

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 4. marts 2020 blev i sag nr. 93657:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

AmTrust Europe Limited
v/Mma Tandforsikring
Marsh & McLennan Agency A/S
Teknikerbyen 1
2830 Virum

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har tandforsikring. I klageskema af 12/4 2019 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Under henvisning til mit brev af den 26. marts 2019 gør følgende sig gældende: Brevet er en opsummering af et hændelsesforløb, der startede i juni 2018 og som burde tale for sig selv. Min oplevelse af MMA's tilgang til mine anmeldelser er, at de er uprofessionelle og ligefrem uvillige til at give grundige saglige forklaringer på de afslag jeg har modtaget. De har heller ikke været villige til at besvare alle mine spørgsmål til trods for høj grad af relevans. De efterlader mig med en opfattelse af, at jeg ikke kan gøre brug af den gruppeforsikring, som jeg er omfattet af.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg ønsker at opnå en fair og professionel behandling af de anmeldelser jeg har indgivet og jeg ønsker at blive behandlet på lige fod med mine kollegaer. Da der er tale om en gruppeforsikring, som flere af mine nærmeste kollegaer har benyttet sig af, ved jeg at sager tilsvarende mine er blevet godkendt som dækningsberettigede. Jeg vil gerne opnå at få dækket mine udgifter på lige fod med mine kollegaer."

Af klagerens brev af 26/3 2019 til selskabet fremgår bl.a.:

"Tandstatusskema: I henviser til afsnit 1.1, der egentlig blot siger, at forsikringstager skal give adgang til journal og røntgen materiale. Jeg ved ikke hvorfor I henviser til dette afsnit. Jeg har jo ikke nægtet jer adgang til disse oplysninger. De har blot ikke været der.

Ankenævnet for Forsikring

2.

93657

I henviser også til 6.2, hvor der står at såfremt det ikke er muligt, at fremskaffe dokumentation bagud i tid (3 år), er det en tandlægefaglig, der skal vurdere. Meget fint, men det må blive en sag for ankenævnet, at tage stilling til, om denne vurdering er foretaget professionelt og i overensstemmelse med jeres betingelser.

I jeres afslagsbrev fra den 30. januar 2019, fremgår det, at I undtager følgende tænder for dækning af forsikring: 3+, +7, 7-, 6-, 5-, -5, -6 og -7. Jeg kan måske forstå det med tanden -6 fordi der har haft rodbehandling og fyldning før. Hvad med resten? De er jo alle sunde og raske. I kan henvende jer til min nuværende tandlæge.

Jeg blev omfattet af forsikringen pr. 1. december 2017. Status I har nævnet er fra den 25. juni 2018 så behandlingsbehovet kan ikke vurderes som værende 'forudbestående' som I har skrevet.

For tænder 6-, 5-, -5, og -7 vil jeg gerne bede om en forklaring på. De var jo ikke medtaget på behandlingsoverslaget fra 3. august 2017. Jeg vil mene de derfor også er omfattet af forsikringen. Så, på hvilket grundlag undtager I dækning for disse?

Med hensyn til mine visdomstænder (+8, 8-). I har givet afslag på min tand nr. 8-.

I jeres svar på min klage skriver I, at en betingelse for dækning, er at behandlingstilstanden opstår efter ikrafttrædelsesdatoen 1.7.2017. Behandlingsoverslaget, som jeg har sendt til jer er jo fra den 3.8.2017. Problemer med 8- blev jo først opdaget – og dermed behandlingskrævende 3.8.2017. Forklaring udbedes.

I jeres sidste brev skriver I, at forsikringen dækker behandling for +8, da der ikke tidligere har været problemer med denne visdomstand. Det samme gælder for visdomstand 8- da jeg ikke tidligere har haft problemer med den. Hvorfor vil I ikke dække den?

Derudover vil jeg gerne spørge hvorfor jeg skal betale for erklæringen I har bedt om fra min tidligere tandlæge. I har brug for det ikke mig. I har bedt om det ikke mig. Desuden har I ikke varslet mig om, at jeg selv skal betale for dette. Så hvorfor jeg skal betale regningen, henvis gerne til betingelserne? I henviser kun til et skema, som jeg ikke har set noget til."

Selskabet har den 27/5 2019 bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagsfremstilling:

[Klageren] er omfattet af [gruppeforsikring] oprettet med ikrafttrædelse i forbindelse med ny overenskomst pr. 1. juli 2017 af [virksomhed]. [Klageren] er ansat i [virksomhed] 1.12.2017 og er pr. samme dato omfattet af gruppeforsikringen. [Klageren] har ansøgt om erstatning for tandbehandling, som vi har afvist, da der er tale om forud bestående behov for tandbehandling - og klager herefter over vores vurdering.

Vi fastholder vores vurdering

Ifølge forsikringsbetingelsernes § 6.2 dækker MMA tandforsikring ikke skader, der reelt allerede var eksisterende på indtrædelsestidspunktet. Hermed menes, at behandlingsbehovet er diagnosticeret/-journaliseret før 1.12.2017

Ankenævnet for Forsikring

3.

93657

Vores mailkorrespondance er fremsendt af [klageren]. Vi har registreret følgende skader anmeldt af [klageren]:

Skadenr. [skadenummer1], [skadenummer2], [skadenummer3], [skadenummer4], [skadenummer5], [skadenummer6], [skadenummer7]

Vedr. krav [skadenummer2] – behandlingsdato 2. januar 2019

Udtræk af visdomstænder, som har givet gener før forsikring trådte i kraft.

Vi henviser til daværende tandlæge, der skriver i tandlægejournalen 3.8.2017 - uddrag:

'Anamnese; ia ca 3-4 år siden sidste besøg

Subjektive symptomer; har ondt fra h suk ind imellem. knæk -6 ingen smerter herfra, kun gener fra skarp kant.

Slimhinder/Bidfunktion; ia.

Caries; kronisk caries 8+(1)

semiretineret 8-,+8

Mundhygiejne: Bør optimeres generelt med henblik p mdr. og FU om 3 mdr.'

Kronisk caries er opstået før forsikringens ikrafttrædelse 1.7.2017 – forudbestående lidelser er ikke omfattet af forsikring jfr. forsikringsbetingelserne:

'11 BEREGNING AF ERSTATNING

.....

Det er ikke afgørende, hvornår kravet fremsættes, eller behandlingen påbegyndes eller afsluttes, men alene, hvornår den behandlingskrævende tilstand er diagnosticeret/journaliseret.'

På baggrund af ovenstående gennemgang, kan vi ikke komme frem til et andet resultat og fastholder afgørelsen. Endvidere henviser vi til skrivelsen fra 13.2.2019 fra [medarbejder] (vedlagt som bilag).

Vi har endvidere besvaret en klage på skade nr. [skadenummer1], hvorfor vores svar på klage [skadenummer2] er en del af et samlet svar, fremsendt 15.2.2019.

Vi vedlægger forsikringsbetingelserne til brug for Ankenævnets afgørelse og henviser til afsnit 11, som nævnt ovenfor samt afsnit 5 afsnit i punkt 11:

'Det er ikke afgørende, hvornår kravet fremsættes, eller behandlingen påbegyndes eller afsluttes, men alene, hvornår den behandlingskrævende tilstand er diagnosticeret/journaliseret.'"

Af selskabet brev til klageren af 30/1 2019 fremgår bl.a.:

"Jeg indleder med at svare på din mail. Sagsbehandlingen ikke sammenlignes, da der foretages en individuel vurdering af alle sager. Måske har nogle af dine kollegaer været fast hos tandlæge 2 gange om året igennem en længere årrække, og dermed er deres sager hurtigere at vurdere.

Nu har vi fået oplysningerne fra din tandlæge, og vores tandlægekonsulent har foretaget en vurdering af dit tandsæt ud fra journal, røntgen og tandstatusskema.

Jeg må desværre skuffe dig og fortælle, at forsikringen ikke dækker dine tandlægeudgifter på skade nr. [skadenummer1].

Årsagen er, at behandlingsbehovet på tanden (8-) er forudbestående og opstået før denne forsikring trådte i kraft. Du kan læse mere i forsikringsbetingelserne.

Samtidig er der nu foretaget en fuldstændig vurdering af dine tænder ud fra det indsendte tandstatusskema, som din tandlæge har udfyldt i juni 2018 og følgende tænder er IKKE omfattet af forsikringen: 3+, +7, 7-, 6-, 5-, -5, -6 og -7

Årsagen er, at der er meget stort fæstetab ved disse tænder og dette er opstået, før denne forsikring trådte i kraft."

Af selskabets brev til klageren af 20/3 2019 fremgår bl.a.:

"1. Tandstatusskema

Dit tandstatusskema er udarbejdet den 25. juni 2018. Grunden til dette var, at MMA tandforsikring ikke kunne få nødvendigt journalmateriale, da du i en årrække ikke havde været til tandlægen. Se gerne afsnit 1.1 og 6.2 i dine forsikringsbetingelser.

De tænder, der har anmærkninger med fæstetab (3+, +7, 7-, 6-, 5-, -5, -7), rodbehandling (-6) og behandlingskrævende (-6, +8) er ikke dækket af forsikringen, da behandlingsbehovet vurderes som værende forudbestående i forhold til, hvornår du blev omfattet af forsikringen pr. 1. december 2017.

Det betyder ikke noget, om alle tænderne har været medtaget på et overslag den 3. august eller ej. Status er, at de ud fra skemaet ikke er raske i udgangspunktet (den 25. juni 2018), og dermed kan behandling af dem ikke dækkes af forsikringen.

2. Betaling for tandstatusskema (af din tandlæge på regning kaldt Forsikringserklæring)

MMA tandforsikring dækker ikke evt. udgifter i forbindelse med udarbejdelse af tandstatusskema. Dette fremgår nederst på skemaet, hvor der står 'Bemærk: Eventuelle udgifter vedrørende udfyldelse af dette skema er et anliggende mellem patient og tandlæge. '

Jf. ovenstående er skade nr. [skadenummer4] (betaling for tandstatusskema/forsikringserklæring) ikke dækket af forsikringen.

3. Indsendte regninger

Jf. punkt 1 ovenfor er skade nr. [skadenummer5] (fjernelse af -6) ikke dækket af forsikringen.

Forsikringen dækker skade nr. [skadenummer6] (fjernelse af +8). Tand +8 står også som behandlingskrævende på statusskemaet. Den er blevet diskuteret, og konklusionen er, at forsikringen dækker behandling, da der ikke tidligere har været problemer med denne visdomstand.

4. Afslag på behandling af 8-

Tand 8- er der givet afslag på. Det er tandfagligt vurderet, at tilstanden har været forudbestående i forhold til din indtræden i ordningen pr. 1. december 2017, da følgende er noteret i din journal den 3. august 2017:

'Anamnese; ia ca. 3-4 år siden sidste tdl. besøg

Ankenævnet for Forsikring

5.

93657

Subjektive symptomer; har ondt fra hs uk ind i mellem. knæk -6 ingen smerter herfra, kun gener fra skarp kant.
Slimhinder/Bidfunktion; ia.
Caries; kronisk caries 8+(1).
semiretineret 8-,+8"

Af selskabets brev til klageren af 5/4 2019 fremgår bl.a.:

"1. Tænders sundhedstilstand

De tænder, der i tandstatuskemaet er markeret med fæstetab på 5 mm eller derover og har været ubehandlede i ca. 5 år jf din mail fra 15. juni 2018. Fæstetabet opstår ikke fra 1. december 2017 til 25. juni 2018, men over en længere periode, hvor dine tænder ikke er blevet behandlet. Derfor betragtes behandlingsbehovet på disse tænder at være forudbestående."

Af klagerens tandlægejournal fremgår bl.a.:

"03-08-2017

Den kliniske undersøgelse viser:

Aktiv kaviteret caries:-6 14;

Aktiv ukaviteret caries:8+ 1;

Positive fund Checkliste for risikofaktorer:

Aktiv caries

Pocher >= 3,5mm og/eller blødning

Udfyldt Checkliste risikofaktorer jvf. Nationale kliniske Retnings linjer. Sat farvespor gul (Bilag 001)

Diagnostisk grundundersøgelse fra 26 år (DG)

FU Interval ændret fra 6 til 3 mdr.

Anamnese; ia ca. 3-4 år siden sidste tdl. besøg

Subjektive symptomer; har ondt fra hs uk ind i mellem. knæk -6 ingen smerter herfra, kun gener fra skarp kant.

Slimhinder/Bidfunktion; ia.

Caries; kronisk caries 8+(1).

semiretineret 8-,+8

Mundhyg: Bor optimeres generelt med henblik p mdr. og FU om 3 mdr.

Pocher >= 4 mm. Indikation for udvidet tandrensning

2 Bitewings ifm. Diagnostisk grundundersøgelse

Indikation for bitewings: Diagnostik og prognosevurdering. Rtg -beskrivelse:

Opklaringer i emalje/dentin: I.a. Knogleniveau(paro): I.a. Andet: I.a.

Pt. accept rgt.

-6; Røntgenoptagelse TF Tandfilm

-6 -indikation Diagnostik og prognosevurdering

-6 Røntgenbeskrivelse: Tandvæv: I.a. Parodontium: I.a. Omgivende strukturer: I.a.

...

13/6/2018

Semiretineret 8-.

C. progressiva superficialis 8+ flade 1. C. progressiva superficialis

Fraktur -6 145.

Semiretineret +8.

Diagnostisk grundundersøgelse. Anamnese medicinsk: Jf. helbredsskema udfyldt dd.. Hjemmetandplejevaner: Anvender alm. tandbørste og fluortandpasta 2 gange dgl.. Anamnese odontologisk: Flere år siden sidste eftersyn.. Ikke-ryger. Afpudsning og fjernelse af bløde belægninger.

Tænder: Caries jf. registrering dd.. Parodontium: Poche screening 4-5 mm med BOP flere steder.

Mundhygiejne: Plak i approximalrum. Påvist for pt.

Slimhinder: Fine forhold på kind, tunge og mundbund, i.a.

Bidfunktion screening: Generel slid af tandsæt udover alderssvarende, begrænset til emalje..

Tandstatus registreret og noteret i statusdiagram.

Diagnose: ////caries media -6// //caries dentalis prog. superficialis 8+// //dens difficilis 8-////

Behandlingsplan og alternative behandlingsmuligheder er gennemgået med patient. Overslag udleveret jf. bilag i journal. Patient er indforstået og accepterer planen..

Diagnostisk grundundersøgelse. Neutral okklusion.

Risikoprofil: Gul

Næste FU: Kontrol af approximal renhold og parodontosestatus om mdr: 4

Pt. informeret om årsagerne til tandsygdommens opståen og kostens mulige skadelige virkning.

Hensigtsmæssige hjemmetandplejevaner gennemgået.

Bitewings i forbindelse med diagnostisk grundundersøgelse. Pt. har givet informeret samtykke til aktuel diagnostik og behandling.

Indikation: Diagnostik af caries og marginal parodontopati. BW 2 stk

HS, 1 stk VS. Røntgen viser: Marginal knoglesvind sv.t. parodontosedignoser stillet dd.

8- ses med horisontal lejring. der ses pocher 4mm, pt har ikke haft symp. der forsøges at skyde approx. frit uden held. der sonderes ikke cavitet. aftalt observation og grundig rens og renhold. talt mulig amotio +8 hvis ingen bedring efter pa beh af +7. pt er indforstået..

Parodontal undersøgelse og diagnostik. Indikation: Marginal parodontitis på minimum 2 tænder med et klinisk fæstetab på 2 mm. eller mere og inflammation i pocherne. Diagnose: //Parodontitis marginalis adulta progressiva lenta//. Diagnose: //Parodontitis marginalis levis// 3+,+7,7-,6-,5-,5-,7.PA registrering: Pochedybde, Margo gingivae, Fæstetab, Blødning, Pus, Furkaturinvolvering, Løsningsgrad, Se skema. Prognose: der ses god korrelation mellem sygdomsaktivitet og lokale ætiologiske faktorer.. Pt. informeret om parodontal status, sygdomsaktivitet og diagnoser. Vigtigheden af behandling og egenindsats forklaret. Behandlingsplan og alternative behandlingsmuligheder er gennemgået med patient. Overslag udleveret jf. bilag i journal. Patient er indforstået og accepterer planen..

RTG -6. Pt. har givet informeret samtykke til aktuel diagnostik og behandling. Indikation: Behandlingsplanlægning. Røntgen viser: der ses sufficient rodf. 3 kanaler. fine periapikale forhold. Klinisk ses: ingen pocher >4mm, ingen løsning. blød ved sondering men ryger ikke igennem til furkatur. set i samråd med nhø. pt ønsker at forsøge at bevare tand. informeret at hvis caries til furkatyr da skal tand exés. pt er indforstået.."

Af tandstatusskema af 25/6 2018 fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

7.

93657

8+	7+	6+	5+	4+	3+	2+	1+	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	Betydning af felt
																Manglende tand (sæt kryds)
																Fyldning. Angiv flade 1-5
					5										8	Fæstetab. Angiv pocher >=5
																Indlæg eller kroner. Angiv type (AU, MK, IM, HK)*
																Rodbehandlet tand (sæt kryds)
																Periapikale forandringer på rodbehandlet tand
															X	Behandlingskrævende tand (sæt kryds)
																Ekskluderede tænder (udfyldes af MMA)

8-	7-	6-	5-	4-	3-	2-	1-	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	Betydning af felt
																Manglende tand (sæt kryds)
																Fyldning. Angiv flade 1-5
		5	5	5								5			5	Fæstetab. Angiv pocher >=5
																Indlæg eller kroner. Angiv type (AU, MK, IM, HK)*
													X			Rodbehandlet tand (sæt kryds)
																Periapikale forandringer på rodbehandlet tand
													X			Behandlingskrævende tand (sæt kryds)
																Ekskluderede tænder (udfyldes af MMA)

*) IM= Implantat, HK= Helkeramisk krone./indlæg. Ved implantat i front, vedlæg røntgenbilleder

Ansøger har: ☐ HO ☐ HU ☐ PO ☐ PU ☐ Protese Ansøgers mundhygiejne (sæt kryds): **INSUFFICIENT**

Ryger (sæt kryds) ☐ Ja ☒ Nej Antal eftersyn pr. år **NY PL**

Bemærkninger: Observationer; kroniske sygdomme, medicin forbrug:
I 2

...

Bemærk: Eventuelle udgifter vedrørende udfyldelse af dette skema er et anliggende mellem patient og tandlæge."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"1 AFTALEN

Gruppetandforsikringen (herefter kaldet forsikringen) er etableret som en obligatorisk gruppetandforsikring tegnet i AmTrust Europe Limited (herefter kaldet Forsikringsgiveren). Dækningen omfatter følgende tandbehandlingsområder:

Behandling

Undersøgelse og Tandrensning

Omfattet

Nej

...

6 FORSIKRINGEN DÆKKER IKKE

Forsikringen dækker ikke udgifter til følgende behandlinger af forsikredes tandsæt:

...

6.2 Allerede igangværende, planlagte eller anbefalede behandlinger

Hvis der ved protetiske skader (kroner, broer o. lign.) ikke foreligger tilfredsstillende journal-/røntgen dokumentation bagud i tid (min 3 år), vil det være Forsikringsgiverens tandlægekonsulent, der ud fra en tandlægefaglig betragtning vurderer om en skade reelt allerede var eksisterende på indtrædelsestidspunktet. Hermed menes, at behandlingsbehovet, såfremt der havde været en journal, må antages at have været anbefalet eller diagnosticeret.

13 HVORNÅR OPHØRER FORSIKRINGEN?

13.1 Automatisk ophør af forsikringsdækningen

Forsikringsdækningen ophører automatisk i følgende situationer:

- Ved ophør af medlemskab af den gruppe, der berettiger til forsikringen – f.eks. ved fratrædelse hos arbejdsgiveren
- Ved udgangen af det kalenderår, hvor forsikrede fylder 85 år, eller
- **Ved forsikredes død.**

14 ÆNDRING AF FORSIKRINGSBETINGELSER

Forsikringsgiveren er berettiget til at foretage ændringer i forsikringsbetingelserne overfor arbejdsgiveren som gruppeforsikringstager med 3 måneders varsel til hovedforfald.

Arbejdsgiveren vil meddele forsikrede at forsikringsbetingelserne er ændrede og stille et nye sæt forsikringsbetingelser til forsikrede rådighed, jfr. pkt. 3."

Nævnet udtaler:

Klageren blev den 1/12 2017 omfattet af en gruppetandforsikring.

Nævnet lægger til grund, at klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist at yde dækning for udgifter til fjernelse af tanden 8- den 17/1 2019 og af -6 den 19/2 2019. Nævnet lægger videre til grund, at klagen vedrører, at selskabet generelt har undtaget tænderne 3+, +7, 7-, 6-, 5-, -5, og -7 fra forsikringsdækning fremadrettet. Det fremgår herudover, at klageren ønsker, at selskabet afholder udgiften på 495 kr. for udgiften til tandstatusskemaet.

Selskabet har afvist at yde dækning for tænderne 8- og -6 under henvisning til, at forsikringen ikke dækker skader, som var eksisterende på indtrædelsestidspunktet, og at tænderne havde givet gener forud for, at forsikringen trådte i kraft.

For så vidt angår de angivne tænder, som selskabet fremadrettet har undtaget for dækning, har selskabet anført, at disse tænder ifølge tandstatusskema af 25/6 2018 havde et fæstetab på 5 mm. Selskabet har i den forbindelse anført, at et sådant fæstetab ikke kan være opstået i perioden fra ikrafttræden den 1/12 2017 og frem til undersøgelsen den 25/6 2018. Selskabet har også anført, at klagerens mundhygiejne er utilstrækkelig, og at han ikke har været hos tandlægen i 5 år.

Ankenævnet for Forsikring

9.

93657

Selskabet ses ikke over for nævnet at have kommenteret klagerens krav om betaling af en forsikringserklæring.

Af klagerens tandlægejournal fremgår det af notat af 3/8 2017: "Den kliniske undersøgelse viser: Aktiv kaviteret caries:-6 14; Aktiv ukaviteret caries:8+ 1 ... Anamnese; ia ca. 3-4 år siden sidste tdl. besøg. Subjektive symptomer; har ondt fra hs uk ind i mellem. knæk -6 ingen smerter herfra, kun gener fra skarp kant. Slimhinder/Bidfunktion; ia. Caries; kronisk caries 8+(1). semiretineret 8-,+8. mundhyg: Bør optimeres generelt med henblik p mdr. og FU om 3 mdr". Det fremgår videre af notat af 13/6 2018: "Semiretineret 8-. C. progressiva superficialis 8+ flade 1. C. progressiva superficialis. Fraktur -6 145. Semiretineret +8. ... Diagnose: ////caies media -6// //caries dentalis prog. superficialis 8+// //dens difficils 8-////"

Af tandstatusskema af 25/6 2018 fremgår det, at tænderne 3+, 7-, 6-, 5-, -5 og -7 har et fæstetab på 5 mm, at tanden +7 har et fæstetab på 8 mm, at tanden +8 er behandlingskrævende, og at tanden -6 tidligere har været rodbehandlet og er behandlingskrævende.

Af forsikringsbetingelsernes punkt 6.2 fremgår det, at forsikringen ikke dækker allerede igangværende, planlagte eller anbefalede behandlinger. Det fremgår videre, at "hvis der ved protetiske skader (kroner, broer o. lign.) ikke foreligger tilfredsstillende journal-/røntgen dokumentation bagud i tid (min 3 år), vil det være Forsikringsgiverens tandlægekonsulent, der ud fra en tandlægefaglig betragtning vurderer om en skade reelt allerede var eksisterende på indtrædelsestidspunktet. Hermed menes, at behandlingsbehovet, såfremt der havde været en journal, må antages at have været anbefalet eller diagnosticeret."

Tanden 8-

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet ikke har godtgjort, at fjernelsen af 8-den 17/1 2019 er undtaget i medfør af undtagelsesbestemmelsen i punkt 6.2, hvorefter "allerede igangværende, planlagte eller anbefalede behandlinger" ikke er dækket af forsikringen.

Ankenævnet for Forsikring

10.

93657

Nævnet lægger til grund, at det aktuelle behandlingsbehov af 8- ikke var til stede på tidspunktet for forsikringens ikrafttræden den 1/12 2017, og nævnet finder, at bestemmelsen efter sin ordlyd ikke kan udstrækkes til at omfatte behandlingsbehov, der på tegningstidspunktet med en vis sandsynlighed måtte kunne opstå fremover, men som ikke var aktuelt behandlingskrævende.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at der i klagerens lægejournal og i tandstatusskemaet af 25/6 2018 ikke er angivet forhold, der giver grundlag for at antage, at tanden forud for den 1/12 2017 var behandlingskrævende. Det er nævnets opfattelse, at en semiretineret visdomstand ikke i sig selv udgør et aktuelt behandlingsbehov.

Tanden -6

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at afholde udgifter til behandling af -6.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af klagerens tandlægejournal den 3/8 2017, at tanden på dette tidspunkt var knækket.

Nævnet har også lagt vægt på, at det fremgår af journalen, at tanden tidligere har været rodbehandlet.

Tænderne 3+, 7-, 6-, 5-, -5 og -7

Selskabet har i brev til klageren af 30/1 2019 anført, at tænderne 3+, 7-, 6-, 5-, -5 og -7 fremadrettet er undtaget fra forsikringsdækningen, da det fremgår af tandstatusskema af 25/6 2018, at tænderne har fæstetab, og at dette er opstået forud for at forsikringen trådte i kraft.

Nævnet bemærker, at en generel fremadrettet undtagelse fra forsikringsdækningen af en række specifikke tænder må betragtes som en partiel opsigelse af forsikringsdækningen for disse tænder.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet ikke har været berettiget til generelt fremadrettet at undtage tænderne fra forsikringsdækningen.

Nævnet har lagt vægt på, at der i forsikringsbetingelserne ikke ses at være en adgang for selskabet til at opsigte forsikringsdækningen partielt som sket i henhold til forsikringsbetingelsernes pkt. 13 og 14, hvorefter opsigelse eller ændring af gruppeforsikringen kun kan ske i nogle nærmere specificerede situationer, der ikke er relevante for sagen.

Selskabet skal derfor anerkende, at disse tænder fortsat er dækkede under gruppeforsikringen. Selskabet skal derfor genoptage behandlingen af eventuelle skader, som måtte være afvist under henvisning til den anførte generelle undtagelse vedrørende nogle af klagerens tænder og foretage en konkret vurdering af dækningsspørgsmålet i henhold til de gældende forsikringsbetingelser. Nævnet henviser herved til nævnets kendelse nr. 91839.

Udgifter til undersøgelse

Klageren har anført, at selskabet skal dække de 495 kr., som han har måttet betale til tandlægen for udfyldelsen af tandstatusskemaet af 25/6 2018.

Nævnet lægger til grund, at det er selskabet, der har anmodet om udfyldelsen af tandstatusskemaet som led i behandlingen af de tandskader, som klageren har anmeldt til selskabet.

Det er nævnets opfattelse, at udgifter til erklæringer mv. et selskab anmoder om at få udfyldt i forbindelse med behandlingen af en konkret skade, som udgangspunkt skal dækkes af selskabet. Nævnet finder efter en gennemgang af sagen ikke grundlag for, at der i den foreliggende sag kan afviges fra dette udgangspunkt. Selskabet skal derfor dække klagerens udgift på 495 kr.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at formålet med tandstatusskemaet efter alt at dømme har været, at give selskabet et tandlægefagligt grundlag for generelt at undtage dækning fremadrettet af de ovenfor anførte tænder.

Ankenævnet for Forsikring

12.

93657

Det forhold, at det fremgår af tandstatusskemaet, at "eventuelle udgifter til udfyldelse af skemaet er et anliggende mellem patient og tandlæge", og at det af forsikringsbetingelsernes punkt 1 fremgår, at forsikringen ikke dækker udgifter til undersøgelse, kan i den foreliggende sag ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, AmTrust Europe Limited v/Mma Tandforsikring Marsh & McLennan Agency A/S, skal anerkende, at klageren har ret til dækning af udgiften til behandling af tanden 8- og til dækning af udgiften til tandstatusskemaet på 495 kr.

Selskabet skal også anerkende, at selskabet ikke har været berettiget til generelt fremadrettet at ophæve forsikringsdækningen vedr. tænderne 3+, 7-, 6-, 5-, -5 og -7 og genoptage behandlingen af eventuelle skader, som måtte være afvist under henvisning til den anførte generelle undtagelse.

Allerede forfaldne beløb skal forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales.

Peter Thønnings