Ankenævnet for Forsikring

916/908/13-5

Den 21. maj 2013 blev i sag nr. 82.536:

xxxxxx xxxxxxxxxx xxxxxx
xxx xxxxx xxxxxx
xxxx xxxxxxxx xxx xx
xxxx xxxxxxxxx

mod

Europæiske Rejseforsikring A/S
Frederiksberg Alle 3
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikrede har udstationeringsforsikring med udvidet sygedækning i Europæiske Rejseforsikring A/S. Hun klager over, at selskabet har afvist at yde dækning for nogle udgifter, hun har haft i forbindelse med en fødsel ved kejsersnit i New York den 4/11 2011.

Forsikringen dækker udgifter i forbindelse med graviditet og fødsel med en forsikringssum på 172.890 DKK. Over for nævnet gør klageren gældende, at selskabet skal dække læge- og hospitalsregninger for ca. 31.000 USD svarende til omkring 179.000 DKK enten under dækningen for fødsel og graviditet eller som akut sygdom. Selskabet har udbetalt 210.875,63 DKK i forbindelse med fødsel og graviditet og har med henvisning til, at der allerede er afholdt udgifter, der overstiger forsikringssummen, afvist at udbetale yderligere.

Selskabets samarbejdspartner i USA, Euro-Center New York, har på vegne af selskabet behandlet sagen. I forbindelse med klagerens klage over afvisning af dækning af yderligere udgifter sendte Euro-Center New York mail af 18/1 2012 til klageren. Heraf fremgår bl.a.:

> "Jeg kan sagtens forstå, at Du er chokeret over regningen for Din graviditet. Jeg beklager selvfølgelig, at vi ikke har kunnet betale alle omkostninger.

2. 82.536

Jeg har kigget i Din sag og kan se, at vi først har bekræftet dækning til Dr. ... og derefter til Dr. ..., som Du var blevet henvist til i forbindelse med Din graviditet.

Vi har inden Din fødsel desværre ikke har haft viden om disse høje omkostninger. Inden Din fødsel d 4. November, 2011 har vi betalt $1064.31 (dette inkluderer ikke, hvad Du selv har lagt ud for og blevet refunderet af Europæiske Rejseforsikring), men hvad vi har betalt direkte til læger osv.

Efter Din fødsel modtager vi regninger fra Dr. ... på $1050 for 3 x ultra-sound og en regning på $12000 for Din fødsel.
Derudover modtager vi regninger for Din fødsel fra NYC Hospital på $29,692.02 for Dig og $18,729.58 for Dit barn.

NYC Hospital er et af de hospitaler som vi samarbejder med her i NYC, og hospitalet har givet os den rabat, som vi har krav på.

Jeg kan se fra lægerapporten fra Dr. ..., at Du valgte at føde ved kejsersnit, hvilket ligeledes er årsag til de høje omkostninger.

Omkostninger på en fødsel i NYC området ligger normalt på omkring $13,000 til $20,000. Da vi åbnede Din sag tilbage i Maj 2011 og oplyste Din dækning (ca. $30,000) var Din dækning inden for omkostninger for en fødsel i NYC.

Vi kan desværre ikke uden Europæiske Rejseforsikrings godkendelse dække yderligere udgifter end Din maksimum dækning på DKK 172.890."

Det fremgår i øvrigt af sagen, at selskabet den 18/7 2011 refunderede klageren 10.944,21 DKK (2.093,03 USD) for forundersøgelse i forbindelse med graviditet i perioden fra den 21/3 2011 til den 26/5 2011 samt 16.247,83 DKK (2.954 USD) den 21/12 2011 for undersøgelser foretaget i perioden fra den 23/6 2011 til den 3/11 2011.

Lægen, som klageren konsulterede i forbindelse med sin graviditet og fødsel, har i brev af 2/3 2012 bl.a. anført:

"To Whom It May Concern:

It has come to my attention that there may be some questions as to the indication for the repeat Cesarean Section that was performed on [klageren].

[Klageren] is a multiparous patient who came to me with a natural conception at nineteen weeks. She was a high-risk obstetrical patient at the advanced age of forty-two. She had a prior history of a high risk pregnancy in 2009 that was the result of assisted reproductive technology (in vitro fertilization). Ten years prior she had a low malignant potential ovarian tumor removed at laparotomy. She had also had a laparotomy for an appendectomy in 1985. At 38 weeks she had a primary cesarean section without labor for oligohydramnios in 2009. At that time adherent intestines were noted and there was an intestinal injury that required surgical repair. It was felt that her prior surgeries and bowel injury at her first cesarean section made repeat elective cesarean under epidural anesthesia the wiser course rather

than attempting a vaginal birth after Cesarean. In fact, a careful Cesarean was performed and adhesions were noted. The adhesions would have made an emergent Cesarean quite difficult. A two-centimeter non-bleeding uterine rupture was, in fact, noted as was meconium stained amniotic fluid."

Som svar på selskabets spørgsmål, om der fra Euro-Center New York var givet tilsagn om dækning ud over forsikringssummen, anførte Euro-Center New York i mail af 26/3 2012 bl.a. følgende:

"I don't recall being so 'casual' about the coverage. I could have mentioned to her that should there be any complications during delivery, we obtain the medical report and we check with Europæiske Rejseforsikring if they will cover it as it can be considered medical are there any complications. This is what we usually tells the PH, if there are worried about what will happen if something urgent happens to them during the pregnancy/delivery.

Again a delivery in NYC is appr. $13000 to $20000 dollars (also of it is by selective c-section) and this is what we have based the case on all the time. Her coverage was appr. $30000 which is enough coverage for a pregnancy case in NYC.

We did not receive any invoice for the delivery from the doctor and also from the hospital until after the delivery, and could not have informed PH about the high cost."

Af klageskemaet modtaget af nævnet den 7/5 2012 fremgår bl.a.:

"1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen.
...
Jeg blev gravid og fødte ved kejsersnit den 04. november, 2011 i New York City, hvor jeg havde bopæl på det tidspunkt. Jeg koordinerede i maj måned 2011 alt i forbindelse med fødslen med Europæiske: herunder valg af læge og hospital, hvilket betød, at alle regninger gik direkte til dem - som standarden er. Europæiske anerkendte explicit ... som læge og accepterede hans udgiftsniveau. Selskabet sagde, at NYU hospital var et godt valg, eftersom selskabet har en aftale med hospitalet om at få rabat.
Min læge anbefalede mig at få kejsersnit - jævnfør venligst erklæring fra ... Anbefalingen skyldtes flere faktorer, herunder et tidligere kejsersnit, arvæv fra en fjernet cyste og mistanke om perforering af livmoderen. Lægen fandt et to centimeter langt hul i livmoderen, hvorfor det var meget heldigt, at jeg fik kejsersnit, da både barnet og jeg ellers ville have været i livsfare. Europæiske var også min forsikring, da jeg fik fjernet en cyste i 1999 og fødte på ... i 2009 og er derfor fortrolig med min baggrund.
Inden beslutningen om kejsersnit rådførte jeg mig med Europæiske, der godkendte beslutningen.
Nogle uger efter fødslen modtog jeg imidlertid regninger fra hospitalet beløbende sig til omkring 31.000 USD, som Europæiske ikke vil betale. Stik imod selskabets udsagn i maj 2011, nægtede de at dække kejsersnittet og udgifterne i forbindelse med det. (Se venligst vedlagte erklæring fra selskabet i forbindelse med min klage).

Jeg mener, selskabet har en forpligtelse til at betale regningerne af flere grunde. Europæiske har på intet tidspunkt oplyst, at maksimum var nået, og eftersom alle regninger gik direkte til dem - og derpå blev forhandlet - var det reelt umuligt for mig at vide, hvor mange penge, der var blevet brugt. Europæiske har forsømt deres forpligtelse til at oplyse mig som forsikringstager om, at regninger for det hospital, den læge og den proces, de som forsikringsselskab

har godkendt, ville blive omtrent dobbelt så høje som deres dækning, og jeg derfor ville stå med en regning på næsten 200.000 kr. Som det fremgår af Europæiskes svar til mig, har selskabet heller ikke selv kunnet kontrollere udgifterne løbende, det er derfor svært at forstå, hvordan de kan mene, det skulle være muligt for mig. Jeg vedlægger også en opgørelse fra Europæiske over deres udgifter; af denne fremgår det klart, at mange regninger bliver forhandlet betydeligt ned, igen noget, der gør det umuligt for mig at have overblik over, hvor mange penge, der bliver brugt.

Men også herudover mener jeg, at Europæiske må være forpligtet til at betale de yderligere omkostninger i forbindelse med kejsersnittet, eftersom dette var medicinsk begrundet, og regningen for et hospitalsophold hvis jeg - mod lægens råd - havde forsøgt almindelig fødsel, efter alt at dømme ville have været langt højere og ville være dækket af Europæiske som akut sygdom.

Med hensyn til forsikringen er den formidlet via min arbejdsplads men jeg har selv betalt den med private midler idet jeg er på orlov. Al kommunikation er foregået direkte mellem mig og Europæiske, ligesom Europæiske har sendt de overskydende regninger direkte til mig. Der er derfor tale om en privat forsikring, og ankenævnet må som jeg forstår det være den rette klageinstans.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)

At de betaler regningen fra hospitalet. Subsidiært at Europæiske forhandler regningen fra hospitalet ned med det samme som den regning, de betalte, dvs. med omkring en tredjedel. (se vedlagte regneark over deres udgifter, punkt 32)."

Selskabet redegør i brev af 12/7 2012 til nævnet for sagen og dets stillingtagen. Af brevet fremgår bl.a.:

"Nedenfor vil ER opridse de punkter i sagsforløbet, der efter ER's opfattelse har betydning i relation til klagers anke:

Sagsforløb

29. juni 2011
ER's samarbejdspartner i USA Euro-Center New York (herefter EC NY) videresender bilag med erstatningskrav de har modtaget direkte fra klager samt krav fra klagers obstetriker Dr. ... (bilag ...).

17. juli 2011
Sagen oprettes hos ER.

18. juli 2011
Sagsbehandleren (SB) sender en mail til ER's lægekonsulent og forespørger om de tests klager har fået foretaget i forbindelse med graviditet er nødvendige. SB medsender brev fra Dr. ...

SB sender pr. mail en betalingsmeddelelse til klager, og oplyser at ER har udbetalt DKK 10.944,21 for forundersøgelse i forbindelse med graviditet (bilag ...).

Senere samme dag svarer lægekonsulenten, at den genetiske screeningsundersøgelse, som klager har fået foretaget ikke er dækket (bilag ...).

19. juli 2011
SB informerer EC NY om, at den genetiske screeningsundersøgelse ikke er dækket af forsikringen (bilag ...).

8. august 2011
Sikrede klager til EC NY over afvisningen af den genetiske screeningsundersøgelse. EC NY videresender klagen til ER, og beder ER svare klager direkte (bilag ...).

9. august 2011
SB beder ER's lægekonsulent revurdere dækning af den genetiske screening (bilag ...).

Lægekonsulenten svarer samme dag, at de foretagne tests intet har med akut sygdom eller almindelig obligatorisk graviditetstest at gøre (bilag ...).

10. august 2011
På baggrund af lægekonsulentens svar fastholder SB, at idet der hverken er tale om akut sygdom eller almindelig obligatorisk graviditetstest kan ER ikke imødekomme klagers krav (bilag ...)
.
16. august 2011
Klager ringer, da hun stadigvæk ikke er enig i ER's afgørelse. ER beder hende sende en klage, så efterfølgende kan klage til Ankenævnet for Forsikring.

15. september 2011
Klager ringer igen, da hun fortsat ikke er tilfreds med ER's afgørelse. SB oplyser, at sagen har været revurderet, og at ER fortsat fastholder afvisningen. Klager mener ikke, at det kan være rigtigt, eftersom hun er blevet påtvunget denne behandling af lægerne. SB oplyser, at selvom klager måtte være blevet påtvunget en given behandling skal det stadig være omfattet af forsikringsbetingelserne for at være dækket. Og i denne sag har der ikke er tale om en dækningsberettiget behandling. Klager spørger hvortil hun kan klage, og SB henviser til Ankenævnet for Forsikring.

4. november 2011
Klager føder.

16. december 2011
EC NY kontakter ER og informerer om, at sagen formodentlig vil beløbe sig til klagers maksimum sum på DKK 200.000 (bilag ...).

19. december 2011
ER modtager yderligere krav fra klager på i alt DKK 16.247,83 (bilag ...).

21. december 2011
ER udbetaler DKK 16.247,83 til klager (bilag ...).

22. december 2011
SB skriver en mail til EC NY og gør opmærksom på, at klagers sum i forbindelse med graviditet er DKK 172.890 (bilag ...). Samtidig beder ER EC NY bekræfte, at de har modtaget SB's mail.

EC NY bekræfter samme dag, at klagers forsikringssum i sagen er ændret. EC NY gør desuden opmærksom på, at forsikringssummen allerede var blevet ændret inden ER's henvendelse, men at EC NY ikke havde givet ER besked herom (bilag ...).

19. januar 2012
EC NY sender mail til ER og oplyser, at klagers maksimum dækning er opnået. EC NY medsender klagers medicinske journal, EC NY's afslag på yderligere dækning sendt til klager, sikredes klage samt EC NY's svar herpå (bilag ...).

SB svarer EC NY, at ER ikke dækker udgifter ud over klagers maksimum dækning. Til information oplyses det, at klagers police er blevet opsagt af ... 1. januar 2012 (bilag ...).

23. januar 2012
EC NY sender mail til ER og beder om en specifikation af, hvad ER har refunderet til klager. Klager er utilfreds med ER/EC NY's afvisning, og ønsker en komplet opgørelse af hvilke beløb, der er ydet refusion for (bilag ...).

24. januar 2012
SB sender en mail til EC NY og oplyser hvilke beløb ER har refunderet til klager (bilag ...).

5. marts 2012
Sikrede sender en mail til SB, og klager over ER's afvisning, da klager mener ER har godkendt alle udgifter i forbindelse med graviditet (bilag ...).

20. marts 2012
SB besvarer sikredes klage (bilag ...). Af besvarelsen fremgår det, at ER fastholder afvisningen, da hverken ER eller EC NY har oplyst, at der er dækning ud over sikredes sum.

Klager ringer til ER, da hun er utilfreds med afgørelsen og mener, EC NY har lovet at betale alt. Det bliver aftalt, at klager vil skrive til SB hvilke klagepunkter, hun helt præcist har. SB vil derefter tage dialogen videre med EC NY og høre hvad der aftalt.

26. marts 2012
Sikrede sender mail til SB med sine klagepunkter (bilag ...).

SB videresender klagen til EC NY og spørger bl.a. sagsbehandleren hos EC NY om der er indgået en aftale med klager om, at hvis summen for graviditet blev overskredet, ville udgifterne blive overført til en anden kategori (bilag ...).

EC NY besvarer SB's spørgsmål (bilag ...), og oplyser bl.a., at de ikke har været så skødesløse i forhold til dækning, som forsikringstager ifølge sin klage giver udtryk for.
Ifølge EC NY kan de muligvis have oplyst klager om, at hvis der tilstødte komplikationer under fødslen indhentes den medicinske journal, som foreligges ER med forespørgsel om udgifterne kan refunderes under sygedækningen på grund af komplikationernes karakter.

2. april 2012
SB sender en mail til EC NY og spørger, om EC NY har informeret klager om forsikringssummen.

EC NY svarer, at der aldrig er blevet sendt noget på skrift til klager om forsikringssummen, da klager ikke har bedt om dette (bilag ...).

3. april 2012
SB sender en mail til klager og oplyser, at ER vender tilbage i sagen efter påske (bilag ...).

4. april 2012
Klager sender en mail til SB med en uddybende skrivelse fra ... (bilag ...).

26. april 2012
SB forespørger EC NY hvor stort et beløb EC NY har afvist at dække. EC NY sender mail til SB og oplyser hvilke beløb ER/EC NY har afvist (bilag ...).

27. april 2012
SB sender en mail til klager og oplyser, at sagen nu er blevet revurderet, og at ER fastholder afvisningen over for klager (bilag ...).

Klagers påstand:
Klager ønsker, at ER betaler alle regninger fra hospitalet og subsidiært, at ER forhandler regningerne ned.

ER's afgørelse:
ER har på nuværende tidspunkt dækket krav i forbindelse med klagers graviditet på DKK 210.875,63.

... har tegnet Udvidet Sygedækning for klager.

Af forsikringsbetingelsernes pkt. 19.1 '*Hvilke skadetilfælde dækker forsikringen?'* fremgår det at:
'Forsikringen dækker fødsel og graviditetsundersøgelser, såfremt det forventede fødselstidspunkt ligger senere end 44 uger efter forsikringens ikrafttræden.'

Af punkt 19.2 a) '*Hvilke udgifter dækker forsikringen'* fremgår det at:
'Forsikringen dækker i forsikringsperioden rimelige og nødvendige udgifter til ambulante graviditetsundersøgelser, fødsel, ambulancetransport i forbindelse med fødslen samt undersøgelser og vaccinationer af nyfødt(e) barn/børn under indlæggelse i forbindelse med fødslen med op til 10 % af forsikringssummen pr. graviditet. Er der valgt ubegrænset forsikringssum, dækkes med op til DKK 200.000,'.

Ud fra ovennævnte uddrag fra forsikringsbetingelserne mener ER, at selskabet har imødekommet den del af klagers krav, som selskabet i henhold til forsikringsbetingelserne kan.

Forsikringssummen ved sygdom på den tegnede forsikring er DKK 1.728.900. Klagers forsikringssum i forbindelse med graviditet er således DKK 172.890.

Jf. ovenstående har ER på nuværende tidspunkt dækket over DKK 200.000 i forbindelse med klagers graviditet.

Klager anfører, at alle regninger er sendt til ER/EC NY. Ifølge EC NY er regningerne for lægebesøg og fra hospitalet først sendt til dem efter klager har født. Hverken ER eller EC NY har således haft mulighed for at oplyse klager om omkostningernes niveau og herunder, at klagers maksimum var nået.

8. 82.536

Desuden mener klager, at ER har forsømt at oplyse om sagsomkostningernes niveau. EC NY har oplyst ER om, at en fødselssag, herunder kejsersnit, som i klagers tilfælde, i New York normalt koster mellem 13.000 og 20.000 dollars. Klagers dækning i forbindelse med graviditet var ca. 30.000 dollars, og altså nok til at dække en sædvanlig fødselssag.

Eftersom en vanlig graviditetssag ligger inden for klagers forsikringssum, har det ikke været muligt for ER at vide, at sagen ville blive så dyr, som den er endt med at blive. Dertil bemærkes det, at klager på intet tidspunkt har bedt om skriftlig bekræftelse på hendes forsikringssum, men at det tværtimod har lydt som om klager hele tiden har været bekendt med forsikringssummen.

Derudover har ER/EC NY jf. ovenfor først modtaget regninger fra læge og hospital efter fødslen. ER har således ikke haft mulighed for på forhånd at informere klager om, at der ville blive tale om så dyr en sag.

Klager anfører, at hun ikke har haft mulighed for at vide, at forsikringssummen var nået. ER har heller ikke haft denne viden, da selskabet som sagt først har modtaget størstedelen af regningerne efterfølgende.

Klagers påstand om, at hendes kejsersnit skal dækkes under sygedækningen må ER afvise. Ifølge EC NY har de muligvis oplyst klager om, at hvis der opstod problemer under fødslen indhentes den medicinske journal, som foreligges ER med forespørgsel om udgifterne kan refunderes under sygedækningen på grund af problemernes karakter. Dette er imidlertid ikke sket i klagers tilfælde.
På grund af medicinske årsager blev klager anbefalet kejsersnit i forbindelse med denne fødselssag. Så vidt ER er informeret er der ikke indtrådt komplikationer i forbindelse med kejsersnittet. EC NY har desuden ikke kontaktet ER med henblik på, om nogle af klagers udgifter kunne henføres under sygedækningen i stedet.

Klager har født den 4. november 2011, og først i december har EC NY mulighed for at oplyse ER om, at klagers maksimum sum bliver aktuelt i denne sag. Sædvanligvis kontakter EC NY i sådanne sager ER når kundens forsikringssum er ved at være nået. Dette har imidlertid ikke været muligt i nærværende sag, da regningerne jf. tidligere først er blevet tilsendt EC NY efter fødslen er overstået. EC NY har således først efterfølgende haft mulighed for at underrette både klager og ER om, at klagers maksimum dækning ville blive aktuel.

Klager har under sagsforløbet fastholdt, at hun havde indgået en aftale med EC NY om, at udgifterne kunne overføres under dækning for 'sygdom' hvis forsikringssummen ved graviditet blev nået. Eftersom dette ikke er ER's praksis har selskabet bedt klager fremlægge dokumentation herfor. Dette har klager ikke været i stand til.

ER gør opmærksom på, at selskabet ingen forpligtigelse har til at forhandle med hospitalet på vegne af kunden.

ER kan således ikke imødekomme klagers subsidiære påstand.

ER har på nuværende tidspunkt afholdt omkostninger i forbindelse med klagers fødselssag ud over klagers maksimum. ER kan således ikke imødekomme yderligere krav om dækning fra klager.

Konklusion:
Klager er dækket for fødsel og graviditet med en forsikringssum på DKK 172.890.

9. 82.536

ER har på nuværende tidspunkt dækket DKK 210.875,63 i forbindelse med klagers graviditet og fødsel.

Da ER allerede har afholdt udgifter i sagen ud over klagers maksimum kan selskabet ikke betale yderligere i sagen."

Hertil bemærker klageren i brev modtaget den 3/9 2012 af nævnet bl.a.:

"Redegørelsen giver anledning til følgende kommentarer og præciseringer fra min side:

Umiddelbart efter jeg blev gravid i februar 2011 henvendte jeg mig i maj måned i New York til Europæiske Rejseforsikring for at drøfte sagen med dem og sikre, at min fødsel var dækket. Det fik jeg oplyst, at den var, og jeg blev forsikret om, at dækningssummen var rigelig, og at jeg ikke på nogen måde skulle bekymre mig om noget. Jeg fik hverken ved den lejlighed eller på noget tidspunkt senere oplyst, at dækningssummen var blevet reduceret.

Jeg gjorde det fra starten klart, at jeg gerne ville være sikker på, at fødslen i New York var 100% dækket, da jeg ellers kunne tage til Danmark og føde, sådan som jeg gjorde med min første datter i 2009. ... fra kontoret i New York sagde hertil, at hvis budgettet blev overskredet, kunne Europæiske gøre det, at de førte udgifterne over i en anden kategori. Hun gentog, at jeg ikke skulle bekymre mig om noget som helst.

Jeg koordinerede herefter al behandling med Europæiske. Europæiske godkendte både min læge ... og hospitalet New York University Hospital - som Europæiske fremhævede, at de var meget glade for, eftersom de havde gode rabatordninger med dem. Jeg var i løbende kontakt med Europæiske om sagen under hele graviditeten.

På intet tidspunkt blev jeg oplyst om, at udgifterne var ude af kontrol, tværtimod blev jeg flere gange forvisset om, at alt kørte efter planen, og at jeg ikke skulle bekymre mig om noget.

Der var med andre ord rig lejlighed for Europæiske til at advare mig om, at der ville være en meget betydelig egenbetaling, hvilket som nævnt - og drøftet med Europæiske - ville have ført til, at jeg ville være taget til Danmark for at føde der. Dette ville have været uhyre nemt for mig, eftersom vi alligevel stod overfor at skulle flytte fra New York, og min mand i efteråret 2011 var på orlov.

Men intet blev oplyst, og eftersom alle regninger gik direkte til Europæiske - per automatik efter forsikringsselskabets ønske - og jeg aldrig modtog nogle informationer fra selskabet om regningernes omfang, var det mig umuligt at vide, hvor mange penge, der var blevet brugt.

Først længe efter det var for sent - efter fødslen - blev jeg kontaktet af Europæiske og oplyst om, at maksimum for længst var overskredet, og at selskabet derfor nægtede at betale stort set alle regninger for selve fødslen. Allerede inden jeg overhovedet gjorde klar til at føde, var min dækning overskredet, en uhyre afgørende information for mig, som Europæiske aldrig oplyste mig om, og som jeg ikke kunne opdage selv. Jeg kontrollerede løbende med hospitalet og min læge ..., at de sendte regningerne til Europæiske, og at de blev betalt løbende. Derfor må selskabet have været vidende om udgiftsniveauet allerede før fødslen, men selskabet forsømte at oplyse mig herom.

Jeg blev derved forhindret i at agere og tage til Danmark og føde, sådan som jeg gjorde i 2009, og som jeg helt givet ville have gjort, hvis jeg var blevet oplyst om de enorme omkost-

ninger, jeg selv skulle dække. Europæiske forhindrede mig derved i at beskytte mig selv og må derfor være forpligtet til at kompensere mig ved at dække fødslen.

For så vidt angår selve det medicinske oplyser Europæiske, at der ifølge deres oplysninger ikke indtrådte komplikationer i forbindelse med kejsersnittet. Det stiller jeg mig uforstående overfor.

Det var netop mine tidligere indgreb - en cyste og et tidligere kejsersnit med en række følgende komplikationer (herunder en læsion på tarmen og meget arvæv, som Europæiske var bekendt med), der førte til beslutningen om kejsersnit. Og ifølge Europæiskes egne oplysninger til Ankenævnet kostede min fødsel næsten fire gange så meget som en normal fødsel i New York, i sig selv en ganske klar indikation af, at der var mange komplikationer.

De mange ekstra omkostninger var netop til en række ekstra undersøgelser samt ekstra beredskab under selve kejsersnittet for at forhindre at noget gik galt, hvilket der ifølge min tidligere fremsendte rapport fra min fødselslæge ... ville være gjort, hvis ikke der var truffet særlige forholdsregler.

Under operationen fandt ... en flere centimeter lang perforering af min livmoder, hvilket under en normal fødsel ville være blevet livstruende.

Nogle af udgifterne må derfor rettelig være dækket af den mere generelle sundhedsforsikring.

For at opsummere: Jeg mener derfor, at Europæiske bør være forpligtet til at betale den resterende regning af to grunde:

For det første fordi selskabet på intet tidspunkt oplyste mig om, at udgifterne ville blive langt højere end dækningen, på trods af at jeg gentagne gange henvendte mig til dem for at sikre mig netop dette, og selskabet var den eneste, som kunne vide dette, eftersom alle regninger gik direkte til selskabet. Hvis jeg havde fået oplyst, at der ville være en egenbetaling på omkring 200.000 kr. ville jeg være taget til Danmark og født der, sådan som jeg gjorde med min første datter.

For det andet fordi der indtrådte komplikationer før kejsersnittet og i forbindelse med kejsersnittet. Dette kan klart ses i det forhold, at regningen ifølge det af Europæiske oplyste blev på omkring fire gange det normale; en omkostning, der netop skyldes, at der skulle tages en række særlige forholdsregler pga. mine tidligere operationer og risikoen for en sprængt livmoder - noget der ifølge det af lægerne oplyste ville være sket, såfremt jeg ikke havde fået planlagt kejsersnit."

Afslutningsvis har selskabet i brev af 14/9 2012 til nævnet bl.a. anført:

"Da regningerne først er tilgået EC NY efterfølgende har hverken EC NY eller ER haft mulighed for at oplyse klager om omkostningernes niveau herunder, at klagers maksimum var nået.

Der er en årsag til, at der en decideret dækning for fødsler, hvilket ikke umiddelbart kan overføres til sygedækningen. På grund af medicinske årsager blev klager anbefalet kejsersnit i forbindelse med denne fødselssag. Så vidt ER er informeret er der ikke indtrådt komplikationer i forbindelse med kejsersnittet. Derfor må ER fastholde afvisningen af klagers påstand om, at hendes kejsersnit skal dækkes under sygedækningen."

11. 82.536

Nævnet har fået forelagt sagens bilag, herunder de af klageren fremlagte fakturaer, som er dateret fra den 30/11 2011 til den 8/12 2011 og stemplet fra den 18/11 2011 til den 15/12 2011.

Selskabet har på nævnets forespørgsel oplyst, at det har fremsendt en VOB-erklæring til hospitalet med oplysning om, at klageren har en gældende forsikring, men ikke har sendt oplysning om dækningsmaksimum.

Af forsikringsbetingelserne fremgår:

"18 SYGDOM

18.0 Forsikringssum - fremgår af policen
Forsikringssummen er pr. person pr *forsikringsår.*

18.1 Hvilke skadetilfælde dækker forsikringen?
Forsikringen dækker skadetilfælde som følge af *akut sygdom* eller tilskadekomst opstået i *forsikringsperioden.*

...

19 FØDSLER OG GRAVIDITETSUNDERSØGELSER

19.0 Forsikringssum
Dækkes under forsikringssummen for dækningen Sygdom. Forsikringssummen er pr. graviditet.

19.1 Hvilke skadetilfælde dækker forsikringen?
Forsikringen dækker fødsel og graviditetsundersøgelser, såfremt det forventede fødselstidspunkt ligger senere end 44 uger efter forsikringens ikrafttræden.

19.2 Hvilke udgifter dækker forsikringen?
Fødsel og graviditetsundersøgelser
Forsikringen dækker i *forsikringsperioden* rimelige og nødvendige udgifter til
a) ambulante graviditetsundersøgelser, fødsel, ambulancetransport i forbindelse med fødslen samt undersøgelser og vaccinationer af nyfødt(e) barn/børn under indlæggelse i forbindelse med fødslen med op til 10 % af forsikringssummen pr. graviditet. Er der valgt ubegrænset forsikringssum, dækkes med op til DKK 200.000."

Nævnet udtaler:

Klageren fik ved sin forudgående kontakt med selskabet om valg af specialist og hospital en forventning om, at de udgifter, der ville være forbundet med klagerens fødsel ved kejsersnit ville være dækket af klagerens forsikring. Det kom således bag på såvel kla-

geren som selskab, at udgifterne til fødslen langt oversteg det forventede. I en sådan situation bliver det efter nævnets afgørelse afgørende, hvem der er nærmest til at bære risikoen for, at denne situation opstod, og hvem der bedst kunne sikre sig mod, at den opstod.

Selskabet kunne have indhentet et tilbud eller overslag fra hospitalet eller have meddelt hospitalet det dækningsmaksimum, der gjaldt. Selskabet kunne endvidere have bedt om at få tilsendt regningerne løbende, så der kunne føres kontrol med restbeløbet. Klageren havde derimod ikke nogen anledning til at sikre sig mod overskridelse, da hun af selskabet havde fået det indtryk, at fødslen selv ved kejsersnit ville være dækket.

Det er herefter nævnets opfattelse, at selskabet er nærmest til at bære risikoen for overskridelsen.

Herefter

b e s t e m m e s:

Selskabet, Europæiske Rejseforsikring A/S, skal dække klagers udgifter i forbindelse med fødslen ved kejsersnit ud over dækningsmaksimum.

Marianne Højgaard Pedersen
formand