838/10

Den 1. marts 2010 blev i sag nr. 76.366:

xxxxx xx xxxx xxxxxxxxxx
xxxxxxxxx xxxx x xx xxxxx
xxxx xxxxxxxxxxxxx

mod

Bupa Denmark, filial af
Bupa Insurance Limited,
England
Palægade 8
1261 København K

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstagerne, der har sundhedsforsikring i Bupa Denmark, klager over forsikringens dækningsomfang i forbindelse med selskabets opsigelse og tilbud på at tegne en tilsvarende forsikringsordning. Endvidere er klagerne utilfredse med størrelsen af præmien på den nye forsikring. Endelig er klagerne af den opfattelse, at selskabets erstatningsopgørelse for medicinudgifter er forkert.

Selskabet henviser til, at klagerne er tilbudt en tilsvarende forsikringsordning, og at selskabet har ret til at fastsætte præmien individuelt.

Det fremgår af sagen, at klagerne har haft sygeforsikring i selskabet siden 1982. I skrivelse af 22/11 2005 oplyste selskabet, at præmien for 2006 udgjorde 18.309 kr. Samtidig opsagde selskabet forsikringen fra hovedforfald pr. 1/1 2007 og tilbød i den forbindelse klagerne at tegne en ny forsikring.

Klagerne blev herefter tilbudt "ihi Bupa Sundhedsforsikring - Skandinavien og Tyskland" med dækningsområde i Danmark og Belgien. I skrivelse af 26/6 2006 oplyste selskabet bl.a., at dækningen på den nye forsikring ikke fraveg den tidligere dækning. Præmien

blev beregnet med 20 % rabat og udgjorde i 2007 i alt 30.056 kr. Hertil anførte klagerne i skrivelse af 22/8 2006 til selskabet bl.a.:

> "Refererende til vore nylige kontakter og senest møde d. 10.8.06 har vi besluttet at accepter præmien for 2007: Kr. 22.249 + 7.807 = kr. 30.056, som betales med kr. 7.514 pr. kvartal. Vi lægger her vægt på, at den kommende dækning jfr. dit brev af 26.6.06 ikke fraviger den nuværende, og at refusionerne - uanset ordlyden i brochuren for Skandinavisk Hospitalsforsikring - vil ske som hidtil praktiseret.
>
> Endvidere er det aftalt, at vi fremover præmiemæssigt forbliver på de nuværende alderstrin, samt at vi ikke er dækket af nationale sygesikringer hverken i Belgien eller i Danmark.
>
> Vi synes imidlertid stadig ikke, at en 64 % præmieforhøjelse kan karakteriseres som en 'tilsvarende forsikringsordning', som IHI er forpligtet til at tilbyde, når vi påtvinges, at de eksisterende ordning skal ændres. Dersom vi skulle mene, at administrationen af den nye forsikring eller fremtidige præmiestigninger ikke sker på en rimelig måde, forbeholder vi os derfor retten til senere at vende tilbage til spørgsmålet - herunder at gå til Ankenævnet - uden at blive afvist p.gr.a. forældelse."

Selskabet besvarede klagerne i skrivelse af 29/8 2006, hvori det bl.a. hedder:

> "**Præmien** for 2007 vil andrage DKK 30.056 for 2 personer og betales hvert kvartal d. 10.1, 10.4, 10.7 og 10.10 med DKK 7514,- hver gang.
>
> I forbliver på de nuværende alderstrin."

I skrivelse af 13/2 2009 opsagde selskabet "ihi Bupa Sundhedsforsikring - Skandinavien og Tyskland" med virkning fra 31/12 2009 og tilbød i den forbindelse ” ihi Bupa Sundhedsforsikring - International” pr. 1/1 2010. I skrivelsen hedder det bl.a.:

> "Ved det ovenstående skifte fra jeres nuværende Skandinaviske Sundhedsforsikring til den international Sundhedsforsikring har vi imødekommet jeres ønske om en billigere præmie.
>
> Herudover vil I under den Internationale Sundhedsforsikring have en årlig forsikringssum på DKK 3.000.000 mod DKK 1.000,000 på jeres nuværende Skandinaviske Sundhedsforsikring.
>
> Hvis I under den nye Internationale Sundhedsforsikring ønsker at bibeholde tillægsdækningen 'evakuering', som i har på jeres nuværende Skandinaviske Sundhedsforsikring, vil det udløse et præmietillæg på 20%. Kvartalspræmien bliver således i alt DKK 8.448, svarende ti! en helårspræmie på i alt DKK 33.792.

Det har efterfølgende vist sig, at klagerne ikke er medlem af Sygeforsikringen Danmark og derfor ikke er berettiget til 25 % rabat på grundpræmien. Klagerne har derfor fået en præmieforhøjelse, som ifølge klagernes skrivelse af 15/11 2009 til nævnet har medført en samlet præmie svarende til 58.312 kr. for 2010 inklusive 20 % rabat.

3. 76.366

Om præmieudviklingen siden 1999 har klagerne i skrivelse af 17/3 2009 til selskabet bl.a. anført:

> "Når forsikringsselskabet ikke finder præmiestigningerne usædvanligt høje, må dette bero på, at man ikke har indset vor præmies udvikling gennem f.ex. de seneste 10 år:
>
> | | årlig præmie | præmiestigning |
> |---|---|---|
> | 1999 | 12.438 | |
> | 2000 | 12.438 | 0 |
> | 2001 | 13.309 | 7,0 % |
> | 2002 | 14.507 | 9,0 % |
> | 2003 | 15.522 | 7,0 % |
> | 2004 | 16.648 | 7,0 % |
> | 2005 | 17.438 | 5,0 % |
> | 2006 | 18.309 | 5,0 % |
> | 2007 | 30.056 | 64,2 % |
> | 2008 | 30.056 | 0 |
> | 2009 | 46.648 | 55,4 % |
>
> Fra 1999 - 2006 var stigningen i alt 47 % eller gennemsnitligt 5,7 % p.a., medens stigningen fra 2006 - 2009 har. været 154 % eller gennemsnitligt 39,9% p.a. altså 7 gange så høj! Forholdet er tydeliggjort i vedlagte graf.
>
> Af vedlagte kopi af vort brev af 22.8.08 fremgår, at vi kun gik med til nyordningen pr. 1.1.07 under forudsætning af, at refusionsdokningen under den nye ordning og fremtidige præmiestigninger var acceptable. Hverken ihi Bups refusionsbrev af 19.2.09 eller de pålagte præmiestigninger lever op til dette aftalegrundlag, og i vore forhandlinger om en nyordning pr. 1.1.10 skal vi derfor tilbage til præmien for 2006 kr. 18.309 som udgangspunkt.
>
> Af Deres brev af 13.3..09 kan vi udlede, at det ikke har været meningen, et præmiestigningerne skulle være usædvanligt høje. Konsekvensen heraf er, at hvis stigningerne de sidste 3 år havde været som i perioden 1999 - 2006, burde præmien i 2009 have været 21.622, men De opkræver *mere* end det dobbelte!!
>
> Det er uforståeligt, at De har fået den opfattelse, at vi er medlemmer af sygeforsikringen danmark, når vi i breve af 2.2.09 og 18.2.09 udtrykkeligt anfører, at vi var medlemmer forud *for* vore 25 år i udlandet. På den anden side gav De os den opfattelse, at dette var tilstrækkeligt til opnåelse af 25 % rabat."

Klagerne har den 10/6 2009 overfor nævnet gjort gældende, at selskabet ikke har tilbudt dem en tilsvarende forsikringsordning, idet selskabet ikke har fastholdt alderstrinnet og reguleret præmien som før 2006 med gennemsnitligt 5,7 % p.a. Endvidere har de krævet, at evakueringsdækning skal påtegnes uden ekstrapræmie.

Selskabet har i skrivelse af 9/7 2009 til nævnet redegjort for sagen og sin stillingtagen således:

"Forsikringstager har haft sygeforsikring hos selskabet siden 1982. Klager optages på daværende tidspunkt i International Health Insurance danmark a/s og er nu overgået til ihi Bupa via den af Finanstilsynet godkendte porteføljeoverdragelse pr 1. januar 2009. Klagers første police var en manuelt administreret police.

I brev af 22. november 2005 varsles det overfor klager, at forsikringen vil overgå til et andet produkt grundet nyt ejerskab, der ønskede alle policer elektronisk administreret, og ønskede at stoppe manuelt administrerede policer. I brev af 10. januar 2006 tilbydes klager den nye police med tilsvarende dækning, og den 16. juni 2006 sender selskabet et brev, der tydeligt anfører, hvordan den fremtidige dækning vil være. Selskabet pointerer, at refusionstakster og refusionsmaksimum, som angivet i betingelserne, vil være gældende. I skrivelse af 22. august 2006 accepterer klager tilbuddet fra selskabet og understreger, at refusionerne skal ske som hidtil praktiseret, hvortil selskabet dog fastslår i brev af 29. august 2006, at dækningen er sygdomsudgifter op til forsikringssummen (altså i henhold til betingelserne for det pågældende produkt). Selskabet er enigt i, at klager ved overgangen til det nye produkt pr. 1.1.2007 fik lov at forblive på samme alderstrin som i 2006, men skal dog fastholde, at denne forbliven vedrørte overgangen til det nye produkt og ikke et udtryk for en forbliven på samme alderstrin i al fremtid. Selskabet er ligeledes enigt i, at klager fik lovning på dækning for evakuering uden ekstrapræmie.

Selskabet varsler herefter - bl.a. som følge af, at klager ønsker en billigere dækning samt dækning udenfor Skandinavien - i brev af 13. februar 2009 overførsel fra den nuværende ihi Bupa Sundhedsforsikring - Skandinavien og Tyskland (brochure vedlagt), og tilbyder i stedet ihi Bupa Sundhedsforsikring - International (brochure vedlagt), som er en tilsvarende dækning, som dog også dækker internationalt, idet klager ønsker dækning i såvel Danmark som Belgien. Klager varsles overgang til det nye produkt pr 1. januar 2010, dvs. med ca. 10 måneders varsel, og klager tilbydes derved en tilsvarende forsikringsordning, der vil give dem en bredere dækning, med mulighed for dækning udenfor Skandinavien, samt en lavere årlig præmie.

Herudover klager forsikringstager over selskabets stigende præmier, og det forlanges, at selskabet skal yde samme fordelagtige dækning som hidtil uden yderligere betaling herfor. Selskabet har flere gange tilbudt klager, at man stadig vil give dem samme fordelagtige dækning, således at både evakuering, forbehandling mm. falder ind under policens dækningsområde, men at selskabet i så fald vil tage betaling herfor, idet disse dækninger tilbydes som tillægsmoduler mod tilsvarende præmie. Selskabet har i brev af 2. april 2009 tilbudt, at man vil prisberegne den årlige præmie for eventuelt ønskede tillægsdækninger, samtidig med at præmien følger klagers alderstrin.

Præmien fastsættes af selskabet, jf. betingelsernes § 10.1 og 10.2 *('10.1: Præmien fastsættes af Selskabet og erlægges forud. Selskabet regulerer præmierne én gang årligt pr. hovedforfaldsdato på baggrund af ændringer i dækningen og/eller det forudgående kalenderårs skadesforløb i forsikringsgruppen.', '7 0.2: Præmien er aldersbestemt og vil derfor også blive reguleret den første præmieforfaldsdato efter forsikredes fødselsdag')* og bliver reguleret i henhold til de skader, der forefindes i forsikringsgruppen. Det betyder naturligvis, at hver produkts præmie afspejler det pågældende produkts dækningsomfang, skadesstatistik, risikoprofil osv.

For så vidt angår klagers påstand om at klager er blevet lovet en præmierabat på grund af medlemskab af dansk sygeforsikring, skal selskabet fastholde, at rabatten som nævnt i selskabets brev af 1 3. februar 2009 blev lovet som følge af, at selskabet havde fået den opfattelse, at klager var medlem af Sygeforsikringen danmark (*'De oplyser, at De og Deres kone*

er medlemmer af Sygeforsikringen Danmark gruppe 2. ***<u>På denne baggrund</u>*** *kan vi tilbyde 25% rabat på grundpræmien.')* Da det senere viser sig, at klager IKKE er medlem af Sygeforsikringen danmark (men var medlem forud for 1982), beklager vi naturligvis overfor klager, men fastholder at rabatten var under nævnte forudsætning om medlemskab af Sygeforsikringen danmark, jf også brev af 2. april 2009 - vedlagt.

Selskabet fastholder derfor, at præmien ansættes på baggrund af det individuelle produkt og fastsættes som angivet i forsikringsbetingelserne § 10.

Selskabet kan derudover nævne, at præmiestigninger generelt er udtryk for, at udgifterne til sygdomsbehandling globalt set er forøget, hvorfor præmieforhøjelser også har været nødvendige for at kunne matche prisstigningerne i de medicinske udgifter, der desværre vokser væsentligt mere end den generelle inflation i samfundet. Prisstigningerne påvirker alle forsikringsselskaber og dermed også typisk deres præmier.

Baggrunden for de høje prisstigninger er ikke kun, at udgifterne vokser, men også at efterspørgslen forøges. Nuværende behandlingsmetoder forbedres samtidig med, at der sker en konstant udvikling af nye og avancerede behandlingstilbud indenfor lægeverden - disse er dyre, men kommer på den anden side selskabets forsikrede til gode, når de bliver syge. Desværre er disse behandlinger som oftest både langvarige og ganske bekostelige. Livsstilsændringer verden over er endnu en faktor, som desværre påvirker præmierne; der er kraftig stigning i behovet for behandling af sygdomme som f.eks. diabetes og forhøjet blodtryk. Ved at foretage de nødvendige justeringer af præmierne sikres de forsikrede adgang til de seneste og mest avancerede behandlingsteknikker.

En anden væsentlig faktor, der har indflydelse på selskabets præmier, er det såkaldte solidaritetsprincip, der betyder, at der ikke er nogen forsikrede, der bliver udsat for en *individuel* præmiestigning som følge af høje skadesudgifter, men derimod at præmiestigningerne er spredt ud på alle kunder i en given aldersgruppe og forsikringsgruppe med samme dækning."

I skrivelse af 2/10 2009 til nævnet har selskabet yderligere bl.a. anført:

"For så vidt angår spørgsmålet om præmiestigninger, skal Selskabet hermed oplyse, at det produkt klager havde indtil 2007 var et produkt med et meget lavere dækningsmaksimum (ca. DKK 500.000 pr. person pr. år ved starten af policen) samt et noget anderledes dækningsomfang. På grund af nyt ejerskab og ønsket om elektronisk administration af alle produkter blev klager varslet overgang til et nyt produkt pr 1. januar 2007.

Dette nye produkt havde et andet dækningsomfang, herunder et væsentlig højere dækningsmaksimum (DKK 1 million pr person), og var sammensæt på en anden måde, idet det var rettet mod en mere international kundegruppe, hvorfor præmien naturligvis også var anderledes. Klager ønskede fx også at være dækket i udlandet såvel som i Danmark.

Ulig andre af Selskabets forsikringstagere på dette produkt skete der ikke nogen ændring af klagers præmie fra 2007 til 2008, hvor standardstigningen for det pågældende produkt ville have betydet, at klager i stedet for en præmie på 30.919 skulle have betalt DKK 48.592 (en stigning på standardproduktet fra 2007 til 2008 på 5%). Stigningen på standard produktet fra 2008 til 2009 var på 20% og ville have betydet at klager skulle have betalt 58.312. Klager har dog kun betalt DKK 46.648, hvilket giver en rabat til klager på 20%.

Dette kan anskueliggøres som følger:

År	Klagers præmie	Standard præmie	Stigning standard produkt	Stigning for klager	Klager har betalt **mindre** i forhold til standardpræmie
2007	30.056	46.280			÷ 35 %
208	30.056	48.592	5 %	0 %	÷ 38 %
209	46.648	58.312	20 %	55 %	÷ 20 %

For så vidt angår en rabat for medlemskab af dansk sygesikring ctr medlemskab af Sygeforsikringen danmark skal Selskabet fastholde, at Selskabet kun ønsker at give rabat for medlemskab af Sygeforsikringen danmark, og at en beslutning om hvad man ønsker at give rabat for må være op til Selskabets risikovurdering og prisfastsættelse. Hvad der ligger i *'medlemskab* af dansk sygesikring' er i øvrigt Selskabet uklart, idet Selskabet ikke kender til hvor man kan være 'medlem' af dansk sygesikring udover i Sygeforsikringen danmark.

Dernæst skal Selskabet atter pointere at for så vidt angår klagers kommentarer vedrørende præmien for evakuering på 20% tilbydes denne dækning slet ikke normalt kunder på dette produkt, men er et tilbud Selskabet helt ekstraordinært har valgt at give klager. Som følge heraf er prissætningen foretaget af selskabets aktuar og er blevet fastsat til 20%. Såfremt klager er af den opfattelse, at han kan få et tilsvarende dækning til en billigere præmie hos en anden udbyder skal Selskabet her bekræfte, at det naturligvis står klager frit for at udtage denne dækning hos et af disse selskaber.

Herefter skal Selskabet anføre, at det ikke er muligt på forhånd at forudsige med hvilken procent præmien vil stige, da dette er afhængig af af Selskabet udefrakommende faktorer. Som eksempel herpå kan nævnes sygeplejerskestrejken i Danmark sidste forår, som havde en betydning for skadestatistikken og dermed også på resultatet for forsikringsgruppen. Det er et krav at forsikringsselskaber til stadighed har en solvens og likviditet i forhold skader og dermed at forsikringsselskaber hele tiden justerer præmieindtægten i forhold til risikobilledet.

Slutteligt er det klagers ønske, at Selskabet fortsat garanterer en tilsvarende mængde af dækninger pr. kulance som hidtil. Til det skal Selskabet oplyse, at kulancedækninger pr definition er pr kulance og dermed op til Selskabets individuelle og konkrete vurdering.

I nærværende sag har Selskabet i visse tilfælde ydet dækning pr. kulance. Denne kulancedækning er dog, som nævnt, ikke en del af det sædvanlige dækningsomfang jf. forsikringsbetingelserne, men - som ordet siger - en kulance dækning der kan ydes på baggrund af en individuel og konkret vurdering af det enkelte tilfælde. Dette vil Selskabet selvsagt fortsat være i stand til og parat til, men Selskabet skal dog understrege, at kulance dækning vil finde sted pr kulance og efter en individuel vurdering.

Ligesom klager som nævnt ikke får en individuel præmiestigning, men kun pålignes en præmiestigning på baggrund af solidaritetsprincippet, hvorved præmiestigninger fordeles på en hel forsikringsgruppe, ligeså er det vigtigt at nævne, at samme solidaritetsprincip bør finde anvendelse ved kulancedækninger, således at enkelte, individuelle kunder ikke begunstiges særligt på bekostning af andre kunder.

I den forbindelse skal Selskabet dog for en god ordens skyld gentage, at klager rent faktisk er tilbudt en rabat på 20% på den ønskede dækning, uanset dette ikke er standard for andre individuelle kunder."

Hertil har klagerne i skrivelse af 25/10 2009 bl.a. bemærket:

"Efter at have gennemgået ihi Bupa's skrivelse af 2.10.09 må vi desværre konkludere, at man undlader dels at besvare vore spørgsmål og dels at komme nærmere ind på det væsentlige i diskussionen, nemlig om den nuværende 'Skandinavisk Sundhedsforsikring' og den kommende 'ihi Bupa Sundhedsforsikring - international' kan siges at være tilsvarende forsikringsordninger til den ordning, vi havde før 1.1.07, hvor vi havde bedre dækning til langt lavere præmie og skriftligt blev garanteret, at dette ville fortsætte efter 1.1.07.

Vi taler naturligvis ikke her om, at ordningerne skal være identiske, men når præmien i 2009 er steget 154 % i forhold til 2006 samtidig med, at dækningsomfanget er stærkt formindsket, og en del af selskabets refusioner er overtaget af den offentlige sygesikring, mener vi, at der langtfra er tale om 'tilsvarende forsikringsordninger', som selskabet er forpligtet til at tilbyde.

Ligesom det var tilfældet med selskabets foregående indlæg af 9.7.09 og 2.7.8.09, giver man i skrivelsen af 2.10.09 ofte et forkert billede af situationen med urigtige, irrelevante og misvisende oplysninger, hvorfor vi vil tillade os snarere at lægge vægt på, hvad der ikke anføres, and hvad der anføres.

Det kan således konstateres:
- at selskabet ikke efterlever sine løfter til Finanstilsynet om 'fortsættelse af porteføljen med samme ydelser og dækning på uændrede vilkår og betingelser'. Medtager Ankenævnet dette punkt, eller skal man selv rette henvendelse til Finanstilsynet?

- at vor præmiestigning på 154 % over de seneste 3 år ikke er tilbagevist og heller ikke svarer til selskabets generelle præmiestigning. Vi er således ude for en urimelig individuel stigning.

- at selskabets oplysninger om dækningsmaksimum er særdeles misvisende. Det anførte tal for året 1988 på 500.000 er irrelevant. Dækningsmaksimum før overgangen til det nye produkt pr. 1.1.07 var over en million, idet det løbende blev reguleret udfra den stigende præmiestørrelse. Det er derfor direkte forkert, når selskabet oplyser, at der med nyordningen i 2007 var tale om et forøget maksimum.

- at selskabets oplysning om, at nyordningen pr. 1.1.07 indebar 'et noget anderledes dækningsomfang' er egnet til misforståelse, idet dækningsområderne er blevet stærkt reduceret. Endvidere er det misvisende, når selskabet fremhæver, at vi som noget nyt ønskede at være dækket i udlandet såvel som i Danmark. Vi har siden 1982 været dækket såvel i Danmark som i Belgien og ønsker ingen ændringer. Vore løbende refusionsproblemer skyldes netop den forringede dækning efter 1.1.07, som det vil fremgå af vedlagte bilag .., som inkluderer den seneste korrespondance vedrørende refusionsuenigheden, nemlig ihi Bupa's brev af 14.9.09 og vort svar af 22.10.09.

- at selskabets oplysninger om rabatter i forhold til standardproduktet er irrelevante i spørgsmålet om vor præmiestigning. Med rabatter er det som bekendt altid et spørgsmål, hvad de beregnes i forhold til. Siden vor årlige præmie på 18.309 i 2006 - umiddelbart før nyordningen, - har der i forhold hertil bestemt ikke været tale om rabat, men om uhyrlige stigninger.

- at selskabet gennem skemaet på s.2 vedgår, at vor præmie er steget med 55 % fra 2008 til 2009 og dermed langt mere end standardstigningen. Man undlader at anføre den endnu større stigning, vi var ude for fra 2006 til 2007, nem lig fra 18.309 til 30.056 eller 64,2 %. Vor samlede præmiestigning fra 2006 til 2009 er som bekendt 154 % jfr. bl.a. bilag 13, som giver et fuldstændigt billede over en længere årrække og dermed tydeliggør den helt urimelige

stigning, vi har været udsat for de seneste 3 år. Helt unødvendigt fremhæver selskabet, at der for os ikke har været præmiestigning fra 2007 til 2008, hvilket vi for længst har taget i betragtning såvel i bilag 13 som ved beregningen af de 154 % over 3 år. Ud fra selskabets oplysning, at vi allerede modtager 20 % rabat, ville præmiestigningen uden denne rabat have været 218 % fra 2006 til 2009 jfr. vort PS af 3.8.09. To hundrede og atten procent på 3 år! Vil selskabet stadig hævde, at vi ikke er udsat for individuel præmiestigning, eller at dette er den generelle stigning hos selskabet?

- at selskabet stadig ikke kan eller nok snarere ikke vil forstå, at vort medlemskab af dansk sygesikring har reduceret refusionsbehovet betydeligt på samme måde, som selskabet i sit indlæg af 27.8.09 anfører, at 'den igennem 'danmark' tegnede dækning ville kunne betyde færre skader under ihi Bupa's dækning', hvilket selskabet takserer til 25 % rabat. Det kan i øvrigt undre, at selskabet ikke kender til dansk sygesikring, når vi tilmed i vort indlæg af 21.7.09 (n.s.1) henviser til den offentlige sygesikring.

- at selskabet vedbliver at bringe spørgsmålene om evakuering pg aldersregulering af præmien på bane, efter at man i indlægget af 9.7.09 har erkendt, at vi er blevet lovet disse uden ekstrapræmie. Som vi 21.7.09 påviser, er selskabets udlægning, at man dermed ikke har tilsagt 'en forbliven på samme alderstrin i al fremtid' helt forkert og uden mening.

- at selskabet vakler mellem at ville arbejde efter solidaritetsprincippet eller give individuelle rabatter og kulancebehandling. Vi ønsker hverken begunstigelser, rabat eller kulancebehandling, så længe afgivne løfter fra tidligere ledelse overholdes, og præmiestigningerne er rimelige. Derimod ønsker vi en videreførelse af vor forsikringsordning fra før 1.1.07 gennem en 'tilsvarende forsikring', som selskabet er forpligtet til at tilbyde.

- at selskabet negligerer vort forslag sidst i indlægget af 8.9.09. Vi foreslår kun rabat og fast kulancebehandling som muligheder for at nå et kompromis i en nyordning. Her er en begrænsning af præmiestigningerne imidlertid nødvendig, når man på 3 år kan komme ud for 154 % stigning, og dækning pr. kulance er desværre ikke et tilstrækkeligt supplement til standarddækningen, når selskabet forbeholder sig retten til når som helst at annullere denne kulance.

- at man af selskabets to sidste afsnit kunne få det fejlagtige indtryk, at man er os imødekommende. Det er man slet ikke. Vi ønsker ikke en international dækning men blot som hidtil frit læge- og hospitalsvalg. Vi kræver ikke en billigere præmie i forhold til niveauet i 2006 reguleret med rimelige stigninger. Vi ønsker ikke en afvigelse fra den dækning, der forud for 1.1.07 var inkluderet i ordningen (jfr. klageskemaet), og den tilbudte rabat på 20 % er beregnet på et beløb, der forinden er steget helt urimeligt og mange gange rabattens størrelse. Det er os fortsat uforståeligt, at selskabet ikke vil tage møde for at forsøge at nå frem til en rimelig præmiestørrelse og dækning i forhold til det behov, vi har, efter at være blevet tilmeldt dansk sygesikring. Afslaget kan næsten kun udlægges som en manglende interesse i at løse problemerne og i stedet køre os trætte ved at snakke udenom det væsentlige og dermed håbe på at frigøre sig for os, som troligt har betalt præmie i mange år uden at belaste selskabet nævneværdigt - bortset fra det seneste år - i den forventning, at vi vil blive hjulpet på vore gamle dage. Det ville være en forkastelig politik."

Selskabet har i skrivelse af 14/9 2009 til klagerne opgjort erstatningen for bl.a. medicinudgifter, hospitalsindlæggelse og tandlægeregning. Parterne har herefter ført yderli-

gere korrespondance for nævnet vedrørende erstatningen, som efter klagernes opfattelse er fejlagtigt opgjort. Klagerne har i skrivelse af 28/11 2009 til nævnet bl.a. anført:

> "Modtagelsen af forsikringsbetingelserne gældende fra 2010 suppleret med tidligere modtagne refusionsoversigt (bilag 26) foranlediger os til at påpege, at dækningen nu stort set er begrænset til hospitalsindlæggelse og tilknyttede udgifter og derved er drastisk reduceret i forhold til den i vort klageskema af 10.6.09 anførte tidligere praksis.
>
> Som eksempler på tidligere praksis fremlægges som bilag 27 opgørelser af 12.9.06 og 31.8.07 over vore udgifter, der ikke havde forbindelse med hospitalsindlæggelse, som alle blev dækket med 80 %, medens læge- og speciallægeudgifter senere blev dækket 100 %. Udgifterne omfattede bl.a. receptpligtig medicin, alternative præparater, tandlæge, skoindlæg m.m., som man nu ikke vil dække. Dertil kommer, at man uden videre kunne konsultere læge og speciallæge, medens der nu er honorarmaksimum og krav om forhåndsgodkendelse. Idet præmien samtidig er steget 2.18 % på 4 år, er det umuligt at karakterisere den tilbudte forsikring som den 'tilsvarende forsikring', selskabet er forpligtet til at tilbyde.
>
> Vedrørende refusionsbetaling afventer vi i dag stadig refusion for udgifter meddelt 16.12.08, 25.3.09, 6.7.09 og 11.9.09. Tidligere kunne vi personligt aflevere regninger på IHI's kontor og straks modtage refusion og drøfte eventuelle spørgsmål.
> …
> Revideret pkt. 2 af Klageskriftet.
> Konkret ønsker vi at opnå hos selskabet: At man efter at have påtvunget os ændrede forsikringsordninger anerkender at skulle tilbyde en forsikring fra 1.1.07, hvor 1) dækningen i det væsentlige sker som indtil da praktiseret, og 2) præmiestørrelsen tager udgangspunkt i 2006-præmien på 18.309 og udfra normale prisstigninger og uden aldersregulering beregner den årlige præmie, som imidlertid bør reduceres, efter at vi er flyttet til Danmark (hvilket ikke var forudset), og den offentlige sygesikring dermed reducerer selskabets dækningsudgifter på samme måde som medlemskab af sygeforsikringen danmark ville gøre, for hvilket selskabet yder 25 % rabat. Endvidere, at selskabet i forhold hertil 3) refunderer os den for meget opkrævede præmie, efter 2006 og den formindskede dækningsrefusion sammenlignet med praksis før 1.1.07, idet hverken nyt ejerskab eller overdragelse af firsikringen til andet selskab bør kunne ændre indgåede aftaler med tidligere ledelse."

Af forsikringsbetingelserne vedrørende Sundhedsforsikring i udlandet fremgår bl.a.:

> "**KVARTALSPRÆMIE PER PERSON I DKK/EUR:**

Aldersgruppe	0-15	16-25	26-44	45-59	60+**

> …
> ** Kun ved fornyelse.
> …
> **§ 11 PRÆMIENS BETALING**
> **11.1**: Præmien fastsættes af Selskabet og erlægges forud. Selskabet regulerer præmien én gang årligt pr. hovedforfaldsdato på baggrund af ændringer i dækningerne og/eller det forudgående kalenderårs skadeforløb i forsikringsgruppen.
>
> **11.2**: Præmien er aldersbestemt og vil derfor også blive reguleret på datoen for præmieforfald efter forsikredes fødselsdag.
> …
> **§ 13 OVERDRAGELSE, OPSIGELSE OG OPHØR**
> …

13.6: Selskabet kan med 3 (tre) måneders varsel til hovedforfald stoppe eller suspendere et forsikringsprodukt og tilbyde forsikrede en tilsvarende forsikringsordning."

Nævnet udtaler:

Selskabet har i henhold til de ovenfor gengivne forsikringsbetingelser gjort sin opsigelsesadgang betinget af, at forsikringstageren får tilbudt en tilsvarende forsikringsordning. Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at de forsikringsordninger, som klagerne siden 2007 har været omfattet af, må anses for at være tilsvarende for så vidt angår dækninger og dækningsomfang. Uanset at præmien i den forbindelse er steget markant, finder nævnet ikke at kunne pålægge selskabet at fortsætte forsikringen på andre vilkår end tilbudt.

Om selskabet har fortsat porteføljen med samme ydelser og dækninger på uændrede vilkår og betingelser er et spørgsmål, som efter nævnets opfattelse henhører under Finanstilsynet.

På det foreliggende grundlag finder nævnet ikke at kunne kritisere selskabets erstatningsopgørelse af 14/9 2009.

Derfor

b e s t e m m e s :

Spørgsmålet, om selskabet fortsætter porteføljen med samme ydelser og dækninger på uændrede vilkår og betingelser henhører under Finanstilsynet.

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen
formand