890/12

Den 23. april 2012 blev i sag nr. 80.784:

xxxxxxx xxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Dansk Tandforsikring A/S
Skudehavnsvej 5
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der er født i 1954, er omfattet af en gruppetandforsikring i Dansk Tandforsikring A/S. Hun klager over selskabets afvisning af at dække udgifterne til en 3-leddet bro.

Selskabet henviser til, at behandlingsbehovet var til stede på tidspunktet for klagerens indtræden i ordningen og derfor dækningsundtaget, jf. forsikringsbetingelsernes § 4, stk. 1.

Af klageskemaet, som nævnet har modtaget den 24/6 2011, fremgår bl.a.:

> "1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. Supplerende redegørelse kan evt. vedlægges.
>
> Det er en ny type tandforsikring tegnet/betalt 15/2 11. Da jeg får en byld/betændelse ca. 22/3 viser det sig at tanden skal ud og jeg skal have bro i stedet for. Min tandlæge ringer for en forhåndsgodkendelse jævnfør policens bestemmelser, sender også journal. 31/3 får jeg mail at de afslår. Vi mailer frem og tilbage. Se vedlagte. De ændrer undervejs deres forklaring og jeg mener ikke at deres svar hænger sammen med deres policebestemmelser. Inden jeg meldte mig ind ringede jeg også til dem. Der var ingen problemer med kroner på tænderne blot der ikke stod i min journal noget om behandling i de sidste 2 år.
>
> 2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)
>
> At de dækker min 3 leddet bro som jeg har fået lavet, da jeg mener at policebestemmelserne er overholdt for mit vedkommende."

Heroverfor har selskabet i brev af 4/7 2011 til nævnet anført:

"[Klageren] har den 24. februar 2011 tegnet en gruppetandforsikring via indkøbsportalen Logbuy.

Det er i forsikringsbetingelserne for gruppeordningen tydeligt angivet (§4, stk. 1), at en umiddelbart behandlingskrævende tilstand på tidspunktet for indtrædelsen i ordningen ikke vil være dækket ligesom vi i erstatningssager skal have adgang til forsikredes tandlægejournal minimum 2 år tilbage i tid.

Den 20. marts modtager vi fra [klagerens] tandlæge prisoverslag over en forestående brobehandling fra -5 til -7 som, der er opstået et 'pludseligt' behov for.

Vi rekvirerer [klagerens] journal for at vurdere forespørgslen.

Det fremgår af journalen, at tanden '-6' tydeligvis var meget svækket ved tegning af forsikringen. Det er i maj 2008 journaliseret, at guldkronen på -6 er løs - altså behandlingskrævende. Ligeledes er det i maj 2010 journaliseret, at der er foretaget en recementering af guldrestaureringen på '-5' (der også indgår i behandlingen) samt, at denne tand har dårlig retension. Problemerne for '-6' har endvidere, jf. journalen, også været problematiske før maj 2008, men er aldrig blevet løst behandlingsmæssigt.

Det er derfor Dansk Tandforsikring's opfattelse, at behovet for den pågældende bro - alene grundet de journaliserede problemer med '-5' og '-6' - i høj grad har været til stede på tidspunktet for tegning af gruppetandforsikringen.

Vores konklusion er således, at vi ikke skal udbetale erstatning i denne sag."

Hertil har klageren i brev af 18/7 2011 til nævnet bemærket:

"Allerførst må jeg sige at jeg ikke er tilfreds med at de insinuerer at jeg lyver ved at skrive at det er et 'pludselig' opstået behov . Som om at jeg har ventet til jeg har meldt mig ind i forsikringen. Jeg fik en anden tandrodspids-opereret den 130111. Var til tandlæge igen 10 dage efter for at få taget trådene. Her har min tandlæge jo set min mund igen. Den 150211 indbetaler jeg pengene for min indmeldelse til forsikringen (kan ses af min netbank). Der forinden har jeg ca 1,5 uge før ringet til selskabet for at høre om det var et problem at jeg var rodspids-opereret og havde kroner. Det var det ikke bare der ikke var nogle behandlingskrævende ting! Og der var ingen kendte problemer. **Jeg havde intet mærket og min tandlæge havde intet set.**

Samtidig bliver der skrevet at der har været problemer omkring -6 som aldrig er løst behandlingsmæssigt fra min tandlæges side.

Min tandlæge er en dygtig mand og laver sit arbejde godt og har ikke efterladt noget der ikke er behandlet. Og jeg stoler helt på min tandlæge. Jeg vil selvfølgelig foreholde min tandlæge denne kommentar fra selskabets side. Jeg ser ikke nogen grund til at betvivle min tandlæges faglige dygtighed.

Dernæst fakta:

Jeg **FØLTE** i maj 2008 at kronen var løs på -6, men tandlægen konstaterede at det var den **IKKE.** Man kan så ikke bare skrive at den var løs fordi jeg følte noget og beder om at få det tjekket. Og den har da også siddet der siden. I øvrigt er det jo over de 2 år siden!!

Der er foretaget en re-cementering af -5 (som indgår i behandlingen) og den har dårlig retension. Dette har selskabet skrevet til mig tidligere og jeg har forespurgt min tandlæge inden vi begyndte at lave broen om det var sådan at -5 tanden var for dårlig til at bære en bro. Det var den absolut ikke sagde han og det var uden betydning at den var re-cementeret.

Løsningen med en bro var den mest oplagte løsning i mit tilfælde og da også den billigste modsat et implementat som ellers ville være løsningen. I en mail skriver Dansk Tandforsikring da også at det vil være den rigtigste løsning. Og den skal vel ikke fravælges fordi at den ene tand der skal bruges til at bære broen er re-cementeret.

Jeg mener stadig ikke at selskabet holder sig til deres forsikringsbetingelser . Og syntes at de kommer med beskyldninger som ikke hører hjemme her."

Herefter har selskabet i brev af 8/8 2011 til nævnet anført:

"Som udgangspunkt mener vi ikke [klagerens] svar bibringer nye informationer.

I vores optik er der i den pågældende sag klart tale om en allerede behandlingskrævende tilstand på tidspunktet for tegning af forsikringen, hvilket vi i alt markedsføringsmateriale gør opmærksom på, at vi ikke dækker. Ved alle telefoniske henvendelser (ligesom den [klageren] nævner), er vi meget omhyggelige med at bemærke, at vi ikke dækker de problemer man allerede har (eller som er umiddelbart forestående), men derimod de problemer, der opstår fremadrettet.

Det er præcis dette, der er årsagen til, at vi har indført undtagelsesbestemmelsen i betingelsernes § 4, stk. 2 og stk. 3 samt journalrekvisitionen jf. § 5 stk. 4."

Nævnet har fået forelagt de bilag, som parterne har fremlagt, herunder journaludskrift fra klagerens tandlæge. Af journaludskriften fremgår bl.a.:

"**13/3/2007** ... Regelmæssig diagnostisk undersøgelse. Slimhinder: i.a. Parodontium: Pocher <4 mm. Kæbeled: i.a.
Mundhyg.: OK. Tænder: i.a.
... Bitewings i forbindelse med RDU. Viser obs 4+2
RTG -6. Viser i.a.
SLUT.
Tandrensning over 14 tænder.
SLUT.

...

22/5/2008 ... Plastfyldning 2+ flade 135. Grundet defekt fyldning. Materiale:
Grandio Farve: OA3.
Plastfyldning +2 flade 45. Grundet caries causa. Materiale: Grandio Farve: A3.
Inj 1 +2. Scandonest-Adrenalin 1,7ml.
pt. føler at guldkrone -6 er løs, obj. er det ikke muligt at løsne krone.
SLUT

...

3/5/2010 ...
Regelmæssig diagnostisk undersøgelse. Slimhinder: i.a. Paradontium: Enkelte pocher >4 mm. Kæbeled: i.a.
Mundhyg.: OK. Tænder: i.a.

Tandrensning.
-5 recementeret sg med fuji plus uden beregning. Sagt insufficient retention.
SLUT.

...

1/3/2011 ... -6 fistel facialt ud for apex af den distale rod. Rtg viser apikal opklaring på distal rod. Apikal parodontitis. Da der tidligere er foretaget retrograd rodfyldning er prognosen dårlig. En oplagt behandling vil være at fjerne -6 og lave en bro fra -5 til -7."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 4. Indtræden af forsikrede**

Stk.1. Ved indtræden i gruppeforsikringsaftalen vil en umiddelbart behandlingskrævende tilstand for den enkeltes tandsæt ikke være omfattet af forsikringsdækningen.

Stk.2. I tilfælde af en umiddelbart behandlingskrævende tilstand, skal denne tilstand udbedres før af det behandlingskrævende område kan opnås.

Stk.3. I tilfælde af, at den forsikrede ikke har haft regelmæssige tandlægebesøg (defineres som 1-4 gange pr. år) de seneste to år før denne aftales indgåelse, skal tandsættet bringes i tilfredsstillende stand uden nogen behandlingskrævende situationer, før fuld dækning opnås

...

§ 5. Udbetaling af ydelser fra gruppeforsikringsaftalen

...

Stk.4. Det er en betingelse for udbetaling ved en given skade, at tandlægejournalen for de seneste 2 år fremsendes sammen med den betalte faktura for behandlingen for at kontrollere om erstatningsudbetalingen er berettiget."

Nævnet udtaler:

På det foreliggende grundlag finder nævnet det ikke bevist af selskabet, at der ved klagerens indtræden i gruppeforsikringsaftalen var tale om en umiddelbart behandlingskrævende tilstand for så vidt angår behovet for en 3-leddet bro. Det er på den baggrund nævnets opfattelse, at selskabet ikke har været berettiget til at afvise forsikringsdækning med den anførte begrundelse.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Dansk Tandforsikring A/S, skal anerkende, at det ikke har været berettiget til at afvise forsikringsdækning med henvisning til, at der er tale om en umiddelbart behandlingskrævende tilstand, der var til stede på tegningstidspunktet. Selskabet skal derfor genoptage sagen og yde forsikringsdækning i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Henning Jønsson