Ankenævnet for Forsikring

Den 18. februar 2015 blev i sag nr. 86352:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Europæiske Rejseforsikring A/S
Frederiksberg Alle 3
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har en international sundhedsforsikring i Europæiske Rejseforsikring A/S. Hun klager over, at selskabet har afvist at fjerne et præmietillæg på hendes forsikring. Hun klager også over selskabets præmiestigninger, og hun kræver, at selskabet friholder hende for de forøgede omkostninger, der er forbundet med, at hun har været nødt til at tegne en ny forsikring i et andet selskab.

Selskabet har anført, at præmietillægget ikke vil blive fjernet, da dette er begrundet i en øget risiko for udgifter til kontrolbesøg og undersøgelser som følge af klagerens forhistorie med knuder i brystet. Selskabet har videre anført, at præmiestigningerne er sket i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne og har været ens for alle i den forsikringsgruppe, som klageren tilhørte. Selskabet har anført, at præmiestigningerne har været nødvendige bl.a. grundet medicinsk inflation og skadeudviklingen.

I klageskemaet af 15/6 2014 fremgår det bl.a.:

> "I took out an insurance policy with Nordic Health Care in February 2011. At the time, I was made to pay a 50% loading on top of the normal premium due to the fact I had had tests done for breast examinations which had returned benign results. Nordic also refused to insure me for Cervical Dysplasia as I had had testing done for the HPV virus. I was told that after a 3-year moratorium the situation would be re-assessed.
>
> On renewal of my insurance, I provided medical reports confirming that the 3-year moratorium period had been trouble free. Letters attached.

However, Nordic has said that they will not remove the loading for breast tumours despite the letter from my Consultant Dr … l stating that I 'have no particular risk factors for breast cancer'. Moreover, the Consultant advised I don't need to carry out annual screening but agreed to carry it out for me if I wish.

I strongly object to Nordic's position. They imposed a 50% surcharge for three years to cover me for `tumours of the breast' and now despite a three-year trouble free period and confirmation from my specialist that I have `no particular risk factors for breast cancer', they refuse to remove the loading.

In addition to that, when I signed up in 2011 with Nordic I was informed by the insurance broker, Pacific Prime: 'if you were to take a Nordic plan - your premium will stay in the age bracket you initially took the plan out at, for as long as you stay on the plan. So for example in your case, you will stay in the 30-34 age bracket for life. The only increase you will have is medical inflation going forward. So although the premiums are slightly higher than some of the other insurers on the initial quote, going forward you will **not have huge premium increases** and will save money in the long run.'

Despite this, Nordic's insurance premiums have increased significantly each year to the point that this year it has now become extortive:
- 2011: $5,264
- 2012: $5,743.50
- 2013: $6,605.20
- **2014: $10,131.44 (53.4% increase from last year)**

I signed up with Nordic in 2011 under the impression that my insurance premiums would not go up significantly each year (92.4% increase since 2011). In fact, I was led to believe that after a three-year moratorium, the surcharge would be removed if no breast conditions had developed reducing my premium.

2. What specifically is it you want the insurance company to do? (must be filled in).

I would like to be reimbursed the 50% surcharge which I paid for three years for tumours of the breast. I paid this with the expectation that a specialist's affirmation of no increase risk of breast tumours would allow removal of this surcharge. Clearly, I've been misled even after submitting such proof.

I would like to be made whole for the increased cost I have to bear for having now to be re-underwritten at an older age and with a new insurer - solely because Nordic has decided to implement a prohibitive price increase of 53% since last year and 92% since 2011.

I would also like a review of Nordic's practices both with regard to the way they make exclusions for cover and with regard to increases in their insurance premiums."

Selskabet har i svar af 18/7 2014 bl.a. gjort gældende:

"**Sagsforløb:**

Klager tegnede pr. februar 2011 en international, privat sundhedsforsikring '*NHC Global Private'* hos '*Nordic Health Care'* som er ERV's brand for den del af ERV's forretning som beskæftiger sig med internationale sundhedsforsikringsprodukter. Forsikringsperioden løber et år ad gangen og forsikringen er løbende blevet fornyet, indtil februar 2014 hvorfra policen 3.

april 2014 er blevet lukket af ERV pga. Klagers manglende betaling efter ERV's fremsendelse af 2 rykkere. Klager har således pr. 1. februar 2014 ikke længere været forsikret hos Europæiske Rejseforsikring.
...
En international sygeforsikring som Klagers er blevet formidlet via en mægler/agent Pacific Prime (herefter kaldet 'Mægler') som ligeledes fungerer som kontaktperson for Klager og ERV og er således mellemled i kommunikationen mellem Klager og ERV.

Nedenfor vil ERV kort opridse de punkter i sagsforløbet der efter ERV's opfattelse har betydning i relation til Klagers anke:

Ultimo 2010: Klager får via kontakt med Mægler præsenteret NHC Global Private produktet ved en samtidig præsentation af andre internationale sundhedsforsikringsprodukter som det ses i Klagers vedlagte mail fra december 2010.

Ved tegning af en privat sundhedsforsikring som Klagers, som er uopsigelig fra ERV's side, dvs. som Klager kan vælge at forny så længe Klager måtte ønske det, foretager ERV ved tegningen en risikovurdering af pågældende kunde baseret på bl.a. kundens medicinske historik.

ERV gør opmærksom på, at vi ikke har øvrige tegningsregler udover forsikringsbetingelserne. ERV er som forsikringsselskab nødt til at kende risikoen eller foretage en vurdering af den eventuelle risiko, ved at indgå i en forsikringsrelation med forsikringstager og især ved indgåelse af en forsikringsaftale som er uopsigelig fra ERV's side. Ved en kundes anmodning om forsikring vurderer ERV's medicinske team den medsendte helbredserklæring med henblik på eventuelt at forsikre udgifter til en eksisterende lidelse eller en forøget risiko for udvikling af en lidelse, mod forhøjet præmie eller helt at ekskludere lidelsen. Den medicinske vurdering er individuel og foretages på baggrund af de oplysninger kunden sender.

Pga. Klagers medicinske historik ved tegningstidspunktet blev der pålagt et præmietillæg til policen på USD 1600 for *'coverage of hospitalization and outpatient consultations/examinations related to tumors of the breast'* samt en undtagelse for dækning på policen for '*hospitalization and outpatient consultations, examinations and medication related to cervical dysplasia'.*

Januar 2014: Klager udbeder via Mægler, sig en revurdering af baggrunden for præmietillægget og en fornyet stillingtagen til eksklusionen på policen. ERV meddeler Mægler at såfremt der skal foretages en revurdering udbedes opdaterede oplysninger vedr. begge tilstande og det påpeges samtidig fra ERV at chancen for at præmietillægget og/eller eksklusionen fjernes må forventes at være minimal uanset at der fremsendes fornyede helbredsoplysninger.

Februar 2014: ERV's medicinske team foretager revurdering på baggrund af de indsendte, opdaterede oplysninger modtaget fra Klager. Præmietillægget fastholdes da ERV vurderer der uændret vil være behov for kontrolbesøg inkl. scanninger. Eksklusionen fastholdes ligeledes da de indsendte oplysninger om Klagers tilstand vedr. '*cervical dysplasia'* ikke er tilstrækkeligt opdaterede.
...
Vedr. præmietillæg og eksklusion på policen:

Uanset at Klagers egen læge vurderer at der ikke pt. er en forhøjet risiko for udvikling af tumorer, fastholder ERV's medicinske team der består af danske læger og sygeplejersker, at

der ved tidligere fremkomst af tumorer uanset disse har været benigne eller maligne, er en forøget risiko for at der på ny kan opstå tumorer og at der fortsat vil være et løbende behov for Klager at gå til ultralydsscanninger, undersøgelser og kontrolbesøg pga. Klagers medicinske historik - udgifter som vil skulle dækkes af Klagers sundhedsforsikring i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne og eventuelle klausuler på Klagers police. Præmietillægget blev ikke pålagt ud fra en forventning om at Klager ville udvikle kræft men pålagt ud fra en forventelig risiko for løbende udgifter til undersøgelser og kontrolbesøg. ERV fastholder derfor at der fortsat er et behov for præmietillægget på policen.

Uanset at Klager har haft en problemfri periode som Klager formulerer det i sin mail af fastholder vi således stadig at risikoen der ved policens tegning udgjorde årsagen til præmietillægget stadig eksisterer.

Præmietillægget udgjorde i 2012 USD 1.680 ud af en samlet præmie på USD 5.743,50 og i 2013 udgjorde præmietillægget USD 1.932 ud af en samlet præmie på USD 6.605,02. Det er således ikke korrekt når Klager i sin anke gentagne gange nævner at ERV har pålagt 50 % i præmietillæg pga. forventede udgifter relateret til '*tumors of the breast'.*
...
Klager nævner i sin anke at Klager '*...was told that after a 3-year moratorium the situation would be reassessed'.* Det vides ikke om Klager har fået dette indtryk ud fra sin korrespondance med Mægler eller om Klager er af den overbevisning at der foreligger en dialog med ERV der kan have givet Klager denne forventning. Uanset hvorfra Klager måtte have fået dette indtryk, må ERV fastholde at muligheden for en revurdering efter en 3-årig periode på ingen måde kan sidestilles med en forventning eller et tilsagn om at præmietillægget og/eller eksklusionen dermed ville frafalde såfremt Klager i den periode ikke oplevede helbredsmæssige problemer eller havde udgifter '*related to tumors of the breast'* og/eller '*related to cervical dysplasia'.*
...
Vedr. Præmiestigninger
De varslede og gennemførte præmiestigninger, som også inkluderer den årlige 5 % regulering, er baseret på den øgede medicinske inflation og den samlede skadeshistorik og skadesudvikling for den forsikringsgruppe Klagers sundhedsforsikringsprodukt tilhører og sker i overensstemmelse med de for forsikringen gældende betingelser. Der er derfor sket præmiestigninger for samtlige kunder i denne forsikringsgruppe, i henhold til den enkelte kundes pågældende forsikringsbetingelser. Vi henviser til betingelsesnummer 250, *chapter 1, 'Preliminary provisions', section 1.8 'Adjustment of premiums and sums insured'* hvoraf det fremgår at Europæiske til hovedforfald kan forhøje forsikringspræmien med en højere procentsats end den faste 5 % årlige præmiejustering, '*if necessary'.*

ERV har således i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne hævet Klagers præmie på baggrund af medicinsk inflation samt skadehistorikken for den forsikringsportefølje som klagers produkt er en del af. Denne stigning omfatter således alle ERV's Nordic Health Care forsikringstagere og ikke kun klagers og stigningen er ikke baseret på klagers individuelle skadeshistorik men for den samlede portefølje.
...
Det er kundens ansvar at læse forsikringsbetingelserne igennem ved modtagelsen for at danne sig et overblik over den forsikringsaftale der er indgået. Man har netop derfor også muligheden for at fortryde aftalen og/eller købet af forsikringen, hvis man ikke ønsker forsikringen på de betingelser ERV er i sin ret til at fastsætte. Vi må derfor fastholde, at Klagers modtagelse af forsikringsbetingelserne havde mulighed for at gøre sig bekendt med ERV's mulighed for forhøjelser af præmien.

Klager henviser til den korrespondance der har været mellem Klager og Mægler tilbage i 2010/2011 da forsikringen blev tegnet. Mægler beskriver strukturen ved ERV's tegning af NHC produktet hvor kunden forbliver i den aldersgruppe kunden er i på tegningstidspunktet. Den varslede præmiestigning gennemføres som nævnt for samtlige kunder i porteføljen og er ikke baseret på hverken den enkelte kundes alder eller skadeshistorik men på den samlede skadeshistorik for forsikringsporteføljen. Klager bliver således stadig i den samme aldersgruppe uanset at præmien justeres. Mægler nævner ligeledes præmieforhøjelse pga. '*medical inflation'* som er fastsat i forsikringsbetingelser under pkt. 1.8 ved en årlig 5 % regulering af præmien. Som det står skrevet i betingelserne og som nævnt ovenfor, er ERV berettiget til at forhøje forsikringspræmien *'if necessary'.* At det i den tidligere mailkorrespondance mellem Klager og Mægler nævnes at præmien alene vil blive justeret pga. medicinsk inflation mener vi ikke med rimelig kan sidestilles med en garanti om at præmien, i policens fulde løbetid alene vil kunne blive forhøjet med medicinsk inflation. En sådan garanti er ej heller blevet lovet eller tildelt vores kunder, hverken i tilbudsgivning, markedsføringsmateriale, ansøgningsmateriale eller forsikringsbetingelser. Af gode grunde er det ej heller muligt eller hensigtsmæssigt at fremhæve samtlige punkter i forsikringsbetingelserne, ved en mailkorrespondance som den der har været mellem Klager og Mægler i 2011 vedrørende forsikringen.

At alene regulering pga. medicinsk inflation, er nævnt i den korrespondance mellem Mægler og Klager der har foreligget inden tegningen, mener vi ikke strider i mod Europæiskes ret til i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne, at varsle forhøjelse af præmien ud over den årlige 5 % indeksregulering, ej heller at dette kan fortolkes som eller sidestilles med tilsagn på særlige vilkår for den pågældende forsikringsaftale, udover de eller i strid med de vilkår der er fastsat i forsikringsbetingelserne.

ERV fastholder således ud fra ovenstående at præmieforhøjelserne for Klagers forsikring, er og har været i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne og at den information Klager fik vedrørende forsikringsproduktet via mailkorrespondance med Mægler i 2011 ikke strider herimod eller kan føre til andet resultat.

ERV gør desuden opmærksom på muligheden for Klager at tegne sundhedsforsikring hos BUPA uden at skulle afgive nye helbredsoplysninger, dvs. Klager har mulighed for at fortsætte på en ny sundhedsforsikring uden at der foretages ny medical underwriting ved flytningen til BUPA. Klager har bedt ERV om yderligere information vedrørende denne mulighed."

I mailkorrespondance med klageren oplyste forsikringsmægleren den 1/12 2010 bl.a.:

"**BUPA** also offer very good maternity benefits with additional in and outpatient limits. They offer the best claims payment ratio and a very efficient service. Nordic provides high maternity cover and do not increase adult plans with age. So if you were to take a Nordic plan - your premium will stay in the age bracket you initially took the plan out at, for as long as you stay on the plan. So for example in your case, you will stay in the 30-34 age bracket for life. The only increase you will have is medical inflation going forward. So although the premiums are slightly higher than some of the other insurers on the initial quote, going forward you will not have huge premium increases and will save money in the long run."

I erklæring af 30/7 2014 fra klagerens brystkirurg fremgår det bl.a.:

"Since 2006 she has had yearly breast checks with clinical examination and ultrasound. She has florid benign breast changes with microcystic changes and possible fibroadenomata in both breasts. She had breast biopsies in the past.

> She has no particular risk factors for breast cancer (maternal grandmother late 70's early 80's alive and well/paternal aunt).
> …
> On examination she is a very slim healthy looking woman whose breasts are dense and nodular particularly in the upper outer quadrants however there is nothing focal or discrete in either breast and there is no lymphadenopathy (P2). We had a talk today about some of the screening uncertainties in young woman, in particular the value of breast screening with ultrasound. [Klageren] finds breast awareness and self-breast assessment difficult which is understandable in view of her nodularity. I have arranged for her to have a breast ultrasound tater this morning and will update you with the results."

I forsikringsbetingelserne hedder det bl.a.:

> "1.8 Adjustment of premiums and sums insured
>
> Adjustments of premiums and sums insured are effected annually the *anniversary date of the insurance.* Premiums shall adjusted by a standard rate of 5%, but the Company can also adjust the premium to a higher percentage if necessary.
>
> The overall sums insured for the covers Platinum, Gold, Silver, Hospital Plan, Extended dental, Standard dental. Personal accident and Funeral shall de adjusted by standard rate of 5%."

Nævnet udtaler

Klageren tegnede i februar 2011 en sundhedsforsikring, der var uopsigelig fra selskabets side. Som følge af knudedannelse i brysterne blev præmien fastsat med et særligt risikotillæg.

Præmietillæg

Klageren har anført, at hun havde en forventning om, at præmietillægget ville blive fjernet efter 3 år, såfremt der ikke havde været problemer. Hun har fremlagt en erklæring fra sin læge, hvoraf fremgår, at han vurderer, at hun ingen særlige risikofaktorer har i relation til at udvikle brystkræft.

Selskabet har afvist at fjerne præmietillægget og henviser til, at der blandt andet fortsat er forøget risiko for undersøgelsesudgifter.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet det ikke bevist, at selskabet eller mægleren har givet klageren tilsagn om, at præmietillægget ville blive fjernet efter en 3-årig

problemfri periode. Nævnet finder videre ikke grundlag for at kritisere, at selskabet på det foreliggende grundlag har opkrævet præmietillægget. På denne baggrund kan nævnet ikke pålægge selskabet at tilbagebetale præmietillægget helt eller delvis.

Præmiestigning

Det fremgår af sagen, at klagerens præmie var på 5.264 USD, da hun tegnede forsikringen i 2011. I 2012 steg præmien til 5.743,50 USD, i 2013 var den 6.605,50 USD og i 2014 blev præmien forhøjet til 10.131,44 USD.

Præmien på klagerens forsikring er alle årene steget med en sats på mere end 5 %, som er den årlige ordinære regulering i henhold til forsikringsbetingelserne. Forsikringen er uopsigelig fra selskabets side, men selskabet har ret til at lade præmien stige med mere end den årlige regulering, hvis dette er nødvendigt. Det fremgår ikke af forsikringen, hvilke forhold, der berettiger sådanne "nødvendige" præmiestigninger.

Selskabet har anført, at præmiestigningerne er fastsat på baggrund af den medicinske inflation og forsikringsgruppens samlede skadeshistorik.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet det kritisabelt, at selskabet alene i generelle vendinger har redegjort for, at det har været nødvendigt gennem alle årene at hæve præmien ud over de ordinære præmiestigninger på 5 %.

Nævnet har særligt fundet anledning til at overveje, om den meget store præmiestigning i 2014 er hjemlet i forsikringsaftalen. Imidlertid fremgår det af sagen, at forsikringen for klagerens vedkommende pr. 1/2 2014 er udgået på grund af hendes præmierestance, hvorfor nævnet ikke har fundet anledning til at afgøre spørgsmålet. Nævnet har ikke fundet tilstrækkeligt grundlag for at pålægge selskabet at tilbagebetale præmie i øvrigt.

Klageren har i klageskemaet endvidere fremsat krav om, at selskabet skal erstatte omkostninger forbundet med, at hun har været nødt til at tegne en ny forsikring i et andet selskab, hvor hun er blevet indplaceret i dyrere forsikringsgruppe som følge af hendes alder. Det fremgår imidlertid ikke af sagen, at klageren er påført et økonomisk tab ved

tegningen af sin nye sundhedsforsikring. Allerede fordi klageren ikke har bevist, at hun har lidt et økonomisk tab, finder nævnet ikke grundlag for at pålægge selskabet at yde erstatning eller kompensation i forbindelse med, at klageren har tegnet en ny sundheds-forsikring i et andet selskab.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels