Ankenævnet for Forsikring

901/12

Den 15. oktober 2012 blev i sag nr. 81.844:

xxxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Dansk Tandforsikring A/S
Skudehavnsvej 5
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der er født i 1953, har tegnet tandforsikring i Dansk Tandforsikring A/S. Hun klager over størrelsen af den erstatning, som selskabet har tilbudt for anmeldte behandlinger.

Selskabet henviser til, at der i forbindelse med forsikringens tegning er afgivet mangelfulde oplysninger vedrørende klagerens tandstatus. Selskabet har på den baggrund ændret forsikringen med tilbagevirkende kraft. Med henvisning til den ændrede police har selskabet afvist at dække visse behandlingsudgifter. Det er i øvrigt selskabets opfattelse, at den tilbudte erstatning er opgjort i fuld overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Af klagebrev, som nævnet har modtaget den 6/1 2012, fremgår:

> "Den 28.12.2010 udstedes Police af Dansk Tandforsikring **på grundlag af udfyldt skema og udarbejdet rapport af min tandlæge.**
>
> Iflg. det første Police var min tand +5 forsikret. Efter karenstids udløb, har jeg ordnet denne tand. Jeg fik andre tænder ordnet og regning blev sendt **d. 30.08.2011.**
>
> Efter dette fandt jeg ud af, at Police er ændret, og tanden er ikke forsikret. Ny Police dateret med den **12.09.2011**, altså efter regningen blev sendt.
>
> Jeg har protesteret mod anklagen om snyd, jeg føler mig dårligt behandlet. I løbet af karensperiode jeg har behandlet mine tænder for ca.: 17 000 kr, for de tænder, der lå uden for forsikring.

Jeg har klaget til DanskTandf. og konsulteret med tandlæge igen. Alt gik efter reglerne.

Man kan ikke ændre betingelser midt i det hele, uden varsel, efter at regningen er kommet!?

Jeg håber, at min forklaring er dækkende, og dette medfører at forsikringen vil acceptere fakturaen, (hvis det er korrekt...), hvilket ifølge Policen, jeg og tandlægen mener den skal være."

I forlængelse heraf har klageren den 9/1 2012 udfyldt og underskrevet et klageskema, hvoraf bl.a. fremgår:

"1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …
I police nr. 202762 af 28.12.2011, min tand -5 er forsikret, først når tandlæges regning af den 31.08.2011 kommer til Dansk Tandforsik., ændres i police med dato 12.09.2011, altså efter indhentet regning!

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
DTF har ikke levd up till vilkoren i police iflg. min upfatning. Ikke heller 80% af dækning."

Heroverfor har selskabet i brev af 25/1 2012 til nævnet anført:

"Sagsfremstilling:
På baggrund af modtaget tandstatusskema udfyldt af klagers tandlæge ... samt bitewings, modtaget i januar 2012, udstedte Dansk Tandforsikring den 28. december 2010 en forsikringspolice til [klageren] med dækning som anført i fremsendte police.

Efter karensperiodens udløb modtager Dansk Tandforsikring herefter regning dateret den 15. juli 2011 på i alt kr. 11.536,84. Af regningen fremgår, at [klageren] har fået foretaget tandbehandlingen af tænderne +7, -7, 5- samt -1.

Dansk Tandforsikring indhenter herefter supplerende journalmateriale samt panoramarøntgen fra tandlæge ... Idet det på baggrund af det supplerende materiale imidlertid må konkluderes, at der foreligger væsentlige uoverensstemmelser mellem det oprindeligt modtagne tandstatusskema og tandlægejournalen (se konklusion nedenfor), udsteder Dansk Tandforsikring den 12. september 2011 en ny police til [klageren] i overensstemmelse med de korrekte oplysninger om hendes tandstatus. Af den nye police fremgår det, at vi udelukkende dækker tandarbejde i form af plastfyldninger og lokalbedøvelser udført på tænderne +7 og -7, men at tandarbejde på tænderne 5- og -1 ikke vil være dækket.

