Ankenævnet *for* Forsikring

Den 26. juni 2019 blev i sag nr. 93248:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Bupa Denmark Services A/S
Palægade 8
1261 København K

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har hospitalsforsikring. I klageskema af 21/12 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "Kort redegørelse for sagen
> Jeg fik først afslag på en øjenlågsoperation på trods af at jeg opfyldt alle betingelser
>
> Efter jeg derefter klagede indrømmede BUPA at de slet ikke kunne vurdere sagen og gav mig derfor medhold
>
> Jeg vælger ultimo November at opsige min forsikring
>
> Jeg bestilte herefter en tid til operation til tirsdag den 11 [december]. Søndag den 9 december om morgenen vågnede jeg op med en episclerit i venstre øje – dvs. en blødning i øjet
>
> Mandag morgen ringer jeg så til [plastikkirurg] som skal operere og han siger at det ikke er forsvarligt at operere, hvorefter jeg får en ny tid til den 13 marts 2019. Dette er det tidligste jeg kunne få.
>
> Derefter beder jeg BUPA bekræfte at de fortsat dækker min operation, hvilket de nægter.
>
> Jeg mener der er sket en uforudset hændelse, som gør at jeg tvinges til at udsætte min operation og da skaden er sket og accepteret i forsikringsperioden, mener jeg også den skal dække den nye operationstid.
>
> Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg vil opnå at få min operation dækket eftersom skaden er sket accepteret i forsikringsperioden og udelukkende er blevet forsinket af noget, som jeg slet ikke har haft nogen indflydelse på da den episclerit jeg fik i øjet opdages helt spontant når jeg vågner søndag morgen – dvs. 2 dage før jeg skal opereres."

Selskabet har i brev af 15/1 2019 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klager var i perioden 1. marts 2005 til 1. januar 2019 forsikret hos Selskabet på en 'International Hospitalsforsikring'.

…

Sagens forløb

D. 16. oktober 2018 blev Selskabet kontaktet telefonisk af [plastikkirurgisk klinik] angående dækning af 'superior blepharoplastik med herniotomi' på begge øjne. [Plastikkirurgisk klinik] indsendte desuden kopi af Klagers journal med detaljer af Klagers symptomer samt billedmateriale. En eventuel behandlingsdato blev ikke angivet i disse henvendelser.

D. 18. oktober 2018 bad Selskabet [plastikkirurgisk klinik] fremsende tydelige billeder, da de modtagne billeder fremstod utydelige.

[Plastikkirurgisk klinik] fremsendte de udbedte billeder d. 23. oktober 2018.

D. 25. oktober 2018 informerede Selskabet Klager og [plastikkirurgisk klinik], at dækning af operationen var afvist, med henvisning til de modtagne medicinske oplysninger.

D. 26. oktober 2018 kontaktede Klager Selskabet telefonisk og på e-mail vedrørende afvisningen. Efter ny lægelig evaluering sendte Selskabet senere samme dag svar til Klager, at afvisningen af dækning blev opretholdt, med den begrundelse at operationen ud fra de modtagne medicinske oplysninger betragtes som kosmetisk. Samme dag noterede Selskabet Klagers henvendelse som en officiel klage (bilag 1).

D. 29. oktober 2018 kommunikerede Klager pånyt sin utilfredshed med afvisningen til Selskabet og meddelte Selskabet sin øjeblikkelige opsigelse af forsikringen (bilag 1).

D. 1. november 2018 informerede Selskabet telefonisk og pr. e-mail Klager, at de efter endnu en revurdering af sagen havde besluttet at dække udgifterne for den anbefalede operation (bilag 1). Klager bekræftede telefonisk til Selskabet, at han følgelig trak sin opsigelse af forsikringen tilbage og anså sin klage for lukket.

D. 2. november 2018 informerede Klager Selskabet, at han afventede en operationsdato fra [plastikkirurgisk klinik]. Senere samme dag modtog Selskabet besked fra [plastikkirurgisk klinik] at de havde booket en tid til Klagers operation d. 11. december 2018 (bilag 2). Selskabet sendte Klager bekræftelse på at hans klage var lukket (bilag 3).

D. 3. november 2018 sendte Selskabet betalingsgaranti for den planlagte operation d. 11. december 2018 til [plastikkirurgisk klinik] 2018 (bilag 4).

D. 30. november 2018 informerede Klager Selskabet, at han ønskede at opsige sin forsikring pr. 31. december 2018. Selskabet sendte deres bekræftelse af opsigelsen d. 3. december 2018 (bilag 5).

D. 10. december 2018 informerede Klager telefonisk og pr. e-mail Selskabet, at grundet episcleritis i det ene øje var han nødsaget til at udskyde den planlagte operation til 13. marts 2019 (bilag 6). Grundet telefonsamtalens indhold registrerede Selskabet henvendelsen som en klage.

D. 13. december 2018 sendte Selskabet Klager svar på denne klage; Selskabet informerede Klager, at eftersom forsikringen var opsagt på den nye behandlingsdato 13. marts 2019, ville udgifterne ikke være dækningsberettigede i henhold til forsikringsbetingelserne. Som en kulant service til Klager tilbød Selskabet imidlertid Klager genoptagelse af forsikringen fra 1. januar 2019 på gældende vilkår, i hvilket tilfælde operationsudgifterne i marts 2019 ville være dækningsberettigede (bilag 7).

D. 14. december 2018 gjorde Klager indsigelser mod Selskabets beslutning. Selskabet sendte Klager deres svar herpå d. 15. december 2018 (bilag 8).

Selskabets redegørelse

Selskabet modtog Klagers anmodning om dækning af den foreslåede operation d. 16. oktober 2018, og den endelige godkendelse blev kommunikeret til Klager d. 1. november 2018, 16 dage efter modtagelsen af forespørgslen. Den længste liggetid i sagen var fem dage, hvor Selskabet afventede billeder i tydelig kvalitet fra [plastikkirurgisk klinik]. Selskabets sagsbehandling af de enkelte forespørgsler er blevet udført på 1-2 dage og således indenfor Selskabets forventelige svartid.

Selskabet har overfor Klager erkendt og undskyldt, at Selskabet indledningsvist afviste dækning af operationen på et diskutabelt grundlag; på baggrund af det af [plastikkirurgisk klinik] fremsendte materiale kan Selskabet ikke definitivt afgøre, om Klager reelt kvalificerer til operationen eller ej, og derfor var en afvisning med henvisning til undtagelse fra erstatning for kosmetiske operationer ikke korrekt. Selskabet besluttede således endelig at godkende dækning af operationen ud fra den betragtning, at tvivlen måtte komme Klager til gode.

Selskabet bemærker, at da bekræftelsen af dækning blev givet til Klager d. 2. november 2018, var Selskabet klar til at sende en betalingsgaranti for en hvilken som helst dato i perioden fra 2. november 2018 til 31. december 2018, hvor forsikringen var gyldig til. Behandlingsdatoen 11. december 2018 blev fastsat efter [plastikkirurgisk kliniks] forespørgsel, og den mellemliggende 5 ugers periode skyldes således ikke arbejdsgangene hos Selskabet, men derimod tilgængelighed hos [plastikkirurgisk klinik] og/eller Klager.

Selskabet gør desuden opmærksom på, at der på intet tidspunkt inden 2. november 2018 overfor Selskabet har været nævnt en dato for den foreslåede operation, hverken indikativ eller booket. Uanset den forlængede behandlingstid af dækningsspørgsmålet, er der således ikke tale om en forhaling af udførelsen af selve operationen, der ikke var fastsat på dette tidspunkt. Enhver diskussion af en eventuel behandlingsdato inden 11. december 2018 vil således være spekulativ og ikke baseret på en konkret forespørgsel.

Vedrørende dækning af skade eller sygdom opstået i forsikringsperioden, med behandlingsdato efter forsikringens ophør, henviser Selskabet til § 12.3 og 12.8 i de gældende Forsikringsbetingelser (Bilag 9 – Brochure, s. 9-10). Af Forsikringsbetingelserne fremgår tydeligt, at enhver type behandling, der har fundet sted efter forsikringens ophør, ikke er omfattet af Selskabets erstatningspligt, uanset på hvilket tidspunkt skaden eller sygdommen blev konstateret. Selskabet har dermed retteligt afvist dækning af planlagt operation d. 13. marts 2019, med henvisning til Klagers opsigelse af forsikringen pr. 31. december 2018.

Selskabet er indforstået med, at udsættelsen af Klagers operation er nødsaget af uforskyldte omstændigheder, dette ændrer imidlertid ikke på ophør af Selskabets erstatningspligt ved forsikringens ophør. I sympati med Klagers situation tilbød Selskabet derfor Klager genoptagelse af forsikringen pr 1. januar 2019 på gældende betingelser, og dermed dækning af operation d. 13. marts 2019, formedelst rettidigt indbetalt præmie for den nye forsikringsperiode. Dette tilbud blev givet kulant, idet Selskabet normalt kun vil acceptere genoptagelse af en nyligt opsagt forsikring mod indgivelse af fornyede helbredsoplysninger, hvilket kan medføre præmietillæg eller eksklusion for eksisterende symptomer eller diagnoser (Bilag 7). Klager ønskede dog ikke at benytte sig af dette tilbud.

Det er således Selskabets opfattelse, at Selskabets sagsbehandling i forbindelse med Klagers synspunkt ikke kan kritiseres, og Selskabet ser ingen anledning til at ændre på beslutningen om afvisning af dækning af udgifter den til 13. marts 2019 udskudte operation."

Klageren har i indlæg af 31/1 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Skaden skete i forsikringsperioden og der blev accepteret dækning af min operation men først efter en fejlbehæftet og udokumenteret bedømmelse fra Bupas side.

Der sker et hændeligt uheld 2 dage før der skal opereres - noget som er helt udenfor min kontrol.

Derfor skal den udsatte operation naturligvis også dækkes da skaden er sket og accepteret i forsikringsperioden."

Selskabet har fremsendt forsikringsbetingelser gældende fra 2018. Da klagerens forsikring er trådt i kraft den 1/3 2015, har nævnets sekretariat den 27/2 2019 bedt selskabet om nærmere oplysninger om forsikringsbetingelserne.

Selskabet har i brev af 6/3 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet udfører på årlig basis en revision af alle dets forsikringsprodukter, med det mål for øje at overveje forbedringer i dækninger, for eksempel i takt med udviklingen indenfor lægevidenskaben, samt at sikre, at forsikringsbetingelserne er i overensstemmelse med gældende lovgivning. Klagers forsikring har således siden tegningstidspunktet hvert år været genstand for en produktrevision, men Selskabet har ikke nødvendigvis foretaget ændringer til Klagers forsikringsprodukt hvert år.

Klager tegnede sin forsikring hos Selskabet pr. 1. marts 2005 … Efter Klagers … ønske er alle fornyelsesdokumenter siden 1. marts 2005, inklusive eventuelle bilag, blevet sendt med post til Klagers firmaadresse …
…
Af ovenstående fremgår, at betingelserne for dækning af udgifter opstået efter forsikringens ophør har ændret sig siden kontraktens indgåelse i 2005; fra dækning i 3 måneder til dækning i 6 måneder, til gældende ingen dækning for udgifter opstået efter forsikringens ophør.

Dækning af udgifter opstået efter forsikringens ophør var i 2005 og 2010 specificeret i forsikringsbetingelserne som gældende for:
- *Følger af en i forsikringsperioden opstået tilskadekomst eller sygdom*

I 2014 brochuren specificeres disse, derefter ikke længere dækkede udgifter, som vedrørende:
- *... løbende behandling, eftervirkninger eller indirekte skader i forbindelse med en skade eller sygdom, der er opstået eller behandlet i løbet af forsikringsperioden ....*

Ovenstående ændringer vedrører således udelukkende udgifter til opfølgende behandlinger.

Selskabet gør desuden opmærksom på, at følgende betingelse har været gældende gennem alle årene siden 2005 (hhv.§ 13.7, 13.8 og 12.3 i 2005/2010/2014 brochurerne):
- *Ophører forsikringen, ophører samtidig hermed retten til erstatning.*

Denne betingelse vedrører forsikringens hovedydelser som beskrevet i Dækningsoversigten i Klagers brochure (s.3-5 i 2018 brochuren), for eksempel hospitalsindlæggelse, operation, cancerbehandling, etc., som er de reelle behandlinger for forsikredes tilskadekomst eller sygdom.

Ændringerne i Klagers forsikringsbetingelser i 2010 og 2014 er således ikke relevante i forhold til Klagers sag; den fra december 2018 til marts 2019 udskudte operation vedrører ingenlunde en 'følge', 'løbende behandling, eftervirkning eller indirekte skade', og ville dermed ikke have været dækningsberettiget efter forsikringens ophør på noget tidspunkt i forsikringsperioden.

Den udskudte operation er derimod uomtvisteligt den egentlige behandling for Klagers symptomer, og med henvisning til §12.3 og §12.8 har Selskabet korrekt afvist at dække Klagers udgifter for en operation, der er planlagt til at finde sted efter forsikringens ophør pr. 1. januar 2019."

Klageren og selskabet har fremsendt yderligere indlæg af 19/3 2019, 29/3 2019, 4/4 2019, 12/4 2019 og 2/6 til nævnet. I indlæg af 19/3 2019 har klageren bl.a. anført:

"Det er ligegyldigt, hvilke mange ændringer Bupa kan have foretaget i sine forsikringsbetingelser, hvis der ikke udtrykkeligt står angivet, at man taber retten til betaling i følgende tilfælde:

En ret til betaling for operation er accepteret. En sygdom kort før den planlagte operation forhindrer operationen. På grund af travlhed hos lægen kan operationen først udføres efter 3 måneder.

Det siger sig selv, at retten til 'løbende betaling' (omtalt i 12.8) ophører efter forsikringens ophør. Det nævnes kun her, for at Bupa ikke senere kan finde på at nævne at finde på, at vi her ser en løbende betaling."

6. 93248

I indlæg af 4/4 2019 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "Primo oktober undersøgte [plastikkirurg] mine øjne og fandt, at der var lægelig indikation for plastikkirurgisk indgreb på de øvre øjenlåg.
> Bupas læger bestred, at der var gyldig indikation for operation, men erkendte senere, at de havde taget fejl i deres vurdering.
> Denne forsinkelse fra Bupa gør, at jeg først kan bestille tid 14 dage senere end oprindeligt planlagt. Og havde jeg bestilt tidligere, var jeg ikke kommet ud for en episclerit i venstre øje da jeg så kunne have fået en tid til operation 14 dage tidligere.
> Nu sker der så det at jeg fik en episclerit i venstre øje 2 dage før operationen skulle finde sted og det umuliggjorde en operation.
> Og episcleritten er jeg slet ikke herre over kommer.
> Bupa fordrejer ganske enkelt hvad denne sag drejer sig om.
> Der er ikke tale om en fortsættende forsikring da skaden er sket i den oprindelige forsikringsperiode og accept af betaling er også. Der var bestilt tid som så pga et hændeligt uheld bliver nødt til at blive udsat.
> At der sker noget uforudsigeligt betyder naturligvis ikke at man skal gentegne en forsikring for en skade der allerede er opnået accept af behandling af."

Nævnet har fået forelagt korrespondancen og bilag fra sagen. Et uddrag gengives i det følgende. Af selskabets betalingsgaranti af 3/11 2018 fremgår bl.a.:

> "**GUARANTEE OF PAYMENT**
> …
> **Patient's name**: [Klageren]
> …
> **Date of surgery:** 11-Dec-2018
> **Treating doctor:** [Læge]
> **Diagnosis:** H02.4 – Ptosis of eyelid (primary)
> **Treatment:** Surgery, upper eyelids
> **Deductible:** 0 EUR
>
> Dear Sir/Madam,
>
> We hereby certify that the above is insured with Bupa Global.
>
> We guarantee payment of expenses in accordance with the valid reimbursement rates relating to the above policyholder's outpatient surgery concerning the above diagnosis, as specified below.
> …
> This guarantee is subject to the same terms and conditions under which the policyholder has entered into an agreement with Bupa Global…"

Af selskabets brev af 3/12 2018 til klageren fremgår bl.a.:

> "Vi anerkender hermed modtagelsen af Deres opsigelse og kan bekræfte, at Deres ovennævnte forsikring ophører i vores selskab pr. 31.12.2018, hvor Selskabets erstatningspligt samtidig bortfalder."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§5**
Hvad forsikringen omfatter
5.1: Dækning af sygeudgifter
Forsikringen yder dækning til forsikredes sygeudgifter i henhold til Dækningsoversigten. De dækkede udgifter og refusionstaksterne fremgår af den gældende Dækningsoversigt.

Det er ikke nødvendigt at have en lægehenvisning for at påbegynde en behandling, dog skal alle udgifter forhåndsgodkendes af Selskabet. Selskabet bedømmer og afgør om udgifterne er rimelige og relevante for at få klarhed over om forsikrede lider af en sygdom, har behov for behandling eller for at kontrollere en udført behandling.
…
5.4: Forsikringen dækker kun udgifter for udført behandling.
…
§ 12
Overdragelse, opsigelse og ophør
…
12.3: Opsigelsesret
Forsikringen kan opsiges af forsikringstageren. Opsigelsen skal ske med mindst 30 dages varsel via e-mail, brev eller telefon til udgangen af en kalendermåned.
…
Selskabets ansvar og dækningsforpligtelse ophører automatisk med udgangen af forsikringsperioden. Ophører forsikringen, ophører samtidig hermed retten til erstatning."
…
12.8: Ophør af retten til erstatning
Selskabets ansvar i forbindelse med forsikringen, herunder Selskabets ansvar for refusion af udgifter til løbende behandling, eftervirkninger eller indirekte skader i forbindelse med en skade eller sygdom, der er opstået eller behandlet i løbet af forsikringsperioden, ophører automatisk ved forsikringens udløb, opsigelse eller ophør.

I henhold hertil ophører den forsikredes ret til refusion ved forsikringens udløb, opsigelse eller ophør. Krav om refusion af udgifter til sygdomsbehandling, der er opstået i løbet af forsikringsperioden, skal fremsættes senest seks måneder efter forsikringens udløb, opsigelse eller ophør for at kunne blive imødekommet."

Nævnet udtaler:

Klager anmodede den 16/10 2018 gennem sin plastikkirurg om dækning af en øjenlågsoperation. Selskabet afviste i første omgang at yde dækning, men omgjorde afgørelsen og anerkendte dækning den 1/11 2018. Den 2/11 2018 modtag selskabet besked om operationsdatoen og fremsendte den 3/11 2018 en betalingsgaranti for den planlagte operation den 11/12 2018.

8. 93248

Den 30/11 2018 opsagde klageren forsikringen med virkning pr. 1/1 2019. Den 10/12 2018 informerede klageren selskabet om, at operationen måtte udskydes til den 13/3 2019, fordi der var opstået episcleritis i hans ene øje.

Selskabet har afvist at yde dækning for udgifterne til operationen den 13/3 2019 med henvisning til, at klageren har opsagt forsikringen pr. 1/1 2019, og at forsikringen ikke dækker behandlinger, der har fundet sted efter forsikringens ophør. Selskabet har tilbudt, at forsikringen og præmiebetalingen kunne genoptages uden afgivelse af nye helbredsoplysninger. Selskabet har afvist, at dets sagsbehandling har været årsag til, at klageren ikke kunne opereres inden forsikringens ophør.

Klagerens krav er dækning for operationen uden, at forsikringen skal gentegnes. Han har anført, at skaden er sket og accept af betaling har fundet sted i forsikringsperioden, og at det var en sygdom uden for hans kontrol, der har medført, at den planlagte operation måtte udskydes. Han har endvidere anført, at hele situationen er opstået på grund af selskabets fejlagtige afvisning af dækning, der har medført, at han først kunne bestille tid 14 dage senere end planlagt, hvilket har haft betydning tæt på årsskiftet.

Det følger af forsikringsbetingelsernes punkt 5.1 og 5.4, at "Forsikringen yder dækning til forsikredes sygeudgifter i henhold til Dækningsoversigten", og at "Forsikringen dækker kun udgifter for udført behandling".

Det følger af forsikringsbetingelsernes punkt 12.8 om ophør af retten til erstatning, at "Selskabets ansvar i forbindelse med forsikringen, herunder Selskabets ansvar for refusion af udgifter til løbende behandling, eftervirkninger eller indirekte skader i forbindelse med en skade eller sygdom, der er opstået eller behandlet i løbet af forsikringstiden, ophører automatisk ved forsikringens udløb, opsigelse eller ophør. I henhold hertil ophører den forsikredes ret til refusion ved forsikringens udløb, opsigelse eller ophør. Krav om refusion af udgifter til sygdomsbehand-

ling, der er opstået i løbet af forsikringsperioden, skal fremsættes senest seks måneder efter forsikringens udløb, opsigelse eller ophør for at kunne blive imødekommet".

Efter en gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 12.8, at retten til forsikringsdækning ophører automatisk ved forsikringens opsigelse, og at dette også gælder for sygdomme, der er opstået i løbet af forsikringstiden.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren – inden han den 30/11 meddelte selskabet, at han opsagde forsikringen – relativt let kunne have fået kendskab til indholdet af forsikringsbetingelsernes punkt 12.8, og dermed kunne have valgt at opsige forsikringen efter, at den planlagte operation var gennemført. Nævnet bemærker, at det ikke er så unormalt, at en planlagt operation må udskydes, at klageren ikke kunne have taget denne risiko i betragtning, da han besluttede sig for at opsige sin forsikring.

Nævnet finder, at selskabets sagsbehandling ikke har været af en sådan karakter, at selskabet skal yde dækning på et erstatningsretligt grundlag. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet gav dækningstilsagn den 1/11 2018. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at klageren herefter selv har valgt at opsige forsikringen pr. årsskiftet, og at selskabet ikke havde grund til at rådgive ham mere detaljeret om konsekvenserne af en opsigelse.

10. 93248

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings