Ankenævnet for Forsikring

Den 17. maj 2017 blev i sag nr. 90065:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Global Dental Insurance A/S
v/Dansk Tandforsikring
Jægersborg Allé 14
2920 Charlottenlund

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har tandforsikring hos Global Dental Insurance A/S v/Dansk Tandforsikring. Hun klager ved sin ægtefælle over, at selskabet har afvist at dække kronebehandling af tanden 5-. Hun klager endvidere over, at selskabet i brev af 1/12 2014 varslede ændringer af forsikringsbetingelserne, der ifølge klageren betød en væsentlig ændring i dækningsomfanget, uden at tydeliggøre ændringerne.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til forsikringsbetingelsernes punkt 6.2 og 6.4, da tanden 5- var rodbehandlet og svækket inden tegningen af forsikringen. Selskabet har endvidere anført, at ændringerne i forsikringsbetingelserne er lovligt varslet, og at de varslede og indførte ændringer ikke har medført nogen skærpelse af dækningsomfanget.

I bilag vedlagt klagen til nævnet af 6/11 2016 har klageren bl.a. anført følgende:

> "Jeg vil hermed klage over Dansk Tandforsikring som har lavet en ændring i forsikringsforholdet, som betyder en meget væsentlig ændring af dækningsområdet for rigtigt mange nuværende kunder over 50 år, uden at dette er tydeliggjort over for kunderne, tværtimod har de fokuseret på nogle for mig at se meget mindre ændringer.
>
> Vi tilmeldte os denne forsikring, og da vi gjorde dette, var forudsætningen, at man skulle have gået regelmæssigt til tandlæge i 3 år, dette havde vi gjort i langt over 20 år. Selskabet kunne selvfølgelig bede om journalen fra tandlægen og på basis af journalen vurdere,

om de ville tegne forsikringen. Selskabet valgte at tegne forsikringen for både min kone og mig uden forbehold efter vedhæftede forsikringsbetingelser version 2.1.

Min kone var til tandlæge. Da en større del af en plumpe i en rodbehandlet tand var gået i stykker foreslog tandlægen af sætte en krone på denne tand, dette blev gjort, i følge tandlægens råd. Da vi sendte kvitteringerne til tandforsikringen blev disse afvist med henvisning til forsikrings betingelse version 2.2. Se vedhæftede mail der startede en længere korrespondance.

Forsikringsbetingelserne blev ændret ved at udsende vedhæftede skrivelse dateret 1.12.2014, det fremgår af denne skrivelse, at de væsentlige ændringer er en skærpelse af tandrensnings intervallet. Desuden skulle omlavningen af kroner og broer ske efter en gradueret skala. Afslutningsvis ville forsikringen blive overført til et andet selskab.

Det, man ikke gør opmærksom på, er at man har ændret punkt 6.2, hvor man nu foreskriver ikke, at ville dække områder i forsikredes tandsæt, som inden tegningen af forsikringen, er svækket som følge af store og/eller dybe fyldninger, rodbehandlinger, paradentose eller andre sygdomme, skader eller tidligere behandlinger.

I forsikringsbetingelse version 2.1 stå der under punkt 6.2 det man ikke dækker, men der står også: Når de behandlingskrævende tilstande måtte være udbedret i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig anbefalinger vil eventuelt senere opståede og behandlingskrævende tilstande være fuldt dækket af tandforsikringen.

Dette nye punkt 6.2 i forsikringsbetingelse version 2.2 er en væsentlig skærpelse af det oprindelige krav, som var, at man skulle have gået regelmæssigt til tandlæge i 3 år. Realistisk set tror jeg ikke, der er mange danskere over 50 år der kan få hele deres tandsæt forsikret efter indførsel af punkt 6.2 selvom de har gået regelmæssigt til tandlæge, og derfor skulle dette være nævnt i skrivelsen dateret den 1.12.2014. Jeg mener derfor, at version 2.2 er indført på et forkert grundlag, og derfor er ugyldig, og at alle sager skal håndteres efter version 2.1."

Hertil har selskabet i brev af 22/12 2016 til nævnet bl.a. bemærket:

"**1. DT's overordnede indstilling**

A. DT mener, at alle ændringer og præciseringer i forsikringsbetingelserne er lovligt varslet og at de punkter, der er nævnt i følgebrevet af 1.12.2014 er de væsentligste af disse. Den passus, som [klageren] henviser til er fjernet:

'Når ovennævnte tilstande er fuldt og optimalt behandlet og udbedret i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig anbefaling, vil eventuelt senere opståede og behandlingskrævende tilstande være fuldt dækket af tandforsikringen. Udbedring of sådanne tilstande skal være dokumenteret ved tandlægejournal, røntgenbilleder m. v.'

er ikke fjernet. Den står i begge sæt forsikringsbetingelser, men er i version 2.2 flyttet til pkt. 6.4.

Det ser umiddelbart ud som om, at [klageren] har overset dette. Herudover er der i øvrigt ingen skærpelser overhovedet i Forsikringsbetingelserne version 2.2 (i forhold til version 2.1).

B. Afvisningen af kronebehandlingen er i øvrigt gældende og relevant, både i henhold til forsikringsbetingelserne pkt. 6.4 i version 2.1 og forsikringsbetingelserne pkt. 6.7 i version 2.2. Den aktuelle sag var med andre ord blevet behandlet på fuldstændig samme vis uanset, hvilket sæt forsikringsbetingelser, der henvises til.

   Bestemmelsen i pkt. 4 om tandlægeeftersyn, som [klageren] også nævner, er udelukkende et krav for, at DT kan rekvirere tandlægejournal mv. til vurdering af den enkelte skades dækningsberettigelse iht. pkt. 6.2 henholdsvis pkt. 6.4. I henhold til Forsikringsbetingelserne, har det aldrig været således, at dokumentation for tandlægeeftersyn de seneste 2 (eller 3) år automatisk giver dækningsberettigelse. Hverken i forhold til Forsikringsbetingelserne version 2.1 eller 2.2.

C. [Klageren] angiver også i klageskemaet, at han har tegnet en Tandsikring Plus police, men realiteten er, at der er tale om, at såvel [klageren] som hans hustru har tegnet en SMIL Tandforsikring.

På baggrund af ovennævnte, synes der at være en lang række af misforståelser, og DT stiller sig derfor tvivlende overfor om grundlaget/forudsætningerne for klagen overhovedet er til stede.

2. DT's resumé af sagen

[Klageren] og hans kone … (..) tegner en SMIL forsikring hos DT d. 28.07.14.

D. 10.12.14 sender DT en mail med information, der kort beskriver nogle ændringer i forsikringsbetingelserne, som vil have effekt ved fornyelsen af forsikringen i 2015. Der er vedhæftet i denne mail en oversigt over de væsentlige ændringer i forsikringsbetingelserne (se bilag 1).

D. 19.04.15 Sender DT en mail til de forsikrede om, at forsikringen fornyes om 100 dage.

D. 30.06.15 Policen for det nye forsikringsår sendes ud per mail og der linkes til de nye forsikringsbetingelser.

D. 28.07.15 Går forsikringen ind i et nyt forsikringsår.

D. 12.03.16 sender [klageren] regninger vedrørende ham selv og hans kone ind.

DT rekvirerer journalmateriale på [klagerens hustru] (..) fra hendes tandlæge, hvilket vi modtager d. 15.03.16. Med henvisning til det modtagne materiale, afviser DT at dække [klagerens hustrus] krone på tanden 5-, da tanden var rodbehandlet og med en omfattende fyldning på flere af tandens flader inden [klagerens hustru] tegnede forsikringen hos DT. Med afvisningen henvises der til forsikringsbetingelserne pkt. 6.2 og 6.4.

Den 15. maj opsiges både [klagerens] og [klagerens hustrus] forsikring med henvisning til utilfredshed med, at DT har afvist at dække kronebehandling på 5- for [klagerens hustru].

Den 22. december 2016 modtager DT den aktuelle Ankenævnssag, hvor [klageren] klager over (DT's egen tolkning), at

A. der er indført skærpelser af forsikringsbetingelserne i version 2.2, som ikke er nævnt i følgebrev af 1.12.2014

B. [Klagerens hustrus] krone på tanden 5- ikke er dækket iht. Forsikringsbetingelserne pkt. 6.2 og 6.4.

3. DT's faglige begrundelse for afgørelsen

Vedrørende A

Under pkt. 1 har DT gjort rede for, at A er ukorrekt. Der er ingen skærpelser af Forsikringsbetingelserne version 2.2 i forhold til version 2.1 - ud over, hvad der er nævnt i følgebrev af 1.12.2014.

Varslingen er desuden gyldigt varslet - og i [klagerens] og [klagerens hustrus] tilfælde tillige med over 8 måneder til fornyelse af forsikringerne! I henhold til Forsikringsbetingelserne version 2.1, er minimumsvarsel 3 måneder.

Vedrørende B

Årsagen til afvisningen af at dække kronebehandling af 5-, er, at tanden var rodbehandlet og svækket inden tegning af forsikringen 28.07.2014. Denne undtagelsesbestemmelses fremgår af Forsikringsbetingelserne pkt. 6.2. I øvrigt uanset, om man læser i version 2.1 eller 2.2. Vi skriver således den 17.03.2016 følgende mail til [klagerens hustru]:

'Kære …

Desværre må vi meddele dig, at der ikke kan ske udbetaling fra forsikringen.

Begrundelsen for dette er:
Behandlingen af tanden 5- er desværre ikke dækket, da tanden vurderes til at have været en betydelig svækket tand inden tegningstidspunktet. Tanden var rodfyldt og med en omfattende fyldning på flere af tandens flader. Behandlingen er dermed ikke dækket jvf. forsikringsbetingelserne pkt. 6.2 og 6.4.

Hvis du har spørgsmål, er du naturligvis velkommen til at kontakte os på 70 20 46 47."

Heroverfor har klageren i brev af 22/1 2017 nævnet bl.a. anført:

"Jeg mener forsat at Dansk Tandforsikring (DT) har lavet væsentlige ændringer for deres kunder over 50 år i den nye forsikrings version 2.2 og derfor fastholder jeg min klage.
I nedestående har jeg fremhævet med gult de ændringer der er grundlaget for min klage.

Nedestående punkter viser det som forsikringer ikke dækker

Dansk Tandforsikring
Forsikringsbestemmelser for GO og SMIL tandforsikring samt gruppeforsikring Version 2.1

6.2 Bestående sygdom eller skade på tegningstidspunktet

Alle sygdomme samt behandlingskrævende tilstande i tandsættet og skader på forsikredes tænder og mund, som er opstået inden tegning af tandforsikringen vil ikke være dækket herunder:

- **Fyldninger, der er så store og/eller dybe, at de udgør en forhøjet risiko for fraktur (brud)**
- Forhold vedrørende forsikredes tandsæt, som forsikrede, har kendskab til, eller burde have kendskab til, og som er behandlingskrævende.
- Behandlingskrævende tilstande som er diagnosticeret og journaliseret (f.eks. rodbehandlede tænder).
- Anbefalede og nødvendige behandlinger, som forsikrede, har undladt at få udført og som efterfølgende kræver behandling.
- Forværringer og følger af tilstande, hvor der ikke er foretaget den nødvendige behandling.

Når de behandlingskrævende tilstande måtte være udbedret i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig anbefaling vil eventuelt senere opståede og behandlingskrævende tilstande være fuldt dækket af tandforsikringen. Udbedring af sådanne tilstande skal være dokumenteret ved tandlægejournal, røntgenbilleder m.v.

Min opfattelse er at min tandlæge altid arbejder iht. optimal tandlægelige fagligt og som det fremgår af sagen er dette dokumenteret med tandlæge journal og røntgenbilleder
Iht ovenstående mener jeg at den tandbehandling som min kone har fået skulle være dækket!

Dansk Tandforsikring
Forsikringsbestemmelser for GO og SMIL tandforsikring samt gruppeforsikring Version 2.2

6.2 Svækket tandsæt
Områder i forsikredes tandsæt, som inden tegning af forsikringen, **er svækket som følge af store og/eller dybe fyldninger**, rodbehandling, paradentose eller andre sygdomme, skader eller tidligere behandlinger.

6.4 Bestående sygdom eller skade på tegningstidspunktet Alle sygdomme og skader i forsikredes tandsæt, som er opstået inden tegning af tandforsikringen, vil ikke være dækket herunder: Forhold vedrørende forsikredes tandsæt, som forsikrede har kendskab til eller burde have kendskab til, og som er behandlingskrævende. Behandlingskrævende tilstande, som er diagnosticeret og journaliseret (f.eks. **rodbehandlede tænder, der ikke er kronede**). Anbefalede og nødvendige behandlinger, som forsikrede har undladt at få udført, og som efterfølgende kræver behandling. Forværringer og følger af tilstande, hvor der ikke er foretaget den nødvendige behandling. Dette omfatter f.eks. situationer, hvor der ikke er foretaget sufficient behandling af cariesangreb. Når ovennævnte tilstande er fuldt og optimalt behandlet og udbedret i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig anbefaling, vil eventuelt senere opståede og behandlingskrævende tilstande være fuldt dækket af tandforsikringen. Udbedring af sådanne tilstande skal være dokumenteret ved tandlægejournal, røntgenbilleder m.v.

I ovenstående nye version 2.2 ses at rodbehandlede tænder åbenbart er behandlings krævende hvis de ikke er kronet og dette er en væsentlig skærpelse iht kravet i version 2.1, hvor en rodbehandling skal behandles optimal tandlægefaglig og vil derefter være dækket.
Som det fremgår af ovenstående er jeg ikke enig i DT's overordnede indstilling punkt A og B, men det er korrekt at vi har tegnet en SMIL tandforsikring. Jeg forstår desuden ikke henvisning i punkt B til punkt 6.7 da der på denne tand ikke er foretaget protetisk arbejde

(kroner, broer, implantater) På baggrund af ovennævnte vil det være relevant at få ankenævnets vurdering af denne sag."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder klagerens hustrus tandlægejournal. Af tandlægejournalen fremgår det bl.a.:

2/11/2006	SH	RTG 5-. Apical opklaring. Diagnose: Parodontitis apicalis
	SH	Pulpaextirpation 5- c. Foreløbigt rodmål: 22. Central kanal: ER: 22 Filnr.: 40. Filtype: K-flex. Skyllet med Chlorhexidin Ilagt: Kamferklorfenol Diagnose: Parodontis apicalis chronica.
	SH	Cavit 5- 1.
	SH	RTG -5. vital uden kulde / varme symptomer. Aflastet OBS.
9/11/2006	SH	Diverse behandlinger. 5- Skylning med klorhexidin, ilagt kamferfenol og Cavit G.
28/11/2006	SH	Rodfyldning 5- c. Central kanal: ER: 22 Filnr.: 40. Filtype: K-flex. Skyllet med Chlorhexidin Fyldt med N2 nomal.
	SH	Amalgamfyldning 5- flade 1. Grundet rodbehandling. .
	SH	RTG 5-. Rodfyldning: Sufficient.
	SH	*SLUT*.
	SH	Regning. 64336

…

15/8/2007	SH	RTG -5. Apical opklaring. Diagnose: Parodontitis apicalis
	SH	Pulpaextirpation -5 c. Foreløbigt rodmål: 22. Filtype: K-flex-file. Skyllet med Chlorhexidin. KKF ilagt.
	SH	Cavit -5 1.

…

22/8/2007	SH	RTG -5. Foreløbigt rodmål: 22 = ER.
	SH	Seance -5 c. Endeligt rodmål central kanal: 22. Udrenset generelt til fil 40. Filtype: K-flex-file. Skyllet med Natriumhypochlorit. KKF ilagt. Jod jod kalium som desinfektion i kanalen..
	SH	Cavit -5 1.
11/9/2007	SH	Rodfyldning -5 c. Endeligt rodmål central kanal: 22. Filtype: K-flex-file. Skyllet med Chlorhexidin. N2 normal. Diagnose: Parodontis apicalis acuta.
	SH	RTG -5. Rodfyldning: Sufficient.
	SH	Amalgamfyldning -5 flade 1. Grundet rodbehandling. .

…

7. 90065

23/6/2015	SH	RTG 5-. Digital røntgenbillede/Digora. Stor tanddestruktion, Rodfyldning: Sufficient.
	SH	Rodstift 5- i c kanal(er). Titanstift Str. 1,3 (15 mm). cementeret med Panavia. i c kanal(er).
	SH	Plastfyldning 5- flade 1234. Grundet tabt fyldning.Bonding: Clearfil SE Bond. Plasttype: Tetric EvoCeram. Grundfarve: A3.

…

18/8/2015	SH	Glasionomerfyldning 6- flade 4g. Fyldt med Fuji Farve: C3 . Grundet sekundær caries..
	SH	Injektion 5-. Injektion lagt som infiltrations analgesi. Analgesitype og mængde: Scandonest/Adrenalin 1,7 ml.
	SH	Præparation 5-. Præpareret til MK. Pocheudpakning med expasyl. Aftryk taget i Engangs plastic aftryksske Aftryksmateriale: Impregum F, Optosil. . Farvevalg: SB 3. Provisorium: Aluhætte med Nobetec.

…

25/8/2015	SH	MK-krone 5-. cementeret med Fuji +. Pt. godkender farve og form. Pt er informeret om risiko for senere rodbehandling.
	SH	*SLUT*.

Af selskabets brev af 1/12 2014 til klageren fremgår det bl.a.:

"Vi skriver til dig, fordi vi ønsker at fortælle om to forestående tiltag, som har betydning for din tandforsikring:

1. Vi ændrer forsikringsbetingelserne for Gruppe-, SMIL- og GO-tandforsikringen
2. Vi foretager skift af afdækkende forsikringsselskab fra [selskab 1] A/S til Global Dental Insurance A/S i forbindelse med fornyelsen af din forsikring

Oversigt over de væsentligste ændringer i forsikringsbetingelserne:

	Nuværende betingelser	Nye betingelser
Kliniske undersøgelser (undersøgelse og tandrensning)	Pkt. 5 Der godkendes maksimalt 2 undersøgelser/tandrensninger for forsikrede under 40 år og maksimalt 4 undersøgelser/tand-rensninger for forsikrede på 40 år og opefter	Pkt. 5 **Skærpelse**: Der godkendes maksimalt 2 undersøgelser og tandrensninger pr. år for alle forsikrede – uanset alder
Protetisk arbejde (kroner, broer m.v.)	Pkt. 6.4 Behov for protetisk behandling (kroner, broer m.v.) opstået efter forsikringens tegning	Pkt. 6.7 **Præcisering:** Omlavninger af protetisk arbejde (kroner, broer m.v. dækket af DT) indenfor 10 år dækkes efter en gradueret skala indenfor denne periode. Omlavninger efter 10 år dækkes på almindelig vis (se forsikringsbetingelser, pkt. 6.7).

Du finder et link til de nye forsikringsbetingelser længere nede i brevet.

8. 90065

Skift af afdækkende forsikringsselskab fra [selskab 1] A/S til Global Dental Insurance A/S (GDI)
GDI er et dansk forsikringsselskab, som er et 100 % ejet datterselskab af RHSC (Renaissance Health Service Corp.), der er en af USA's største aktører på markedet for tandforsikring. Renaissance har drevet tandforsikringsvirksomhed i mere end 50 år og har over 11,6 mio. kunder med mere end 17 mia. DKK i årlige udbetalinger. Du kan læse mere på www.globaldentalinsurance.dk

Ved næste fornyelse af din forsikring vil forsikringsafdækningen overgå til GDI, og du vil i den anledning modtage en ny police. I forbindelse med dette vil der ikke være andre ændringer end nævnt ovenfor.

Du kan se de nye forsikringsbetingelser her:

https://dansktandforsikring.dk/forsikringer/forsikringsbetingelser/

Ændringerne træder i kraft ved fornyelsen af din forsikring i 2015.

Såfremt du på baggrund af ovenstående ændringer ikke ønsker at fortsætte din forsikring, bedes du hurtigst muligt give os besked.

Såfremt du ønsker at fortsætte med din forsikring, skal du intet foretage dig."

Af klagerens forsikringspolice fremgår det bl.a.:

Betaling:	
Betalingsinterval:	Årlig betaling
Betales inden:	27-07-2015
Skadesforsikringsafgift:	6,88 kr.
Årlig præmie inkl. skadesforsikringsafgift:	625,00 kr.
Alder på tegningstidspunkt:	60 år
Dækningsgrad/selvrisiko:	3.000,00 kr.
Dækningssum (årlig):	25.000,00 kr.
Antal gratis kontrol og tandrensninger:	0
Ulykkesdækning inkluderet:	Ja
Tyggeskade inkluderet	Ja
Dato for ikrafttræden:	28-07-2015
Udløbsdato:	27-07-2016

…

Præmiebetaling og index regulering:	Præmiebetaling og index regulering. Præmie indeksreguleres en gang om året på baggrund af seneste nettoprisindeks opgjort af Danmarks Statistik.
Forsikringen er tegnet i henhold til:	De til enhver tid gældende forsikringsbetingelser
Råd og vejledning:	Såfremt du har spørgsmål er du velkommen til at kontakte os på hverdage mellem 10.00 – 16.00: Dansk Tandforsikring Administration ApS Jægersborg allé 14 2920 Charlottenlund Telefon 70 20 46 47 E-mail: info@dansktandforsikring.dk
Fortrydelsesret:	Der gøres opmærksom på, at forbrugere jf. Forsikringsaftaleloven har 14 dages fortrydelsesret. Fristen beregnes som nærmere beskrevet i Forsikringsaftaleloven § 34i - § 34 k.

Af forsikringsbetingelser version 2.1., som var gældende, da forsikringen blev tegnet, fremgår det bl.a.:

"**4 BETINGELSER FOR AT DÆKNINGEN ER I KRAFT**
Hvis forsikrede har gået til regelmæssige tandlægeeftersyn i de seneste 2 år før tegning af forsikringen, træder dækningen i kraft fra tegningstidspunktet.

Opfylder forsikrede ikke ovenstående betingelse om regelmæssige tandlægebesøg, skal forsikrede dokumentere sin tandstatus overfor DT, inden dækningen træder i kraft.

Tandstatus dokumenteres ved, at den forsikrede indsender et tandstatusskema til DT. Skemaet vil herefter være DT's vurderingsgrundlag i forbindelse med afgørelser af fremtidige erstatningsudbetalinger. Udgifter til udarbejdelse af tandstatusskema afholdes af den forsikrede selv.

Tandstatusskema kan findes på www.dansktandforsikring.dk eller kan rekvireres ved henvendelse til DT.

Efter forsikringens ikrafttræden er det desuden en betingelse for opretholdelse af forsikringsdækning, at den forsikrede fortsætter med regelmæssige tand lægebesøg.

5 HVAD DÆKKER FORSIKRINGEN
Forsikringen dækker, med mindre andet er aftalt, udgifter til regelmæssige undersøgelser, tandrensning, røntgenoptagelse, almindelige forebyggende behandlinger samt alle behandlinger af egentlig sygdom eller skader på forsikredes tandsæt. De dækningsberettigede behandlinger er defineret i erstatningsoversigten samt i ydelsesoversigten over de ydelser som det offentlige yder tilskud til. Begge lister kan findes på www.dansktandforsikring.dk.
…
6 FORSIKRINGEN DÆKKER IKKE
Forsikringen dækker ikke udgifter til følgende behandlinger af forsikredes tandsæt:

6.1 Kosmetiske tandbehandlinger
Alle former for kosmetiske behandlinger.

Som kosmetiske behandlinger betragtes behandlinger, hvis primære formål er at give forsikredes tandsæt et bedre udseende, uden der er tale om behandling af egentlig sygdom i tandsættet, herunder:

- afblegning af tænder,
- anden behandling af misfarvede tænder,
- udskiftning af tandfyldning, der ikke er defekt,
- tandregulering, og
- plast- og porcelænsfacader

samt andre typer behandlinger, der kan sidestilles hermed.

6.2 Bestående sygdom eller skade på tegningstidspunktet

Alle sygdomme samt behandlingskrævende tilstande i tandsættet og skader på forsikredes tænder og mund, som er opstået inden tegning af tandforsikringen vil ikke være dækket herunder:

- Fyldninger, der er så store og/eller dybe, at de udgør en forhøjet risiko for fraktur (brud)
- Forhold vedrørende forsikredes tandsæt, som forsikrede, har kendskab til, eller burde have kendskab til, og som er behandlingskrævende.
- Behandlingskrævende tilstande som er diagnosticeret og journaliseret (f.eks. rodbehandlede tænder).
- Anbefalede og nødvendige behandlinger, som forsikrede, har undladt at få udført og som efterfølgende kræver behandling.
- Forværringer og følger af tilstande, hvor der ikke er foretaget den nødvendige behandling.

Når de behandlingskrævende tilstande måtte være udbedret i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig anbefaling vil eventuelt senere opståede og behandlingskrævende tilstande være fuldt dækket af tandforsikringen. Udbedring af sådanne tilstande skal være dokumenteret ved tandlægejournal, røntgenbilleder m.v.

6.3 Bideskinner

Udgifter til bideskinner, medmindre der er tale om en bideskinne, der indgår som en del af behandlingen i forbindelse med skade på forsikredes kæbe. I det tilfælde kan der dækkes én bideskinne pr. skade.

6.4 Protetisk arbejde

Protetisk arbejde (kroner, broer, implantater o. lign.) indsat inden forsikringens tegning.

6.5 Behandlinger som følge af manglende regelmæssige tandlægeeftersyn

Hvis forsikrede ikke opfylder betingelserne om regelmæssig tandlægeeftersyn jf. punkt 4, vil forsikringstager ikke være berettiget til dækning af udgifter til tandbehandlinger.

6.6 Følgeskader fra smykker og lignende

Alle skader på tandsættet, der er opstået som følge af forsikredes brug af smykker, som limes på tænderne, piercinger i og omkring munden samt andre typer udsmykninger, der kan sidestilles hermed.

6.7 Garantiarbejde og fejlbehandling
Behandling, som er omfattet af garantiordning aftalt mellem tandlægen og den forsikrede, samt fejlbehandling, som tandlægen er forpligtet til at erstatte eller udbedre.

6.8 Fortsæt, grov uagtsomhed og andet

Skader på forsikredes tandsæt, som er forvoldt:

- med fortsæt/vilje,
- ved grov uagtsomhed,
- under påvirkning af alkohol, narkotika, medicin eller andre rusmidler og/eller giftstoffer, og
- under slagsmål og/eller håndgemæng.

6.9 Uroligheder og andre særlige situationer
Alle behandlinger som er en direkte eller indirekte følge af krig, krigslignende forhold, terroraktioner, optøjer, oprør, borgerlige uroligheder, epidemier, nuklear påvirkning eller andre former for force majeure.

…

13 HVORNÅR OPHØRER FORSIKRINGEN?

13.1 Automatisk ophør af forsikringen
Forsikringsdækningen ophører automatisk i følgende situationer:

- Ved manglende indbetaling af præmie jf. punkt 12.
- Når forsikrede ikke længere opfylder betingelserne for medlemskab af en gruppe.
- Ved udgangen af det kalenderår, hvori forsikrede fylder 70 år.
- Ved forsikredes død.

13.2 Hvis forsikrede opsiger forsikringen
Forsikrede kan skriftligt opsige forsikringen med 30 dages varsel, hvis DT varsler ændring i præmie og/eller forsikringsbetingelser, jf. pkt. 14, og disse er til ugunst for forsikrede.

13.3 Hvis DT opsiger forsikringen
DT kan opsige forsikringen:

- Med mindst 3 måneders varsel til fornyelse af gruppeforsikringen.
- Uden varsel, hvis forsikrede ved forsikringens etablering eller ved en forsikringshændelse svigagtigt har givet urigtige eller ufuldstændige oplysninger eller fortiet omstændigheder, som er af betydning for DT.

Uanset årsagen til ophør, vil forsikringen ikke have opnået nogen form for værdi ved udtræden af forsikringsforholdet.

14 ÆNDRING AF PRÆMIE OG FORSIKRINGSBETINGELSER
Udover almindelig pristalsregulering, er DT berettiget til at foretage ændringer i præmie og/eller forsikringsbetingelser med 3 måneders varsel."

12. 90065

Af forsikringsbetingelsernes version 2.2., der var gældende på skadestidspunktet fremgår det bl.a.:

"**4 BETINGELSER FOR, AT DÆKNINGEN ER I KRAFT**
Hvis forsikrede har gået til regelmæssige tandlægeeftersyn i minimum de seneste 3 år før tegning af forsikringen, træder dækningen i kraft fra tegningstidspunktet. For forsikringer tegnet før 1. januar 2015 er denne minimumsperiode dog kun 2 år.

Opfylder forsikrede ikke ovenstående betingelse om regelmæssige tandlægebesøg, skal forsikrede dokumentere sin tandstatus overfor DT, inden dækningen træder i kraft.

Tandstatus dokumenteres ved, at den forsikrede indsender et tandstatusskema til DT. Skemaet vil herefter være DT's vurderingsgrundlag i forbindelse med afgørelser af fremtidige erstatningsudbetalinger. Udgifter til udarbejdelse af tandstatusskema afholdes af den forsikrede selv. Tandstatusskema kan findes på www.dansktandforsikring.dk eller kan rekvireres ved henvendelse til DT.

Efter forsikringens ikrafttræden er det desuden en betingelse for opretholdelse af forsikringsdækning, at den forsikrede fortsætter med regelmæssige tandlægebesøg.

5 HVAD DÆKKER FORSIKRINGEN ?
Forsikringen dækker, med mindre andet er aftalt, nødvendige udgifter til regelmæssige undersøgelser, tandrensning, røntgenoptagelse, almindelige forebyggende behandlinger samt alle behandlinger af egentlig sygdom eller skader på forsikredes tandsæt.

Der godkendes maksimalt to kliniske undersøgelser (regelmæssig diagnostisk undersøgelse/tandrensning/kontrol) pr. år

De dækningsberettigede behandlinger i øvrigt er defineret i erstatningsoversigten samt i ydelsesoversigten over de ydelser, som det offentlige yder tilskud til. Begge lister kan findes på

www.dansktandforsikring.dk
…

6 FORSIKRINGEN DÆKKER IKKE

Forsikringen dækker ikke udgifter til følgende behandlinger af forsikredes tandsæt:

6.1 Kosmetiske tandbehandlinger

Alle former for kosmetiske behandlinger.

Som kosmetiske behandlinger betragtes behandlinger, hvis primære formål er at give forsikredes tandsæt et bedre udseende, uden, at der er tale om behandling af egentlig sygdom i tandsættet, herunder:

- afblegning af tænder,
- anden behandling af misfarvede tænder,
- udskiftning af tandfyldning, der ikke er defekt,
- tandregulering, og
- plast- og porcelænsfacader

samt andre typer behandlinger, der kan sidestilles hermed.

6.2 Svækket tandsæt
Områder i forsikredes tandsæt, som inden tegning af forsikringen, er svækket som følge af store og/eller dybe fyldninger, rodbehandling, paradentose eller andre sygdomme, skader eller tidligere behandlinger.

6.3 Mælketænder
Alle typer behandling af forsikredes eventuelle mælketænder.

6.4 Bestående sygdom eller skade på tegningstidspunktet
Alle sygdomme og skader i forsikredes tandsæt, som er opstået inden tegning af tandforsikringen, vil ikke være dækket herunder:

- Forhold vedrørende forsikredes tandsæt, som forsikrede har kendskab til eller burde have kendskab til, og som er behandlingskrævende.
- Behandlingskrævende tilstande, som er diagnosticeret og journaliseret (f.eks. rodbehandlede tænder, der ikke er kronede).
- Anbefalede og nødvendige behandlinger, som forsikrede har undladt at få udført, og som efterfølgende kræver behandling.
- Forværringer og følger af tilstande, hvor der ikke er foretaget den nødvendige behandling. Dette omfatter f.eks. situationer, hvor der ikke er foretaget sufficient behandling af cariesangreb.

Når ovennævnte tilstande er fuldt og optimalt behandlet og udbedret i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig anbefaling, vil eventuelt senere opståede og behandlingskrævende tilstande være fuldt dækket af tandforsikringen. Udbedring af sådanne tilstande skal være dokumenteret ved tandlægejournal, røntgenbilleder m.v.

6.5 Manglende tænder
Tænder, der inden tegning af forsikringen ikke eksisterer i forsikredes tandsæt (herunder områder med implantater) eller ikke frembrudte tænder.

6.6 Bidskinner
Udgifter til bidskinner, medmindre der er tale om en bidskinne, der indgår som en del af behandlingen i forbindelse med skade på forsikredes kæbe. I det tilfælde kan der dækkes én bidskinne pr. skade.

6.7 Protetisk arbejde
Protetisk arbejde (kroner, broer, implantater o.lign.) indsat inden forsikringens tegning.
Holdbarheden for protetisk arbejde (kroner og broer)dækket af DT, skal være minimum 5 år for at berettige til dækning af omlavning.

Erstatningsgrundlaget reguleres med 20 % for hvert af de efterfølgende år (påbegyndt), det protetiske arbejde har været anvendt af forsikrede, efter nedenstående tabel:

År:	Erstatning:
1-5	0 %
6	20 %
7	40 %
8	60 %
9	80 %

10	100 %

For implantatbehandlinger, dækket af DT, dækkes ikke en ny implantatbehandling.

DT dækker ikke behandling af tænder, der indgår som bropiller i en bro-konstruktion, hvis der ikke er anden indikation for behandling i øvrigt.

Omlavninger af behandlinger som DT har dækket tidligere, dækkes ikke, hvis omlavningen skyldes mangelfuld kvalitet af det udførte arbejde.

6.8 Behandlinger som følge af manglende regelmæssige tandlægeeftersyn
Hvis forsikrede ikke opfylder betingelserne om regelmæssige tandlægeeftersyn jf. punkt 4, vil forsikrede ikke være berettiget til dækning af udgifter til tandbehandlinger.

6.9 Manglende overholdelse af tandlægens anvisninger
Såfremt det ved en skade kan konstateres, at forsikrede ikke har overholdt tandlægens anvisninger om tandbørstning, tandtråd, sukkerindtag m.v., og dermed ikke opretholdt god og ordentlig tandhygiejne, og såfremt det kan sandsynliggøres, at dette har medført en forværring af skaden, forbeholder DT sig ret til at foretage reduktion i erstatningen.

6.10 Følgeskader fra smykker og lignende
Alle skader på tandsættet, der er opstået som følge af forsikredes brug af smykker, som limes på tænderne, piercinger i og omkring munden samt andre typer udsmykninger, der kan sidestilles hermed.

6.11 Følgeskader af medicinering
Skader på tandsættet, der skyldes sygdom eller medicineringsbehov (f.eks. mundtørhed p.g.a. anti-depressiv medicin, kemobehandling, hormonbehandling e.a.), og hvor dette medicineringsbehov og/eller sygdommen er opstået inden tegning af forsikringen.

6.12 Garantiarbejde og fejlbehandling
Behandling, som er omfattet af garantiordning aftalt mellem tandlægen og den forsikrede, samt fejlbehandling, som tandlægen er forpligtet til at erstatte eller udbedre.

6.13 Protetisk Tandlægearbejde i andet EU/EØS-land end Danmark
Protetisk arbejde (kroner, broer, implantater o. lign.) foretaget udenfor Danmark dækkes ikke.

6.14 Fortsæt, grov uagtsomhed og andet
Skader på forsikredes tandsæt, som er forvoldt:

- med fortsæt/vilje,
- ved grov uagtsomhed,
- under påvirkning af alkohol, narkotika, medicin eller andre rusmidler og/eller giftstoffer, og
- under slagsmål og/eller håndgemæng.

6.15 Uroligheder og andre særlige situationer
Alle behandlinger, som er en direkte eller indirekte følge af krig, krigslignende forhold, terroraktioner, optøjer, oprør, borgerlige uroligheder, epidemier, nuklear påvirkning eller andre former for force majeure.

…

13 HVORNÅR OPHØRER FORSIKRINGEN?

13.1 Automatisk ophør af forsikringen
Forsikringsdækningen ophører automatisk i følgende situationer:

- Ved manglende indbetaling af præmie jf. punkt. 12.
- Ved udgangen af det kalenderår, hvori forsikrede fylder 70 år.
- Ved forsikredes død.

13.2 Forsikrede opsiger forsikringen
Forsikrede kan skriftligt opsige forsikringen med mindst 1 måneds varsel til fornyelse af forsikringsaftalen.

Herudover kan forsikrede opsige forsikringen med tre måneders varsel, hvis DT varsler ændring i præmie og/eller forsikringsbetingelser, jf. pkt. 14, og disse er til ugunst for forsikrede.

13.3 DT opsiger forsikringen
DT kan opsige forsikringen:

- Med mindst 3 måneders varsel til fornyelse af forsikringsaftalen.
- Uden varsel, hvis forsikrede ved forsikringens etablering eller ved en forsikringshændelse svigagtigt har givet urigtige eller ufuldstændige oplysninger eller fortiet omstændigheder, som er af betydning for DT.

13.4 Hvis forsikringsdækning ikke er mulig
Hvis det i forbindelse med en skade eller i anden sammenhæng ved gennemgang af røntgen- og journalmateriale viser sig, at forsikredes tandstatus er af en sådan karakter, at forsikredes muligheder for at opnå erstatning er meget ringe, vil forsikringen ophøre til hovedforfald.

Uanset årsagen til ophør, vil forsikringen ikke have opnået nogen form for værdi ved udtræden af forsikringsforholdet.

14 ÆNDRING AF PRÆMIE OG FORSIKRINGSBETINGELSER
Udover almindelig pristalsregulering, er DT berettiget til at foretage ændringer i præmie og/eller forsikringsbetingelser med 3 måneders varsel."

Nævnet udtaler:

Udgifterne til kronebehandlingen af tanden 5-

Klageren kræver på vegne af sin hustru dækning for udgiften til kronebehandling af tanden 5-, der blev udført i perioden fra den 23/6 2015 til den 18/8 2015. Forsikringen trådte i kraft den 28/7 2014.

16. 90065

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til version 2.2 af forsikringsbetingelserne punkt 6.2 og 6.4, da tanden 5- var rodbehandlet og svækket inden tegningen af forsikringen. Selskabet har anført, at klagerens krav tillige ville kunne afvises, hvis vurderingen blev foretaget i forhold til version 2.1 af forsikringsbetingelserne.

Det fremgår af klagerens hustrus tandlægejournal, at der den 2/11 2006 blev foretaget røntgen af tanden 5-, og at tandlægen på baggrund heraf stillede diagnosen "parodontitis apicalis chronica", samt at der blev lavet en tandfyldning på i hvert fald en af tandens flader. Herudover fremgår det af journalen, at der den 9/11 2006 blev lavet yderligere behandlinger af tanden. Af journalnotat af 28/11 2006 fremgår det endvidere, at tanden 5- er blevet rodbehandlet.

Selskabet har om aftalegrundlaget anført, at det ved brev af 1/12 2014 varslede ændring af forsikringsbetingelserne fra version 2.1 til version 2.2. Ifølge brevet ville ændringerne træde i kraft ved fornyelsen af klagerens forsikring pr 28/7 2015. Med brevet fulgte en oversigt over de væsentligste ændringer, der var anført som en skærpelse af dækningsomfanget for kliniske undersøgelser – herunder tandrensninger – samt omlavninger af protetisk arbejde, der fremover ville være dækket efter en gradueret skala.

