854/10

Den 8. november 2010 blev i sag nr. 77.538:

xxxxxxxx xxxxxx
xxxxxx xxxxxxx xxx
xxxxxxxxxxx xxxx xx
xxxx

mod

Bupa Denmark Services A/S
Palægade 8
1261 København K

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har haft sygeforsikring i Bupa Denmark Services A/S, klager over størrelsen af det beløb, selskabet har refunderet i anledning af hans medicinudgifter.

Selskabet har refunderet maksimumbeløbet 1,000 USD for medicinudgifter efter indlæggelse og 400 USD udgørende maksimumbeløbet for receptpligtig medicin uden for indlæggelse, men har afvist at udbetale yderligere, da der ikke er hjemmel hertil ifølge forsikringsbetingelserne.

Det fremgår af sagen, at klageren tegnede forsikringen den 1/8 1992. I 2009 blev han inficeret med Hepatitis C. I den anledning har han haft medicinudgifter til Interferon Ribivirin for 5,931.61 USD i policeåret 1/8 2008 - 1/8 2009. De 1,497 heraf udgjorde "receptpligtig medicin", og de 4,434.61 udgjorde "medicin efter indlæggelse".

Klageren indsendte sine udlæg til medicin, som selskabet modtog den 13/8 2009. Den 1/9 2009 udbetalte selskabet 400 USD vedrørende receptpligtig medicin og 1,000 USD vedrørende medicin efter indlæggelse. Af det medfølgende refusionsskema fremgik, at beløbene udgjorde maksimumdækningen inden for de 2 kategorier.

2. 77.538

Klageren var utilfreds med størrelsen af beløbet, idet han i skrivelse til selskabet af 21/9 2009 gjorde gældende, at en så bekostelig forsikring, som han havde haft i 22 år og dækkende hele familien, burde dække fuldt ud uden nogen former for restriktioner. Det er klagerens opfattelse, at han har haft en falsk tryghed igennem 22 år. Klageren henviser endvidere i sin skrivelse til, at det pågældende middel var FDA [Food and Drug Administration] godkendt til behandling af Hepatitis C. Endelig har klageren anført, at såfremt han ikke tager denne medicin, vil omkostningerne for selskabet være enorme, idet det således ville resultere i en kronisk leverskade eller levertransplantation.

Over for nævnet har klageren i klage modtaget i nævnet den 29/12 2009 krævet, at selskabet dækker samtlige medicinomkostninger og har til støtte herfor bl.a. anført, at han aldrig ville have tegnet forsikringen, såfremt den ikke dækkede samtlige omkostninger til denne dødelige infektionssygdom.

Selskabet har over for nævnet ved skrivelse af 12/2 2010 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

> "Den 6. oktober 2009 modtager selskabet en klage fra klager (vedlagt brev fra klager dateret 21. september 2009, bilag …) over den begrænsede dækning for medicinudgifter. Den 13. oktober 2009 kontakter selskabet klager via telefon og det er selskabets opfattelse, at klager bekræftede at være bekendt med policens medicindækning. Selskabet betragtede efter denne samtale sagen som afsluttet.
> …
> Selskabet har gennemgået sagen nøje og fastholder deri ydede dækning, under henvisning til policens klart angive refusionstakster, som har været eller bør have været klager bekendt siden policens udstedelse i 1992."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

> "**Outpatient benefits**
> …

Prescribed medicine following hospitalisation and outpatient surgery for the purpose of covered treatment Max. per person per policy year The medicine must be related to the treated diagnosis and a hospital prescription must be enclosed with the Claim Form	1,000

3. 77.538

Prescribed medicine for the purpose of covered outpatient treatment Max. per person per policy year A prescription must be enclosed with the Claim Form. There is no cover for medicines that are freely available for self-administration	400

"

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet at kunne lægge til grund, at selskabet i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne har udbetalt maksimumbeløbene inden for de to medicinkategorier. Nævnet finder på baggrund heraf ikke anledning til at kritisere selskabets afgørelse.

Det, klageren i øvrigt har anført, ændrer ikke herved, hvorfor

b e s t e m m e s :

_____

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann