814/09

Den 2. marts 2009 blev i sag nr. 74.315:

xxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxx

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 gennem sit Mastercard Platinum i AIG Europe S.A., klager over, at selskabet alene dækker ekstraomkostninger for klageren og hans hustru som følge af deres søns hospitalsindlæggelse i perioden fra deres planlagte hjemkomst.

Selskabet henviser til, at forsikringen dækker ekstraordinære omkostninger, hvilket er omkostninger afholdt efter det planlagte hjemkomsttidspunkt.

Det fremgår af sagen, at klageren var med sin familie på skiferie i Østrig fra den 8/2 2008. Det var herefter planlagt, at de skulle forlade deres hotel den 15/2 2008 for at ankomme til deres hjem den 16/2 2008. Klagerens søn brækkede dog sit skinneben den 14/2 2008 og blev som følge heraf indlagt på et lokalt hospital frem til den 19/2 2008. Klageren anførte i skadeanmeldelse af 23/3 2008:

"**Oplysninger om rejsen**
Formål: ☒ ferie …
I hvilket land skete skaden? *Østrig*
Afrejsedato: *8/2* år *08* kl. *23.00* Planlagt hjemkomst: *16/2* år *08* kl. *14.00*"

Selskabet fremsendte bilag på de udgifter, der hørte under Den Offentlige Rejsesygesikring, til Danske Regioner, mens selskabet selv ydede dækning til ophold og fortæring

til klageren og hans hustru i perioden efter 16/2 2008 kl. 14. Klageren anførte som følge heraf i mail af 30/6 2008 til selskabet:

> "Jeg har modtaget de fremsendte kassebilag retur og ved en efterfølgende kontrol, mangler der at blive betalt 3 regninger:
> 1 gang overnatning på Euro 81,40
> Kassebilag den 16.2.08 Euro 4,60
> Kassebilag den 16.2.08 Euro 29,06"

Som følge heraf anførte selskabet i mail af 30/6 2008 til klageren:

> "Som nævnt i vores tidligere skrivelse af den 14/5 2008, dækker forsikringen ikke fortæring inden planlagte hjemrejsedato; dvs. den 16/2 2008 kl. 14.00 og vi kan desværre ikke imødekomme dit krav om yderligere betaling for EUR 4,60 og 29,06.
>
> Endvidere kan vi oplyse, at din regning for EUR 81,40 videregives til vores afdeling for Den offentlige Sygesikring."

Klageren anførte herefter i mail af 30/6 2008 til selskabet:

> "Nu ved jeg ikke helt hvor du har den omtalte hjemrejsedato fra? - Det har da hele tiden været meningen at hjemrejsedatoen var den 15.2.08 kl. 14.00!
>
> Nu synes jeg snart, at I skal tage jer lidt sammen!
>
> Vi har holdt omkostningerne på et absolut min., hvilket bl.a. kan ses på vore overnatningsbilag - kr. 615,00 for 4 overnatninger!!!! - Desuden burde I måske tænke på, at I ligeledes sparede lægeambulance, samt taxa fra S. til Aa. Sygehus - hvilket vi heller ikke har fået en forklaring på endnu."

Klageren har ved skrivelse af 14/7 2008 over for nævnet nedlagt påstand om, at selskabet skal yde dækning for forplejning i perioden efter 15/2 2008 kl. 14. Klageren har tillige klaget over, at selskabet alene har dækket udgifter til overnatning for den ene part. Slutteligt ønsker klageren dækning for udgifterne til indbringelsen af sagen for Ankenævnet for Forsikring. Klageren har til støtte for sine påstande anført:

> "Vi var selv kørende i bil og sidste overnatning på hotellet var planlagt til natten mellem den 14.2. og den 15.2.08 med hjemkomst lørdag den 16.2.08.
>
> Grundet min drengs tilskadekomst, var han indlagt på et sygehus fra den 14.2.08 til den 19.2.08.
>
> Iflg. forsikringsbetingelser, som er vedlagt, dækker forsikringen for ekstraudgifter til pårørende indtil hjemkomst.
>
> Striden mellem Mastercard og undertegnede går på, at Mastercard øjensynligt mener, at skadesanmeldelsen ikke er korrekt udfyldt - der bliver spurgt om, 'planlagt hjemkomst', hvor jeg svarer at det er den 16.2.08 vi fysisk ville være kommet hjem.

Mastercard tolker deres eget spørgsmål, som at det er den planlagte afrejsedato fra rejsemålet som der bliver spurgt om.

Desuden har jeg indtil nu, kun fået dækket udgifter for overnatning for den ene part - Mastercard har dog endnu ikke tilkendegivet, om man agtet at betale overnatning for den anden part.

Udenfor selve klagen, skal vi udtrykke vores utilfredshed med, at der går 13 uger inden Mastercard betaler vore kontantudlæg.
Ligeledes er vi utilfredse med, at Mastercard ser stort på, at vores dreng havde brug for en lægeambulance fra dansk lufthavn og til hospitalet - hvilket de havde lovet os, men desværre ikke bestilt."

Selskabet har ved skrivelse af 19/8 2008 fastholdt sin afgørelse over for nævnet. Selskabet har til støtte herfor anført:

"Vi skal for god ordens skyld gøre opmærksom på, at de af Klageren eventuelt afholdte udgifter til lægebehandling og medicin henhører under Den Offentlige Rejsesygesikring, hvorfor vi i henhold til forsikringsbetingelserne ikke kan dække disse.

For så vidt angår Klagerens bemærkninger til ambulancen fra dansk lufthavn til hospitalet kan vi oplyse følgende: SOS havde bestilt en ambulance hos et dansk ambulanceselskab, og SOS havde anmodet om, at der var en læge/sygeplejerske med i ambulancen.

Desværre skete der den misforståelse, at ambulanceselskabet var i den tro, at SOS ville sende en læge/sygeplejerske ud til ambulancen - og ikke som det var aftalt, at ambulanceselskabet skulle stå for at bringe en læge/sygeplejerske med i ambulancen. På grund af denne misforståelse indtrådte der problemer med ambulancetransporten.

Vi kan derfor konstatere, at SOS vitterlig havde bestilt ambulancen - og endda med læge/sygeplejerske for at kunne give patienten noget smertestillende på den forholdsvis korte strækning fra lufthavnen til hospitalet. På grund af en misforståelse med en underleverandør blev ambulancetransporten beklageligvis problematisere.

BESKRIVELSE AF FORSIKRINGSDÆKNINGEN:

Af forsikringsbetingelsernes § 3.2 fremgår:
Forsikringen dækker skader, som den sikrede pådrager sig under hele rejsen. Dækningen træder i kraft, når sikrede forlader sin bopæl/arbejdsplads for at påbegynde sin rejse og ophører, når sikrede returnerer til sin bopæl/arbejdsplads efter endt rejse.

FORSIKRINGSTEKNISK PROBLEMSTILLING:
Under henvisning til forsikringsbetingelsernes § 3, stk. 2, kan vi konstatere, at forsikringsperioden og rejseperioden var indtil den 16.02.08, hvor Klageren planmæssigt skulle have hjemkomst. Udgifter til forplejning og ophold indtil dette tidspunkt vil således som udgangspunkt være at betragte som ordinære udgifter, idet Klageren må siges at kunne forvente på en ferierejse at have daglige udgifter til forplejning og ophold.

Klageren har ikke påvist, at de af ham pådragne udgifter skulle ligge ud over, hvad der kan betragtes som ordinære udgifter, dvs. at Klagerens udgifter skulle være ekstraordinære.

I henhold til forsikringsbetingelsernes § 6, stk. 2, dækkes kun ekstraordinære udgifter.

For god ordens skyld skal det bemærkes, at forsikringen ikke omfatter dækning af ødelagt ferie.

KONKLUSION:
Vi nedlægger påstand om, at Klagerens krav ikke er omfattet af forsikringsdækningen.

Klagerens udgifter må siges at være ordinære udgifter, da disse er afholdt inden for den planlagte rejseperiode.

Klagerens udgifter til lægebehandling/medicin henhører under Den Offentlige Rejsesygesikring."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**3.0 Hvilke rejser er omfattet af forsikringen**
…
3.2 Forsikringen dækker skader, som den sikrede pådrager sig under hele rejsen. Dækningen træder i kraft, når sikrede forlader sin bopæl/arbejdsplads for at påbegynde sin rejse og ophører, når sikrede returnerer til sin bopæl/arbejdsplads efter endt rejse.
…
6.0 Sygeledsagelse
Forsikringssum DKK 50.000 for 2 personer

6.1 **Dækning**
Forsikringen dækker ved akut sygdom og tilskadekomst, der kræver hospitalsindlæggelse i minimum 3 døgn, ved hjemtransport eller dødsfald, når det medfører, at den planlagte rejserute må afbrydes eller forsinket.

6.2 **Erstatning**
6.2.1 Forsikringen dækker rimelige ekstra udgifter for max. 2 af de medrejsende forsikrede personer over 18 år (efter forsikredes eget valg) til:
• Hotelophold og forplejning op til DKK 1.500 pr. person pr. døgn i max. 10 døgn.
• Transport i forbindelse med sygeledsagelsen."

Nævnet udtaler:

Indledningsvis bemærker nævnet, at klagerens klage vedrører de krav, som han fremsatte i mail af 30/6 2008 til selskabet. Af den senere korrespondance fremgår det, at kravet på EUR 81,40 er videresendt til Den Offentlige Sygesikring, hvorfor nævnet ikke kan behandle dette krav. Sagen omhandler herefter alene udgifter til forplejning den 16/2 2008 på samlet EUR 33,66.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at forsikringen dækker rimelige ekstra udgifter, hvilket må forstås som udgifter, der ikke ville være afholdt, såfremt skaden ikke var indtruffet. Da klageren må have påregnet udgifter til forplejning helt frem til det planlagte hjemkomsttidspunkt den 16/2 2008 kl. 14, kan det ikke kritiseres, at selskabet har afvist at yde dække udgifter til forplejning før dette tidspunkt.

Herefter, og idet hver part i henhold til nævnets vedtægter § 14 betaler egne omkostninger,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen