Ankenævnet for Forsikring

924/13

Den 25. september 2013 blev i sag nr. 84.492:

xxxxxx xxxxxxxx xxxxxxxxxx
xxxxxxxxx x
xxxx xxxxxx

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikrede har sundhedsforsikring i Tryg Forsikring A/S. Han klager ved sin mor over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning for alle afholdte udgifter til behandling ved en psykiater.

Selskabet har henvist til, at forsikringen alene dækker udgifter til behandling ved en psykiater i en 3-måneders periode. Efter sagens indbringelse for nævnet har selskabet dækket yderligere 2 behandlinger med henvisning til klagerens nye forsikringsbetingelser.

I klageskema af 28/5 2013 har klagerens mor bl.a. anført:

> "1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …
> Vi spurgte vores sundhedsforsikring om hjælp til vores søn … på nu 11 år, han havde store problemer/vanskeligheder med at begå sig i skolen, han var på tidspunktet smidt ud af to skoler, vi stod med et barn uden en skole på det tidspunkt. Vi havde akut brug for en børnepsykiater med kendskab til udredning og behandling ADHD, Asperger m.m. evt. diagnose.
>
> 2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
> Vi er uforstående over for Tryg at de ikke vil betale for [klagerens] behandling med medicin. Iflg. [psykiater]: Børn 1 del udredning, 2 del behandling. Skulle [klageren] sendes et nyt sted, ny psykiater - for medicinering? Er det rimeligt??? Vi har ikke følt os trygge ved Tryg, føler ikke de har forstået at dette er et barn ADHD!! Vi savner en god vejledning! og betaling af sidste faktura … og et afslutningsbrev."

Dertil har selskabet i brev af 20/6 2013 til nævnet bl.a. bemærket:

2. 84.492

"**Kort sagsfremstilling**
Forsikringsbetingelserne HFN-01
Vores kundes mor kontaktede os telefonisk den 4. november 2011 med anmodning om dækning af konsultationer hos psykiater, idet vores kundes søn - … - skulle udredes for ADHD. Vi sendte i den forbindelse et opstartsbrev til vores kunde og afventede herefter samtykke samt henvisning. Samtykke modtog vi den 21. december 2011, og henvisningen modtog vi den 1. februar 2012.

Sagen blev dermed anlagt på forsikringsbetingelserne HFN-01.

Den 8. februar 2012 sendte vi betalingsgaranti til psykiatriske konsultationer i op til 3 måneder hos en psykiater.

Følgende fremgår af betalingsgarantien:

> *Efter din læges henvisning dækker sundhedsforsikringen: psykiatriske konsultationer i op til 3 måneder hos en psykiater.*

…
[Klagerens] første samtale hos [psykiater] var den 20. februar 2012 og forsikringen dækkede derfor som udgangspunkt psykiatriske konsultationer frem til den 20. maj 2012.

Forsikringen var dog ophørt pr. 1. januar 2012, og med 3 måneders afløb var [klageren] kun berettiget til dækning frem til den 1. april 2012. Dette blev oplyst vores kunde.

I marts 2012 accepterede vores kunde dog tilbud på en ny sundhedsforsikring, hvilket betød, at [klagerens] anciennitet blev overført til den nye forsikring, og at der derfor var dækning som oprindeligt frem til den 20. maj 2012.

Vi har foreløbig betalt for 10 konsultationer hos [psykiater] i perioden den 20. februar 2012 til den 28. marts 2012, og vi er ikke bekendte med, at der har været flere behandlinger i 3 måneders perioden.

Den 30. august 2012 kontaktede vores kunde os, for dækning af yderligere behandling hos [psykiater]. Vi oplyste i den forbindelse, at der ikke var yderligere dækning af psykiatriske behandlinger, idet forsikringen kun dækkede psykiatrisk behandling i op til 3 måneder.

Ved mail af 8. april 2013 modtog vi, trods ovennævnte oplysning til vores kunde, en faktura på 5 konsultationer hos [psykiater] i perioden 21. september 2012 til 16. november 2012. Denne afviste vi betaling af.

Forsikringen har en begrænsning i sin dækning på behandling hos psykiater. Hvorvidt der er tale om udredning, behandling eller konsultationer hos forskellige psykiatere er ikke afgørende, idet der er en begrænsning i dækningen på 3 måneders behandling/konsultationer.

Ny sundhedsforsikring - 0906
I forbindelse med accept af den nye sundhedsforsikring, fik vores kunde nye forsikringsbetingelser. Den nye sundhedsforsikring trådte i kraft med tilbagevirkende kraft pr. 1. januar 2012 (hvor den gamle ophørte). Idet der ikke var noget 'slip' mellem forsikringerne, overførte kunden sin anciennitet fra 1. marts 2007 fra sin gamle forsikring til sin nye forsikring.

Følgende fremgår af de nye forsikringsbetingelsers pkt. 3.1.13:

Pkt. 3.1.13 Psykiatrisk behandling
Forsikringen dækker lægeordineret psykiatrisk konsultation.
Vi dækker op til 12 konsultationer hos psykiater pr. sygdom eller skade. Vi dækker dog altid højst 12 konsultationer i en periode på 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling, uanset antal af sygdomme eller skader.

Ved psykiatrisk behandling dækker forsikringen psykiatrisk behandling i form af 12 konsultationer hos en psykiater pr. sygdom eller skade.

Denne forsikring har således ej heller et ubegrænset antal behandlinger hos en psykiater, men er begrænset med 12 behandlinger pr. sygdom eller skade. Hvorvidt der er tale om udredning eller behandling er ikke afgørende, idet maksimum antal behandlinger pr. sygdom eller skade er 12 behandlinger.

Forholdet er anmeldt på forsikringsbetingelserne HFN-01, hvor der er en begrænsning på 3 måneders dækning. Derfor er forholdet omfattet af dækningen på HFN-01. Dog har vi besluttet at dække yderligere 2 behandlinger, så [klagerens søn] også i overensstemmelse med de nye forsikringsbetingelser - 0906 - har modtaget dækning for maksimum 12 behandlinger.

Vi vil derfor overføre 3.629,16 kr. (9.072,90/5) plus renter i dag til vores kunde. Renter er beregnet fra og med den 22. april 2013 til og med den 25. juni 2013, hvilket udgør 52,08 kr. I alt vil vi overføre 3.641,24 kr. til vores kunde.

Slutteligt skal jeg for god ordens skyld oplyse, at sundhedsforsikringen ikke er en akut forsikring.

På baggrund af ovenstående fastholder jeg, at vi ikke kan tilbyde dækning af yderligere psykiatriske konsultationer til [klageren] end det nu udbetalte."

Af klagerens tidligere forsikringsbetingelser fremgår bl.a.:

"**2 Erstatning**
Forsikringen dækker *rimelige og almindelige udgifter* til:
…
2.14
Lægeordineret psykiatrisk konsultation med henblik på behandling i op til 3 måneder."

Af klagerens nuværende forsikringsbetingelser fremgår bl.a.:

"**3. Grunddækning**

3.1 Sygdom og følger af skade
I forbindelse med behandling af sygdom og føler af, at du er kommet til skade, dækker vi dine udgifter til undersøgelser, behandlinger, medicin samt ophold og forplejning på privathospital/privatklinik, som beskrevet i de følgende punkter.
…
3.1.13 Psykiatrisk behandling
Forsikringen dækker lægeordineret psykiatrisk konsultation.

4. 84.492

Vi dækker op til 12 konsultationer hos psykiater pr. sygdom eller skade. Vi dækker dog altid højst 12 konsultationer i en periode på 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling, uanset antal af sygdomme eller skader."

Nævnet udtaler:

Ifølge de tidligere gældende forsikringsbetingelser har forsikrede ret til dækning af psykiatrisk behandling i op til 3 måneder, og ifølge de nugældende betingelser har han ret til dækning af op til 12 konsultationer.

Som sagen er oplyst, finder nævnet som ubestridt at kunne lægge til grund, at selskabet har dækket alle udgifter til klagerens behandlinger i perioden fra den 20/2 til den 20/5 2012. På denne baggrund, og henset til at selskabet i overensstemmelse med klagerens nuværende forsikringsbetingelser har anerkendt at dække yderligere 2 behandlinger, og da klageren dermed har opnået dækning i henhold til begge forsikringsbetingelser, finder nævnet ikke at kunne kritisere selskabets afgørelse. Det forhold, at klagerens psykiatriske behandling ikke var afsluttet efter 3 måneder/12 konsultationer, kan ikke føre til et andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen

Udskriftens rigtighed bekræftes

Kim Sparlund