Konklusion:

Ved udstedelsen af den nye police har Dansk Tandforsikring lagt til grund, at oplysninger afgivet af klagers tandlæge i forbindelse med tegning af forsikringen den 28. december 2010 var mangelfulde, idet det ikke fremgik, at:

8- -> 5-: var en insufficient bro, hvor tandlægen allerede den 20.12.2010 kunne konstatere, at denne skulle laves om eller fjernes

-1: den 20.12.2010 blev det konstateret, at denne havde en apikal opklaring og skulle behandles med rodresection.

3. 81.844

I klagen til Ankenævnet anfører klager, at tanden +5 er blevet behandlet efter udløb af karenstiden. Det fremgår imidlertid ikke af journalen, hvorfor det forudsættes, at klager henviser til tanden 5-, da denne er blevet rodbehandlet under karenstiden (og i øvrigt også er en af de tænder som er behandlet hos tandlæge ..., jf. kopi af regning)

Dansk Tandforsikring konstaterer, at 5- indgik i den insufficiente bro, som under karenstiden blev fjernet, ligesom 8- også blev ekstraheret. Efter karensperiodens udløb blev 5- erstattet med en ny krone.

Såfremt tandlægen havde givet oplysninger vedrørende den insufficiente bro fra 8- ->5- samt den insufficiente rodbehandling af -1, forinden forsikringen blev tegnet, ville disse tænder være blevet undtaget allerede ved udstedelsen af den første police af 28. december 2010.

På dette grundlag finder vi ikke, at tandarbejde vedrørende tænderne 5- og -1 er dækket jf. den nye police."

Hertil har klageren i brev af 13/2 2012 til nævnet bemærket:

"D. 20/12 2010 ansøgte jeg om medlemsskab af Dansk Tandforsikring (bilag ...). Ved tilbagesvar d. 28/12 2010 fik jeg accept på ansøgning (bilag ...). Ved besøg hos min Tandlæge d. 7/1. 2011 komplementeredes yderligere oplysninger til Dansk Tandforsikring (bilag ...).

Da jeg skulle afvente 28/6, og har forstået at der var tænder som ikke var omfattet af dækning, kan der vel ikke være hinder for at disse tænder blev behandlet på mine egne vegne !
Jeg har fået behandlet tænder iht. bilag 4+ 5, og derfor passer mit senere tandskema naturligvis ikke. Hertil kommer at jeg selv har bestilt og betalt for bideskinne (bilag ...).
Samlet set har det kostet mig 17740,- kroner inden jeg begyndte at anvende DTF.

D. 30/6 2011 begyndte jeg på ny behandling, hvor 1- er omfattet af forsikring, samt at 5- // -5 også er omfattet.

Regning på min andel fik jeg og tandlæge sendte opkrævning på restbeløb til DTF (bilag ...).
Til min store overraskelse fik jeg at vide at policebetingelser var blevet ændret, efter at regning er modtaget.

Jeg har sendt kopi af mine regninger til DTF løbende, for at informere om ændringer og forbedringer.

Ingen steder fremgår det af policebetingelser at jeg ikke kunne foretage indgreb på mine øvrige tænder i løbet af karensperioden. Beløbene er betalt af mig selv !!

Tandskema stemmer ikke fordi jeg var nødt til at få fjernet min tandbro, grundet store smerter. Dette blev gjort af den tandlæge der havde lavet den.

Det har jeg også betalt for selv, det er ganske dyrt at fjerne en tandbro, og tilmed mangler jeg 3 nødvendige tænder, hvilke må erstattes da jeg ellers ikke får en god tyggefunktion.
Det er mit problem, men dog et væsentligt problem.

Det er mit ønske at få tilkendegivet om jeg har ret i min sag, således at jeg kan komme videre.

4. 81.844

Der er ikke tale om misinformation til DTF, og jeg har fået min tandlæge til at udfylde alt relevant materiale til DTF, netop for ikke at komme i en situation som den beskrevne. Min tandlæge har udfyldt alt baseret på DTF's ønsker og krav samt den aktuelle tilstand på anmeldelsestidspunktet.

Jeg mener at DTF's afvisninger og bortforklaringer er stødende, da man tydeligvis indikerer at jeg ikke har givet korrekt information."

I forlængelse heraf har klageren i telefax af 5/6 2012 til nævnet anført:

"Undertegnede har tidligere fremsendt klage over afgørelse fra Dansk Tandforsikring, men vil gerne tillægge følgende:

I henhold til min police ... [den reviderede police, der er udstedt den 12/9 2011] har jeg en dækningsgrad på 80 %.