Det er klagerens opfattelse, at det nye punkt 6.2 i forsikringsbetingelsernes version 2.2, hvorefter forsikringen ikke dækker områder i forsikredes tandsæt, som inden tegning af forsikringen, er svækket som følge af store og/eller dybe fyldninger, rodbehandling, paradentose eller andre sygdomme, skader eller tidligere behandlinger, er en væsentlig skærpelse af punkt 6.2 i forsikringsbetingelsernes version 2.1, og at denne ændring burde have været nævnt i selskabets varslingsbrev af 1/12 2014. Klageren gør på denne baggrund gældende, at de indførte ændringer ikke er vedtaget mellem ham og selskabet, og at selskabet derfor er forpligtet til at behandle sagen i henhold til version 2.1 af forsikringsbetingelserne, hvor udgifterne til kronebehandlingen efter klagerens opfattelse ikke er dækningsundtaget.

Klageren har endvidere henvist til, at det af forsikringsbetingelsernes version 2.1 punkt 6.2 andet stykke blandt andet fremgår, at, "når de behandlingskrævende tilstande måtte

være udbedret i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig anbefaling, vil eventuelt senere opståede og behandlingskrævende tilstande være fuldt dækket af tandforsikringen". Klageren har herved anført, at hans hustru har gået til regelmæssige tandeftersyn, og at hun har modtaget behandling af sine tænder i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig standard.

Selskabet har heroverfor anført, at ændringerne i forsikringsbetingelserne er behørigt varslede i følgebrevet af 1/12 2014.

Selskabet har anført, at der alene er tale om redaktionelle og sproglige ændringer af vilkårene, hvorfor den anmeldte skade skal afgøres efter version 2.2 af forsikringsbetingelserne. For så vidt angår bestemmelsen i version 2.1, punkt 6.2 andet stykke, som klageren henviser til, har selskabet anført, at dette afsnit også er indeholdt i version 2.2, men at afsnittet er flyttet til punkt 6.4.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes version 2.1, punkt 14, at selskabet – udover almindelig pristalsregulering – er berettiget til at foretage ændringer i præmie og/eller forsikringsbetingelser med 3 måneders varsel.

Efter § 34, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 928 af 28/06/2013 om god skik for finansielle virksomheder, der var gældende på varslingstidspunktet, skal selskabet senest 30 dage inden forsikringsperiodens udløb varsle enhver væsentlig ændring af forsikringsaftalen, der er til ugunst for kunden. Varslet skal meddeles i papirformat eller andet varigt medium. Varslet skal indeholde oplysning om de væsentligste karakteristika ved ændringen samt angivelse af, hvordan kunden kan opsige forsikringen, jf. stk. 2.

Nævnet lægger til grund, at tanden 5- forud for kronebehandlingen var svækket af rodbehandling og flere fyldninger. Endvidere lægger nævnet til grund, at rodbehandlingen og fyldningerne medførte en ikke ubetydelig risiko for komplikationer, der kunne gøre en kronebehandling nødvendig.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet skal dække udgiften til kronebehandlingen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at indholdet af forsikringsbetingelsernes version 2.1, punkt 6.2, og version 2.2, punkt 6.2 og 6.4, efter nævnets opfattelse ud over rene sproglige og redaktionelle ændringer tillige indeholder væsentlige indholdsmæssige skærpelser, der ikke er varslet over for klageren, og som herefter ikke kan gøres gældende mod klageren.

Bedømmes sagen i forhold til version 2.1 af forsikringsbetingelserne, finder nævnet, at selskabet ikke har godtgjort, at rodbehandlingen er dækningsundtaget i henhold til punkt 6.2 i forsikringsbetingelserne.

Nævnet har herved blandt andet lagt vægt på, at selskabet efter nævnets opfattelse ikke har godtgjort, at tanden på tegningstidspunktet havde fyldninger, der var så store, og/eller dybe, at de udgjorde en forhøjet risiko for fraktur (brud). Endvidere har nævnet lagt vægt på, at selskabet efter nævnets opfattelse ikke har godtgjort, at behandlingen var undtaget i medfør af bestemmelsen "behandlingskrævende tilstande, som er diagnosticeret og journaliseret (f.eks. rodbehandlede tænder) ikke er dækket af forsikringen", da nævnet må lægge til grund, at det aktuelle behandlingsbehov ikke var til stede på tegningstidspunktet, og da nævnet finder, at bestemmelsen efter sin ordlyd ikke kan udstrækkes til behandlingsbehov, der på tegningstidspunktet med en vis sandsynlighed måtte kunne opstå fremover, men som ikke er aktuelt behandlingskrævende. Nævnet finder, at denne forståelse er i tråd med indholdet af punkt 6.2 andet stykke, hvor det anføres: "Når de behandlingskrævende tilstande måtte være udbedret i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig anbefaling vil eventuelt senere opståede og behandlingskrævende tilstande være fuldt dækket af tandforsikringen". Nævnet bemærker herved, at det på baggrund af klagerens oplysninger om, at hans hustru regelmæssigt har fået foretaget tandeftersyn hos sin tandlæge lægges til grund, at eventuelle behandlingskrævende tilstande løbende er udbedret i overensstemmelse med optimal tandlægefaglig anbefaling.

19. 90065

Nævnet finder afslutningsvis anledning til at bemærke, at blandt andet punkt 6.3, 6.5, 6.9, 6.11 og 6.13 i version 2.2 af forsikringsbetingelserne, så vidt ses, tillige indeholder væsentlige skærpelser af vilkårene, der ikke er varslet over for klageren.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet Global Dental Insurance A/S, v/Dansk Tandforsikring, skal dække klagerens udgifter til den foretagne kronebehandling. Erstatningen skal tillægges renter i henhold til forsikringsaftalelovens § 24.

Klagegebyret tilbagebetales.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels