xxxxxxx

mod

International Health Insurance
danmark a/s
Palægade 8
1261 København K

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har tegnet sygeforsikring (International Health and Hospital Plan) i International Health Insurance danmark a/s, klager over, at selskabet har afvist at refundere alle de af hende afholdte udgifter i forbindelse med fødsel.

Selskabet har henvist til, at det har foretaget udbetaling i overensstemmelse med de gældende forsikringsbetingelser og refusionstakster.

Klagerens ægtefælle har i den til nævnet fremsendte klageskrivelse af 24/10 2007 anført:

> "My wife S.H. is a policy holder with International Health Insurance. … We have been with this company for 17 years and have been covered for expenses related to child birth on 9 occasions. Each time (until the most recent) I received %100 coverage with no limit. Recently, I was not aware of this until after the birth of my baby on 12 July /07 after which I was left with uncovered expenses of £ 8,235. Even though the information is in the policy conditions I didn't know to review them as a policy holder can't be expected to reread all the conditions at each annual renewal. They did send me at renewal a letter suggesting that the maternity cover has changed for some policies but it wasn't in a clear and understood manner to suggest that the benefit that I had relied on many times before was diminished. I am enclosing copies of all the correspondence I had with the company about this and requesting that you make a fair decision to reimburse med my expenses."

Heroverfor har selskabet i skrivelse af 8/11 2007 til nævnet anført:

"Forsikringstager har tegnet en sygeforsikring hos selskabet jf. vedlagte standardbrochure. Under denne forsikring har forsikringstager modtaget refusioner for udgifter i forbindelse med i alt ni børnefødsler.

I forbindelse med den sidste fødsel i juli 2007 udbetalte selskabet refusioner i overensstemmelse med de gældende forsikringsbetingelser og refusionstakster op til det gældende maksimum GBP 6.050. Udgifter udover dette maksimum blev forsikringstager pålagt at betale selv. Dette afviser klager at gøre med henvisning til, at han havde en berettiget forventning om at få dækket alle udgifter i forbindelse med fødslen samt at det ikke kunne forventes af ham/forsikringstager at have kendskab til de gældende betingelser og takster for policen.

Sagen drejer sig således om, hvorvidt selskabet er pligtig at betale for de udgifter i forbindelse med forsikringstagers fødsel, der overstiger det i policebetingelserne angivne maksimum.

I forbindelse med selskabets årlige justeringer i refusionstakster og betingelser, fremsendtes i november 2004 til forsikringstager en ny brochure indeholdende betingelser for 2005 ... Der medsendtes også et informationsbrev, hvori justeringerne blev beskrevet ... Af brevet fremgik det, at der var sket en ændring i 'maternity cover', således at fødselsudgifter fremover ville blive refunderet 100 %, dog begrænset af et maksimum i henhold til den dækning, som forsikringstager måtte have valgt.

Ændringen bestod i, at alle udgifter i forbindelse med graviditet og fødsel - og således også før- og efterundersøgelser - blev samlet under ét, kaldet 'maternityr cover'. Modsat var den 'gamle' dækning før 2005 delt i forskellige underdækninger, således at udgifter i forbindelse med selve fødslen blev dækket 100 %, hvorimod alle andre udgifter i forbindelse med graviditet og efter fødsel blev dækket i henhold til specifikke maksimumtakster.

Den nye samlede maksimumtakst indført i 2005, er beregnet ud fra en gennemsnitspris i de europæiske lande og fastlagt således, at langt de fleste af selskabets kunder dækkes 100 % i forbindelse med graviditet og fødsel. Således var ændringen en væsentlig forbedring for langt de fleste af selskabets kunder, der havde tegnet denne sygeforsikring.

I januar 2006 og januar 2007 fremsendtes igen nye brochurer og betingelser til forsikringstager. I denne periode blev der ikke ændret i dækningen udover en for forsikringstager fordelagtig stigning i de omtalte maksimumtakster ...

I juni 2007 henvender klager sig til selskabet og anmoder om at få udstedt en GOP (Guarantee of Payment) gyldig for juli 2007, hvor forsikringstager forventes at føde sit niende barn. Selskabet sender således en GOP til hospitalet samt en kopi af denne til forsikringstager ... I første afsnit i denne GOP, står de gældende maksimumtakster anført. De selv samme takster, som også er anført i de tilsendte forsikringsbetingelser.

Den 20. juli modtager selskabet en anmodning fra hospitalet om at tilsende en ny GOP for udgifter udover de i første GOP anførte maksimumtakster. Ekstraudgifterne var begrundet i en forlængelse af hospitalsopholdet, der dog ifølge hospitalet ikke var medicinsk begrundet. Selskabet afviser denne anmodning med henvisning til, at selskabets samlede refusioner i forbindelse med omtalte fødsel, havde nået det gældende maksimum på GBP 6.050.

Den 17. august 2007 modtager selskabet en opringning fra klager fulgt op af en skriftlig anmodning den 18. aug. om at revurdere sagen, således at det udestående beløb udover maksimum bliver betalt af selskabet ...

Den 20. august sender selskabet svar tilbage til forsikringstager, hvori der redegøres for, hvorfor selskabet opretholder sin vurdering af sagen og dermed ikke betaler udgifterne udover policens maksimum ...

Den 28. august sender klager endnu engang en klage, hvori han begrunder sit krav med, at han havde misforstået informationsbrevet af nov. 2004. Han anmoder om at blive henvist til 'the Financial Ombudsman Service' ...

Selskabet forklarer herefter flere gange telefonisk, at selskabet fastholder sin vurdering af sagen. Endvidere henvises forsikringstager til Ankenævnet i overensstemmelse med de gældende forsikringsbetingelser. Selskabet forklarer, at der i Danmark ikke findes en 'Financial Ombudsman' som i UK.

Den 18. oktober modtager selskabet sidste skriftlige henvendelse fra klager ...

Selskabet afviser at dække udgifter udover de gældende maksimumtakster i forbindelse med omtalte fødsel.

Hovedbegrundelsen herfor er, at selskabet kontinuerligt har informeret forsikringstager om ændringerne i fødselsdækningen siden 2005, og forsikringstager har derfor op til den omtalte fødsel i 2007 haft rig lejlighed til at gøre sig bekendt med den gældende fødselsdækning og maksimumtakster deri.

Selskabet har således klart informeret forsikringstager om ændringen i fødselsdækningen ved adskillige lejligheder gennem de seneste år og forsikringstager har betalt præmie flere gange siden den omtalte ændring.

Ydermere ville de ekstra omkostninger i forbindelse med forsikringstagers forlængelse af hospitalsopholdet formodentlig ikke være blevet refunderet under den 'gamle' dækning, idet forlængelsen ikke var medicinsk begrundet.

Som tidligere omtalt, er de gældende maksimumtakster beregnet ud fra et gennemsnitsophold (både hvad angår længde og udgifter) på et gennemsnitshospital i Europa.

Henset til ovennævnte argumentation mener selskabet ikke, at klager/forsikringstager med rimelighed kan siges at have en berettiget forventning om at få refunderet alle udgifter i forbindelse med fødslen af deres niende barn. Det må således tilpligtes forsikringstager at gøre sig bekendt med relevante dele af forsikringsbetingelserne. Refusionstaksterne må siges at udgøre en sådan relevans for forsikringstager, at han burde have gjort sig bekendt med disse.

Selskabet må således fastholde, at der ikke skal betales yderligere refusion i denne sag."

Hertil har klagerens ægtefælle i skrivelse af 14/2 2008 til nævnet bemærket:

"In the company's response, they seem to agree with me that the wording in the letter (which they call exhibit ...) implies that the cover was improved not diminished, as the clearly explain that for the majority of customers 'the change was a substantial improvement'. I also

understood it to mean that - I understood their statement as they meant it. They did not mean to say that the cover was diminished so there was no reason for me to review the policy conditions.

The company also mentioned in the response that the additional expenses were for an extension of the hospital stay which wasn't medically prescribed. This statement is only partly true. Perhaps there was some hospital stay which wasn't medically necessary but most of the expense which I wasn't reimbursed was medically prescribed. I enclose a breakdown of the hospital's fees. I [If], for example, she stayed in the hospital for an additional day more than medically prescribed, then £ 995 might not have been covered on the 'old' cover and the remainder would be. I don't know exactly how many days the hospital considered medically necessary for my wife's hospital stay. Besides that the entire invoice from gynaecologist, Mr. M, of £ 5,175- was completely necessary and medically prescribed.

They also mentioned that for most of Europe there cover is sufficient. I don't know about all of Europe, but for private hospitals in London, it would not be sufficient in most cases. This is another reason why I wouldn't have expected no to be covered in full, as the policy is meant to give sufficient and complete coverage and as they themselves agree that this is expected of them, as indicated in their response letter.

Also, the company claims to have covered £ 6,050. The cover to the hospital was only £ 5,940 so my total uncovered amount, was £ 8,235.

I therefore maintain that the company should cover my expenses."

Herefter har selskabet i skrivelse af 4/4 2008 til nævnet anført:

"Det fastholdes, at det klart fremgår af policebetingelserne, at gældende maksimum for fødselsudgifter i 2006 og 2007 er GBP 6.050.

Det er ubestridt, at klageren har modtaget meddelelse om ændringen af dækningen i forbindelse med fødselsudgifter. Det fremgår udtrykkeligt af

i) forsikringsbetingelserne for 2005 ..., at dækningen i forbindelse med 'childbirth' er begrænset til maksimum GBP 3.300/GBP 5.500 afhængig af hvilken plan forsikringstageren har,

ii) brev af november 2004 (bilag 2), at der er sket en ændring, således at fødselsudgifter fremover ville blive refunderet 100 %, dog begrænset af et maksimum i henhold til forsikringstagerens dækning.

Som nævnt ovenfor steg maksimumtaksterne til fordel for forsikringstageren til GBP 6.050 i 2006. Da klageren fortsat har betalt præmien har klageren stiltiende accepteret de ændrede vilkår. Selskabet fastholder således, at der ikke skal betales yderligere refusion i denne sag."

Efterfølgende er klagerens ægtefælle fremkommet med yderligere bemærkninger i skrivelse af 1/5 2008 til nævnet.

Nævnet har fået forelagt de af parterne fremlagte bilag, herunder kopi af den skrivelse, som selskabet i november 2004 fremsendte til klageren. Af sidstnævnte skrivelse fremgår bl.a.:

> "We are now closer to the renewal of your insurance with International Health Insurance danmark a/s.
>
> In the enclosed material you will find changes in the List of Reimbursements and Policy Conditions for 2005.
> …
> **Maternity cover**
> We kindly draw your attention to our changed maternity cover offering 100 % reimbursement of expenses in connection with maternity, with a maximum limit depending on your cover."

Af den for 2005 gældende "List of Reimbursements", som var vedlagt ovennævnte skrivelse fra selskabet, fremgår bl.a.:

> "Please note that the List of Reimbursements is part of the Policy Conditions. …
>
> Reimbursements under the Hospital Plan are effected at 100% of the expenses, unless you have chosen a deductible. In this case, you will be reimbursed as soon as qualified expenses exceed the amount of the deductible.
>
> Reimbursements will not in any event exceed the following amounts or the overall annual maximum cover per person per policy year of GBP 1,200,000.
>
> **All amounts are in GBP**
> ...

| CHILDBIRTH | Hospital Plan | Hospital Plan incl. Module 1 - Non-hospitalt benifits |
|---|---|---|
| Normal delivery, complicated delivery and elective caesarean delivery, incl. pre- and postnatal treatment<br>Max. per delivery | 100 %<br>3,300 | 100 %<br>5,500 |

> …

| *The above maximum rates for metarnity skall berecuced by the deductible chosen.* |
|---|

"

Af den for 2007 gældende "List of Reimbursements" fremgår bl.a.:

| "**CHILDBIRTH** | **Hospital Plan** | **Hospital Plan incl. Module 1 - Non-hospitalisation Benefits** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | EUR | GBP | USD | EUR | GBP | USD |
| Normal delivery, complicated delivery and elective caesarean delivery, incl. pre- and postnatal treatment.<br>Max. per delivery | … | <br>100 %<br>3,575 | … | … | <br>100 %<br>6.050 | … |

> …

| The above maximum rates for maternity shall be reduced by the *deductible* chosen. " |
|---|

Nævnet udtaler:
Efter sin gennemgang af sagen, herunder varslingsskrivelsen fra november 2004, finder nævnet, at klageren er blevet underrettet om ændringen på en så klar og præcis måde, at de ændrede vilkår vedrørende refusion i forbindelse med børnefødsler må anses for at være blevet accepteret af klageren. Nævnet kan på den baggrund ikke pålægge selskabet at refundere udgifter vedrørende fødslen i juli 2007 ud over det anførte dækningsmaksimum.

Nævnet bemærker dog, at selskabet ifølge klageren kun har refunderet udgifter på £ 5.940, hvor dækningsmaksimum udgør £ 6.050. Selskabet skal derfor udbetale klageren yderligere £ 110.

Herefter, og idet det af klageren i øvrigt anførte ikke findes at kunne føre til et andet resultat,

b e s t e m m e s :

---

Selskabet, International Health Insurance danmark a/s, skal udbetale klageren yderligere £ 110 med tillæg af renter i henhold til forsikringsaftaleloven.

Marianne Højgaard Pedersen