812/09

Den 2. februar 2009 blev i sag nr. 73.893:

xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxxxx x

mod

AIG Europe S.A.
Kalvebod Brygge 45
1560 København V

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har rejseforsikring i AIG Europe S. A, klager over selskabets afvisning af at erstatte klagerens udgifter i forbindelse med behandling af en blodprop, der opstod, mens han opholdt sig i Østrig.

Selskabet henviser bl.a. til, at klageren måtte forvente et behandlingsbehov, hvorfor udgifterne er undtaget fra forsikringsdækning.

Det fremgår af sagen, at klageren under en rejse til Østrig i perioden 28/12 2006 til 3/1 2007 fik en blodprop. Da klageren kom hjem, anmodede han om dækning for sine behandlingsudgifter gennem Den Offentlige Sygesikring i det indklagede selskab.

Af skrivelse af 22/5 2007 fra Regionernes Lønnings- og takstnævn til klageren fremgår, at nævnet har modtaget hans anke over den afgørelse, som Europæiske Rejseforsikring A/S har truffet på vegne af Den Offentlige Sygesikring.

Af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses skrivelse af 30/1 2008 til klageren fremgår bl.a.:

> "Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har fra K. kommune modtaget en anmodning om refusion af 1 betalt regning på € 736,00 og 1 ubetalt regning på € 34,14, for ydelse af lægehjælp m.v., som De har modtaget under et ophold i Østrig, jf. reglerne i EF-forordning

1408/71 om social sikring af vandrende arbejdstagere m.fl. og reglerne for gennemførelsen heraf i EF-forordning 574/72.

Ifølge disse regler har De ret til refusion af udgifter til ydelser fra det offentlige sundhedsvæsen i Østrig på samme vilkår som en statsborger almindeligvis har fra det offentlige sundhedsvæsen i Østrig. Det er dog en forudsætning, at regningerne er betalt, før der kan søges refusion.

Ministeriet har dags dato skrevet til de østrigske myndigheder og anmodet om fastsættelse af refusionstakst for Deres betalte regning på € 736,00. Når oplysning om refusionstakst er modtaget, vil et eventuelt refusionsbeløb blive anvist til Dem."

Af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses skrivelse af 11/4 2008 til klageren fremgår:

"De har anmodet Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om at være Dem behjælpelig med at opnå refusion af udgifter, De har haft til lægehjælp under ophold i Østrig.

De har samme ret til refusion, som en østrigsk statsborger almindeligvis har fra det offentlige sundhedsvæsen i Østrig. Dette er fastsat i EF-forordning 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere m.fl. der flytter inden for Fællesskabet.

Østrig har oplyst, at De kan få refunderet € 218,64. Dette beløb er omregnet til d.kr. 1.628,97 som vil blive indsat på Deres Nemkonto … Omregningen er sket efter den særlige gennemsnitskurs, der anvendes efter EF-forordning 1408/71."

Klageren har over for nævnet gjort gældende, at selskabet skal erstatte de udgifter i forbindelse med indlæggelsen i Østrig, som han ikke allerede har fået refunderet. Til støtte herfor har han i skrivelse af 6/5 2008 til nævnet anført følgende:

"På en ferie til Wien fra d. 28/12-06 til d. 3/1-07 blev jeg desværre ramt af en blodprop, og indlagt på hospital i Wien.

Jeg har siden forsøgt erstatning for de afholdte udgifter, og har nu efter lang tid fået Eu 218,64 ud af en regning på € 736,0. Da jeg er forsikret i SOS, og der i aftalen ikke er forbehold for at den ikke dækker i Europa kan jeg ikke anerkende Deres afslag på erstatning."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse og til støtte herfor i skrivelse af 17/7 2008 til nævnet bl.a. anført:

"Klageren anmelder skaden til SOS efter hjemkomst til Danmark. I henhold til forsikringsbetingelsernes § 6, stk. 2, henviser SOS Klageren til Den Offentlige Rejsesygesikring, som på daværende tidspunkt blev administreret af Europæiske Rejseforsikring.

SOS erfarer den 13.04.07 ved kontakt til Europæiske Rejseforsikring, at Den Offentlige Rejsesygesikring ønsker at rekvirere yderligere lægelige oplysninger i form af journal fra Rigshospitalet og journal fra den behandlende læge i Østrig.

Den 16.05.07 bliver SOS af Europæiske Rejseforsikring meddelt, at skaden er undtaget dækning under Den Offentlige Rejsesygesikring grundet 'forventet behandlingsbehov'.

At Den Offentlige Rejsesygesikring har afvist at dække Klagerens udgifter, er ikke bestridt af Klageren.

Idet den af Klageren tegnede rejseforsikring, som administreres af SOS, indeholder samme undtagelsesbestemmelser som Den Offentlige Rejsesygesikring, er skaden ej heller omfattet af forsikringsdækningen på Klagerens rejseforsikring.

Klageren kan henvises til at søge dækning under det blå EU-sygesikringsbevis.
…
FORSIKRINGSTEKNISK PROBLEMSTILLING:
Under henvisning til forsikringsbetingelsernes § 6, stk. 2, og § 4, litra i, kan Selskabet oplyse, at forsikringen ej dækker forventet behandlingsbehov og/eller, såfremt den forsikredes helbredstilstand ikke har været i en stabil god periode på 2 måneder inden afrejsetidspunktet.

Disse undtagelsesbestemmelser er lig med reglerne for Den Offentlige Rejsesygesikring, hvor skaden er blevet afvist.

Som følge heraf må det konstateres, at skaden ej heller er omfattet af forsikringsdækningen.

KONKLUSION:
Selskabet nedlægger påstand om, at skaden er undtaget forsikringsdækning, og at undtagelsesbestemmelserne er de samme som for Den Offentlige Rejsesygesikring, som ligeledes har afvist kravet.

Hvis Ankenævnet ønsker yderligere oplysninger, kan undertegnede kontaktes."

Hertil har klageren i skrivelse af 7/8 2008 til nævnet anført:

"Til sagsfremstillingen har jeg følgende bemærkninger.
Den Offentlige Rejsesygesikring har på Rigshospitalet ikke fået bekræftet at jeg var i behandling inden jeg tog på nytårsferie.
Inden jeg tog på ferie fejlede jeg intet, og kunne derfor kun forvente, hvis uheldet var ude, at jeg med mit gule sygesikringsbevis elle med min rejseforsikring var forsvarligt dækket ind.

Den private rejseforsikring jeg havde tegnet gennem mit MasterCard, indeholdte ikke på daværende tidspunkt nogen undtagelsesbestemmelser om, at såfremt den Offentlige Rejsesygesikring ikke dække min skade, ville min private forsikring heller ikke dække på grund af, at de havde samme betingelser som den Offentlige Rejsesygesikring.
Ligeledes skal jeg gøre opmærksom på, at forsikringen ikke på daværende tidspunkt var tegnet via Nordea, det er sket senere.

Jeg har søgt dækning i henhold til den Offentlige Rejsesygesikring og har fået erstatning på samme vilkår som Østrigsk Statsborger hvilket er oplyst, problemet er blot at jeg ønsker fuld erstatning i henhold til de tegnede forsikringer.

Forsikringsselskabet henviser til at skaden ikke er dæknings berigtiget da jeg kunne forvente behandlingsbehov, dette er ukorrekt og udokumenteret, man har end ikke gjort sig den ulejlighed, at undersøge dette hos den Overlæge som efterfølgende har behandlet mig på Rigshospitalet.

En blodprop som jeg pludselig fik kan ikke forudsiges, og jeg har ikke tidlige været udsat for det, og var derfor ikke i behandling for blodpropper.
Overlægen som behandlet mig på Rigshospitalet var H.S.
Skulle Ankenævnet ønske yderligere oplysninger hører jeg gerne nærmere."

Selskabet er efterfølgende ved skrivelse af 16/9 2008 til nævnet fremkommet med yderligere bemærkninger:

"SOS International a/s har på vegne af os foretaget en konkret og uafhængig vurdering af sagen og har - ligesom Den Offentlige Rejsesygesikring - vurderet, at der er tale om et før rejsen kendt behandlingsbehov. Den af Klageren tegnede rejseforsikring undtager skader, såfremt der har været et før rejsen kendt behandlingsbehov.

SOS har den 13.04.07 kl. 10:19 ført en telefonsamtale med Klageren, hvoraf det fremgik, at Den Offentlige Rejsesygesikring havde udbedt sig en journal fra den behandlende læge i udlandet samt fra egen læge i Danmark, men at Klageren aldrig havde indsendt/rekvireret journalen og sendt den til Den Offentlige Rejsesygesikring, som på daværende tidspunkt blev administreret af Europæiske Rejseforsikring.

Vi er ikke vidende om, hvorvidt Europæiske Rejseforsikring har modtaget disse yderligere oplysninger. Vi har imidlertid modtaget bekræftelse på, at sagen er blevet afvist under Den Offentlige Rejsesygesikring.

Principalt påstår vi, at kravet ikke er dækningsberettiget, jf. forsikringsbetingelsernes § 6, stk. 2, og § 4, litra i, idet forsikringen ikke dækker forventet behandlingsbehov og/eller, såfremt den forsikredes helbredstilstand ikke har været i en stabil god periode på 2 måneder inden afrejsetidspunktet.

Subsidiært påstår vi, at vi ikke kan anerkende skaden som værende dækningsberettiget på det foreliggende grundlag. Vi har tidligere henstillet til, at Klageren kunne indsende en journal fra behandlende læge samt egen læge med henblik på en revurdering. Disse oplysninger har imidlertid også været forelagt under sagsbehandlingen hos Europæiske Rejseforsikring."

Heroverfor har klageren ved skrivelse af 22/9 2009 bl.a. anført:

"Generelt er oplysningerne vedr. mit sygdomsforløb forkerte og total udokumenteret både fra AIG Europe og Den Offentlige Rejsesygesikring, hvilket jeg har gjort opmærksom på i mine tidligere skrivelser.

Fakta er, at jeg inden jeg rejste til Wien, ikke var syg, ikke i lægebehandling, og havde aldrig tidligere haft en blodprop.

Fakta er også, at man hverken fra Den Offentlige Rejsesygesikring eller AIG Europe har kontaktet Rigshospitalet hvor jeg er blevet efterbehandlet, ligesom man ikke vil accepterer det brev som er sendt til Den Offentlige Rejsesygesikring.

Vedr. min sygejournal var det ikke muligt for mig at få andet end det jeg havde med hjem fra hospitalet, hvilket er afleveret. Ligeledes jeg vidende om at Den Offentlige Rejseforsikring har kontaktet det Østrigske Hospital.

Vedr. AIG Europe forstår jeg ikke at de ikke hjælper med at fremkaffe de ønsker oplysninger idet min rejseforsikring yderlig indeholder retshjælp og i øvrigt giver indtryk af, at de hjælper med alt så man som forsikret hos dem ikke som privat person skal stå helt magtesløs i et fremmed land hvor ens kendskab til systemet naturligvis ikke er det samme som i hjemlandet.

Min konklusion er derfor, at det stadig er en ubestridt påstand om at jeg havde et forventet behandlingsbehov, er grebet ud i den blå luft, kun med det formål at min private rejseforsikring ikke vil yde den service de er forpligtiget til."

Afslutningsvis har selskabet anført, at klagerens krav ikke kan imødekommes, idet rejseforsikringen er subsidiær til Den Offentlige Rejsesygesikring. Heraf følger, at rejseforsikringen ikke dækker hans udgifter, såfremt Den Offentlige Rejsesygesikring har afvist at dække. Selskabet har derfor henvist klageren til at klage til Regionernes Lønnings- og Takstnævn over Den Offentlige Rejsesygesikrings afgørelse.

Klageren har i sin afsluttende skrivelse af 24/10 2008 til nævnet anført:

"Forsikringen blev tegnet fordi der var dækning uden for Danmarks grænser, uden forbehold for Den Offentlige Rejsesygesikring dækkede.

At der så efter 2006 er ændrede regler skal ikke komme mig til skade.

Forsikringen omhandler også retshjælp og hjælp med behandling til offentlig myndighed.
Min påstand er fortsat, at jeg var forsikret ved pludselig sygdomstilfælde i udlandet, hvorfor jeg er berettiget til erstatning for afholdte udgifter."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"4.0 Forsikringen dækker ikke skader, der skyldes:
…
i. Kroniske lidelser, dvs. lidelser, der har vist symptomer eller er diagnosticeret før afrejse fra bopælslandet. Dog dækker forsikringen såfremt lidelsen må karakteriseres som stabil. At lidelsen er stabil betyder, at forsikrede inden for de sidste 2 måneder før afrejsen ikke har:
- Været hospitalsindlagt.
- Modtaget behandling af læge (som ikke er kontrolbesøg).
- Fået foretaget ændringer i medicinering.

Det er endvidere en forudsætning for at opretholde dækning, at der foretages en lægelig vurdering umiddelbart før afrejse, og at denne vurdering ikke indikerer udsigt til forværring under rejsen. Forhåndsgodkendelse indhentes via SOS' læge, som beslutter, om AIG kan acceptere forsikringen.
…
6.2 Udgifter, som er dækket af den offentlige rejsesygesikring, dækkes ikke.
Forsikringen dækker derudover ikke udgifter til:
- Behandling af et før afrejsen kendt behandlingsbehov.
- Sygdom/tilskadekomst der har vist symptomer eller er diagnosticeret hos en læge før afrejsen. Dog dækkes udgifter til behandling af en akut forværring af en bestående syg-

dom/tilskadekomst forudsat, at sygdommen/tilskadekomsten før afrejsen kunne karakteriseres som stabil, og at forsikrede ikke har været hospitalsindlagt, modtaget behandling eller fået ændret medicinering inden for de sidste 6 måneder før afrejsen."

Nævnet udtaler:

Indledningsvis bemærkes, at det påhviler en forsikringstager at godtgøre, at der foreligger en forsikringsdækket begivenhed, mens det omvendt påhviler selskabet at godtgøre, at der foreligger en dækningsundtagelse.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet det ikke på det foreliggende grundlag godtgjort, at klagerens lidelse er omfattet af de af selskabet anførte undtagelsesbestemmelser i forsikringsbetingelserne. Selskabet er derfor ikke berettiget til at afvise dækning.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, AIG Europe S. A, skal anerkende, at klagerens behandlingsudgifter i forbindelse med opholdet på hospitalet i Østrig ikke er omfattet af forsikringsbetingelsernes undtagelsesbestemmelser, og genoptage sagsbehandlingen.

Poul Sørensen
formand