Min regning fra tandlæge på tand + 7 beløber sig til 4660,51.

DTF har valgt at honorere en del af denne faktura med et beløb på 2694,94 - hvilket svarer til 54 % !

Dette kan jeg, dels ikke forstår, ej heller acceptere da policen som sagt indeholder en klar passus om dækningsgrad på 80 %.

Beder om Deres udtalelse i forbindelse hermed."

Selskabet har i brev af 14/6 2012 til nævnet anført:

"Årsagen til, at [klageren] ikke kan få dækningsgraden på 80 % til at stemme med det af Dansk Tandforsikring (DT) udbetalte er, at vi dækker pr. ydelse ud fra vores ydelsesliste. En ydelse vil dog aldrig kunne blive dækket med mere end den pris tandlægen tager for den pågældende ydelse.

Vi har modtaget en regning på 4.148,68 kr. (og ikke 4.660,51 kr.), som vi har erstattet som følger:

	Tand	Antal	DT's pris	Tandlægens pris	Refusion (80 %)
Rodbehandling	+7	1	950,00 kr.	1.200,00 kr.	760,00 kr.
Efterfølgende kanaler	+7	2	1.900,00 kr.	2.400,00 kr.	1.520,00 kr.
Røntgenbilleder	+7	2	268,68 kr.	268,68 kr.	214,94 kr.
Lokalbedøvelse	+7	1	250,00 kr.	280,00 kr.	200,00 kr.
Ialt			3.368,68 kr.	4.148,68 kr.	**2.694,94 kr.**

Dette skulle forklare, hvorledes beløbet på 2.694,94 kr. er fremkommet.

Ovenstående princip er beskrevet i forsikringsbetingelserne, pkt. 3 samt pkt. 4:

I pkt. 3 a står:

5. 81.844

'Forsikringen dækker - med de nedenfor nævnte undtagelser - nødvendige udgifter til tandbehandling, som er optaget på den i forsikringsaftalen tilknyttede Ydelsesoversigt og erstatningspriser, som fremgår af www.dansktandforsikring.dk....."

Og videre står i pkt. 4

'Tandlægen afregner patientens egenbetaling samt den del af tandlægeregningen, der udgør forskellen mellem tandlægens egne ydelsespriser og de erstatningspriser, som Dansk Tandforsikring erstatter i henhold til. Overstiger tandlægens ydelsespriser Dansk Tandforsikrings erstatningspriser for en given behandling, så betales denne forskel af forsikringstageren direkte til tandlægen.'

På www.dansktandforsikring.dk under erstatningspriser er endvidere beskrevet:

'Hvis tandlægens priser overstiger vores erstatningspriser, er det vores priser, som er gældende erstatningspris. Hvis din tandlæge har lavere priser, end vi har, vil vi lægge din tandlæges priser til grund for erstatningsberegningen. Er din tandlæges priser de samme som vores, vil du altid få 80 % i tilskud til behandlingen. Har din tandlæge højere pris end vores, så vil din dækningsprocent blive lavere end de 80 %.'

Jeg håber, at ovenstående på tilfredsstillende vis uddyber erstatningsberegningen, og i øvrigt besvarer [klagerens] spørgsmål."

Klageren har herefter i telefax af 19/6 2012 til nævnet anført:

"Jeg afventer stadig svar ang. regning stor 12,855,83, hvor min egenbetaling udgjorde 2599,37, og hvor DTF kun har godtgjort 2312,00.

Under tiden frem til nu har jeg betalt yderligere 2000,00 samt 3000,00 - dette grundet min tandlæges afventen på afgørelse, samt ønsket om ikke at stille min tandlæge i en forlegenhed. Dette medfører at der udestår 7944,40.

Det er for uforståeligt at DTF kan markedsføre at man dækker 80% af udgifter til tandlæge når dette ikke er tilfældet. Man føler sig ærlig talt godt til grin, og samtidig i en dårlig situation.

DTF ændrer vilkår efter forgodtbefindende, og det kan ikke accepteres - synes der er tale om bondefangeri på denne måde hvor man ufrivilligt kommer i stor gæld til sin tandlæge."

Senere samme dag har klageren fremsendt endnu en telefax til nævnet. Heraf fremgår:

"Refererer til faktura ... og ..., skal jeg pege på at der her var tale om specialistbehandling - klinisk på +7/ 3 kanaler. Fakturaer udgør 4660,51 og DTF har valgt at betale 2694,94 - altså ikke 80%!!

Af Police fremgår det jvnf pgf 3a at nødvendige behandlinger honoreres.

Om andre forhold er gældende, så skal det ikke fremstå som om 80% er dækkende.

Jeg ønsker at få Ankenævnets klare vurdering af DTF's police er korrekt i forhold til de dækninger jeg har modtaget fra DTF.

6. 81.844

At DTF pludselig henviser til interne regler, samt interne tandlægefaglige vurderinger synes mig helt uforståeligt at man kan slippe afsted med denne form for ageren overfor sine kunder.

Ønsker bestemt ikke kun at være til besvær i disse sager, men efterlyser en rimelighed fra DTF's side således jeg kan få afsluttet mine sager på ordentlig vis."

Efterfølgende har selskabet i brev af 29/6 2012 til nævnet anført:

"Vedrørende skrivelsen af 19. juni 2012 har vi tidligere i brev af 14. juni redegjort for, hvordan det refunderede beløb på kr. 2.694,94 fremkommer. Der er som beskrevet i dette brev tydeligt angivet, at vi dækker i henhold til vores egen ydelsesliste som er fuldt tilgængelig på vores hjemmeside og som der henvises til fra betingelser m.m.

For god ordens skyld vedhæfter jeg mit tidligere svar med erstatningsopgørelsen af 14. juni 2012.

Med hensyn til [klagerens] anden skrivelse af 19. juni har vi tidligere fremsendt og besvaret [klageren] vedrørende refusionen af denne regning. Regningsbeløbet, som vi har fået indberettet - i øvrigt fra [klagerens] egen tandlæge, ... - er på kr. 11.536,84 og ikke kr. 12.855,83.

Det er dog korrekt, at refusionsbeløbet - som vi også tidligere har redegjort for - udgør kr. 2.312. Dette skyldes, at tænderne 5- og -1 er undtaget, jf. policen, hvorfor disse ikke er refusionsberettigede.

Jeg vedhæfter ligeledes vores opgørelse over dette refusionsbeløb.

Det skal oplyses, at [klageren] er fuldt informeret om - og har fuld tilgang til - disse informationer via vores hjemmeside med sin egen brugeradgang.

Med hensyn til [klagerens] øvrige påstande - i både første og andet brev - henviser jeg til vores oprindelige besvarelse af 25. januar 2012 på Ankenævnets brev til Dansk Tandforsikring."

Afslutningsvis har klageren i telefax dateret 3/7 2012 til nævnet anført:

"Faktura ... af 16/12 2011 er på 12855,83 og ikke som påstået af DTF på 11546,84. Hvordan kan den misforståelse opstå.

Omkring selve policen er det faktuelt således at DTF ændrede på police og policens betingelser; efter at have modtaget første faktura fra min tandlæge. Det kan man efter min bedste overbevisning ikke byde en forsikringstager uden varsel af nogen slags.

Jeg ønsker ikke at blive ved at med kværulere i denne sag, men mener at jeg er blevet godt og grundigt taget ved næsen omkring dækning af mine udgifter, hvilket blandt andet har ført til at jeg selv har måtte betale min tandlæge for differencen mellem faktureret beløb, og det beløb DTF vil refundere.

Hvordan kan DTF reklamere med at man dækker 80 % af udgifter til tandlæge, når det ikke er tilfældet ?

7. 81.844

Hvordan kan DTF reklamere med en 80% dækning, når man senere henviser til at man jo blot kan tjekke deres hjemmeside for at få beløb oplyst når det gælder dækningsgrad og beløb !
løvrigt stiller dette spørgsmål om hvorvidt man overhovedet kan få ordnet sine tænder for disse beløb - hvor kommer de fra ?

Man føler sig fortabt i et sådant sagsforløb hvor man egentlig kun efterspørger ret og rimelighed i forhold til de betingelser som DTF tilbyder sine kunder ved indgåelse af police.

Blot for gentagelsens skyld, så er der to centrale elementer i denne problematik - nemlig de 80 %; samt ændring af policebetingelser."

Nævnet har fået forelagt de bilag, parterne har fremlagt, herunder bl.a. tandstatusskema og journaludskrift fra klagerens tandlæge.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**0. Risikooplysninger**

Forsikringsaftalen er indgået på grundlag af de ved tegningen modtagne skriftlige oplysninger i form af en af forsikringstagerens tandlæge udfyldt tandstatus over forsikringstagers mund og tandsæt.

Forsikringsdækningen og præmien er fastsat på grundlag af risikooplysningerne og ud fra forsikringstagers alder.

Det påhviler forsikringstageren, inden forsikringen kan tegnes, for egen regning at få udført alle nødvendige behandlinger i overensstemmelse med de af Dansk Tandforsikring opstillede retningslinjer (som findes på 'www.dansktandforsikring.dk'). Udgifter i forbindelse med selve forsikringsansøgningen aftales individuelt mellem tandlæge og forsikringstager.
...
3. Forsikringens omfang

a. **Forsikringsdækning**

Forsikringen dækker - med de nedenfor nævnte undtagelser - nødvendige udgifter til tandbehandling, som er optaget på den i forsikringsaftalen tilknyttede Ydelsesoversigt og erstatningspriser, som fremgår af www.dansktandforsikring.dk.

De i forsikringsaftalen anførte dækninger og forsikringssum, danner grænse for selskabets erstatningspligt for skader, der indtræffer under forsikringen.
...
4. Erstatning

Det er et vilkår for udbetaling af forsikringserstatning, at forsikringstageren efter Dansk Tandforsikrings anmodning giver sit skriftlige samtykke til, at Dansk Tandforsikring modtager kopi af den aktuelle tandlægejournal med henblik på Dansk Tandforsikrings vurdering af, om vilkårene for udbetaling af forsikringserstatning er opfyldt.

Tandlæger, der har samarbejdsaftale med Dansk Tandforsikring

8. 81.844

a. **Udbetaling af erstatning**
Dansk Tandforsikring har mulighed for at afregne skyldige forsikringserstatninger direkte med tandlægen, såfremt denne har indgået en samarbejdsaftale med Dansk Tandforsikring herom og at tandlægen ønsker at benytte sig af dette system.

Tandlægen afregner patientens egenbetaling samt den del af tandlægeregningen der udgør forskellen mellem tandlægens egne ydelsespriser og de erstatningspriser, som Dansk Tandforsikring erstatter i henhold til. Overstiger tandlægens ydelsespriser Dansk Tandforsikrings erstatningspriser for en given behandling, så betales denne forskel af forsikringstageren direkte til tandlægen.

Da afregningen direkte hos tandlægen sker førend Dansk Tandforsikring har haft mulighed for at kontrollere det udførte arbejde, skal afregningen hos tandlægen betragtes som midlertidigt, indtil Dansk Tandforsikring har gennemgået og accepteret regningen. Såfremt Dansk Tandforsikring ikke godkender det udførte arbejde, er kunden pligtig til at afregne restbeløbet med tandlægen. Dansk Tandforsikring vil pr. e-mail meddele henholdsvis forsikringstager som tandlægen omkring accepten af det udførte arbejde samt den endelige opgørelse."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klagerens tandlæge i forbindelse med forsikringens tegning burde have afgivet nærmere oplysninger om den insufficiente bro fra tænderne 8- til 5- samt om forholdet vedrørende tanden -1. Dette burde efter nævnets opfattelse have stået klart for klageren og hendes tandlæge. Nævnet finder ikke grundlag for at betvivle selskabets oplysning om, at bl.a. tænderne 5- og -1 ville være undtaget fra dækningen, såfremt selskabet på tegningstidspunktet havde modtaget fyldestgørende oplysninger. Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har ændret forsikringen med tilbagevirkende kraft, og at det som konsekvens heraf har afvist at dække behandlingen af visse tænder, jf. forsikringsaftalelovens § 6, stk. 2.

På baggrund af det oplyste finder nævnet, at erstatningsopgørelsen er i overensstemmelse med de gældende forsikringsbetingelser. Det, som klageren har anført vedrørende dækningsgraden, findes ikke at kunne føre til et andet resultat.

9. 81.844

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand