

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 18. maj 2021 blev i sag nr. 96046:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Gjensidige Forsikring
A.C. Meyers Vænge 9
2450 København SV

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sundhedsforsikring. I klageskema af 5/11 2020 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen:

On August last year me and ... went in person to [selskabets samarbejdspartner], I have arthrititis. reumathoid and I said it to the staff seller, even I showed her a support I do use on my right wrist, I asked if the insurance would cover me in case I want to try a new reumatologist treatment, she said yes, so I signed the contract, I regret afterwards and my husband phoned to [selskabet], they said to send a letter, he did it by Post Office, but after 2 months I got a letter saying that I must pay them or they w'd take me to the court. I paid it. July of this year I needed to use the insurance and I been informed that they don't treat chronic disease, and I should look for the Public Health.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

[Selskabets samarbejdspartners] staff oversold me the insurance, I told her that the 'the only' reason I was looking for the insurance was because I wanted a new arthritis treatment, in any moment she told me that the insurance she was selling would not suitable form, so it was not fair and I would like to have the money I paid for it, back to me."

Selskabet har i brev af 29/12 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"D. 13. august 2019 underskriver klager tilmeldingsblanket (bilag 1) og tilmelder sig dermed sundhedsforsikring hos dengang Mølholm Forsikring – sidenhen ændret navn til Gjensidige Forsikring. Forsikringen blev solgt og tegnet via [selskabets samarbejdspartner]. Der er tale om en privat ord-

ning og dermed Behandlingsforsikring Privat (bilag 2) hvor klager tilvalgte dækninger i forbindelse med transport og overnatning ved forløb i Danmark.

D. 14. august 2019 fremsender Gjensidige Forsikring pr. post et velkomstbrev (bilag 3) til kunden som bekræftelse på denne tilmelding. Af velkomstbrevet fremgår det at klager er tilmeldt pr. 1. september 2019. Desuden henvises der bl.a. til Mølholm Forsikrings hjemmeside med gældende forsikringsbetingelser samt om muligheden for at benytte fortrydelsesretten på 14 dage, vilkår for opsigelse af forsikringen hvis dette ikke gøres til hovedforfald samt vilkår for betalingsfrist. Sammen med brevet blev der fremsendt en brochure (bilag 4), som kort beskriver hvordan forsikringen benyttes samt hvilke dækninger der overordnet tilbydes og der henvises også her til gældende forsikringsbetingelser.

D. 19. november 2019 rettes der henvendelse til [selskabets samarbejdspartner] (bilag 5) eftersom klager ikke har betalt første præmien rettidigt. Grundet manglende betaling sendes sagen efterfølgende til inkasso.

D. 25. februar 2020 modtager vi henvendelse fra [selskabets samarbejdspartner] (bilag 5) indeholdende oplysninger om at klagers ægtefælle har taget kontakt til dem på baggrund af at klager er sendt til inkasso. Af denne mail fremgår det at klager og ægtefælle var af den opfattelse at forsikringen bortfald ved manglende betaling og at der skulle være fremsendt et håndskrevet brev til Gjensidige Forsikring, hvor der anmodes herom, men at der ikke foreligger dokumentation herfor. Klager anmoder via [selskabets samarbejdspartner] om at sagen trækkes tilbage og at der findes en løsning i sagen i form af at forsikringen annulleres og hvis ikke muligt, da at tilvalgsdækninger annulleres.

D. 20. marts 2020 [Inkassobureau] (inkassobureau, som registrerer betaling af skyldige beløb) registreret som fuldt betalt af klager.

D. 6. juli 2020 fremsender vi på baggrund af henvendelse brev til klager om, hvordan hun skal anmelde en sag til forsikringen (bilag 6).

D. 11. juli 2020 indsender klager en anmeldelse og en henvisning dateret 14. maj 2020 (bilag 7). Anmeldelsen er udfyldt på engelsk og beskriver store smerter i fødder, som opstod første gang i oktober 2016. Henvisningen fra lægen beskriver, at klager er kendt med seropositiv reumatoid artrit siden 2017.

D. 13. juli 2020 fremsendes der på baggrund af den fremsendte anmeldelse et afslag til klager (bilag 8). Sagen afvises, eftersom egen læge beskriver at der er tale om kendt kronisk lidelse som ønskes vurderet på ny. Afslaget beskriver, at forsikringen ikke dækker behandling af kroniske lidelser. Klager kontakter samme dag Gjensidige Forsikring og forklarer her, at hun købte forsikring for at komme til læge med sin kroniske sygdom og at [selskabets samarbejdspartner] skulle have informeret om at dette var muligt. Hun anbefales at tage en dialog med dem herom (bilag 9).

D. 14. juli 2020 kontakter klagers ægtefælle [selskabets samarbejdspartner] pr. mail (disse mails er blevet oversat til dansk) (bilag 10). Af denne fremgår det blandt andet at klager og ægtefælle inden køb af forsikringen skulle være informeret om, at forsikringen var god og ville dække alt – men at klager nu havde fået afslag. Rådgivningen og behandlingen påtales af klager.

D. 27. juli 2020 bekræfter [selskabets samarbejdspartner] modtagelse af klagers mail. [Selskabets samarbejdspartner] pointerer i dette svar hvilken rolle de har haft i forbindelse med indtegninger - at der altid henvises til Gjensidige Forsikring ved konkrete spørgsmål. Sagen afsluttes fra deres side af og der henvises til [selskabets samarbejdspartners] klageansvarlige ved fortsat uenighed.

D. 28. juli 2020 fremsender klagers ægtefælle en klage til [selskabets samarbejdspartners] klageansvarlige. Af denne korte klage fremgår det at [selskabets samarbejdspartner] har ladet klager tro at hendes kroniske lidelse ville være omfattet og at indtegningen netop er sket på baggrund af dette.

D. 10. august 2020 bekræftes modtagelsen af klagen.

D. 28. august 2020 kontakter klagers ægtefælle os. Han oplyses om regler for opsigelse af privattegnet forsikring – at dette skal ske 3 måneder til forfald ellers pålægges gebyr på 500 kr. ved så kaldt hurtig opsigelse (løbende måned plus en måned).

D. 2. september 2020 modtager vi en opsigelse fra klager pr. mail (bilag 11).

D. 3. september 2020 kontakter klagers ægtefælle os igen og vil høre om forsikringen er lukket ned. Samme dag afsender vi brev til klager hvor opsigelsen bekræftes og vi lader klager fratræde ordningen pr. 1. september 2020 uden at opkræve gebyr samt yderligere præmie (bilag 12).

D. 8. september 2020 retter [selskabets samarbejdspartner] henvendelse til os og spørger om vi har modtaget et brev fra klager pr. post indeholdende opsigelse, hvilket vi bekræfter ikke at have modtaget (bilag 13).

D. 17. september 2020 fremsender [selskabets samarbejdspartners] klageansvarlige svar til klager (bilag 10). De giver ikke klager medhold – der foreligger ikke nogen oplysninger eller indikation i sagen om at der er givet forkert eller mangelfuld information. Derudover italesætter [selskabets samarbejdspartners] at klager ikke vurderes at have overholdt aftaleforholdet med Gjensidige Forsikring grundet manglende svar og betaling samt at ønsket om ikke at tegne forsikringen alligevel, var taget inden klager blev gjort opmærksom på, at forsikringen ikke dækkede kroniske lidelser. Klager opfordres til at rette henvendelse til Gjensidige Forsikring i den konkrete sag. Der henvises i skrivelsen ligeledes til Ankenævnet for Forsikring, i tilfælde af uenighed i deres konklusion.

D. 5. november 2020 modtager vi henvendelse fra Ankenævnet for Forsikring om at klager har indsendt klage.

Klager beskriver i sin klage til Ankenævnet for Forsikring, at hun i forbindelse med møde med [selskabets samarbejdspartners] om tilstedeværelsen af sin kroniske gigtsygdom og sågar viser støttebind brugt på fod. At [selskabets samarbejdspartners] skulle have bekræftet at vi ville dække behandling af denne lidelse hvorefter klager underskriver aftalen. Klager hævder at [selskabets samarbejdspartners] har oversolgt forsikringen og hun ønsker på baggrund af dette at få refundert alle præmieudgifter i forbindelse med aftaleforholdet.

Vurdering

Af foreliggende oplysninger fremgår det ikke at [selskabets samarbejdspartners] har ydet anden rådgivning end generel rådgivning om forsikringen i forbindelse med indtegningen – dvs. at der som klager påstår er ydet konkret vejledning og tilkendegivelse om dækning i forbindelse med klagers kendte kroniske lidelse. Spørgsmål til konkrete sager henvises netop direkte til Gjensidige Forsikring, eftersom [selskabets samarbejdspartners] ikke kan tage stilling til disse. At konkrete personer tilknyttet [selskabets samarbejdspartners] i forbindelse med indtegnings har fået kendskab til klagers kroniske lidelse er ikke ensbetydende med at denne dækkes af forsikringen og eller at den sælges med udgangspunkt i denne.

Dernæst er der i forbindelse med indtegningen fremsendt information fra Gjensidige Forsikring om at en hver dækning er i henhold til gældende forsikringsbetingelser for Behandlingsforsikring Privat, hvorfor klager har haft mulighed for at gennemgå samt stille spørgsmål til disse og anmeldelsesproceduren i perioden hvor fortrydelsesretten løb. Klager har i denne periode ikke kontaktet Gjensidige Forsikring mhp at få spurgt ind til gældende forsikringsbetingelser om end der opfordres til dette i det fremsendte materiale og benyttede ej heller den mulige fortrydelsesret.

Vi vurderer ikke at der påhviler hverken [selskabets samarbejdspartners] eller os et ansvar i at godtgøre det beløb klager ønsker tilbagebetalt på baggrund af påstået fejlagtigt eller mangelfuld information i forbindelse med indtegningen. Et hvert konkret dækningsspørgsmål henvises direkte til os – både af [selskabets samarbejdspartner] og flere steder i vores materiale, som fremsendes ved indtegningen. Af materialet fremgår det desuden blandt andet at sager vurderes ud fra gældende betingelser, hvorfor der aldrig kan loves dækning uden at der er anlagt en sag, hvilket klager først gør i juli 2020.

Af det fremsendte materiale fremgik ligeledes vilkår omkring betaling af præmie samt opsigelsesfrister. Trods dette overholdte klager ikke fristen hvorfor hun blev sendt til inkasso. Trods denne misligholdelse af aftaleforholdet i forbindelse med betaling af første præmie vælger vi i forbindelse med opsigelse af forsikringen, ikke at opkræve det gebyr som ellers fremgår af det fremsendte materiale og forsikringsbetingelser, vi er berettiget til. Dernæst lader vi også klager fratræde tidligere end ovenstående beskriver er muligt og sparer dermed klager for yderligere præmieudgifter.

På baggrund af ovenstående og foreliggende oplysninger vurderes der ikke at der er fremlagt bevis for at rådgivningen har været forkert eller mangelfuld, hvilket skulle medføre godtgørelse af betalt præmie. Vi vurderer at [selskabets samarbejdspartners] har ydet korrekt rådgivning i forbindelse med indtegningen ikke har lovet klager dækning i forbindelse med kendt kronisk lidelse samt at vi har fremsendt tilstrækkelige oplysninger om dækningsforhold ved indtegningen.

Bevisbyrden påhviler den, der rejser krav – vi vurderer ud fra det foreliggende ikke at klager har sandsynliggjort, at vi må ifalde dækning på erstatningsretligt grundlag. Dernæst har klager ligeledes ej heller sandsynliggjort, at der skulle være fremsendt brev med fortrydelse af tegningen. Gjensidige Forsikring har derfor været berettiget til at opkræve præmie for den risiko, som vi har pådraget os i den tegnede periode og klager har kunne benytte forsikringen i denne periode."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af klagerens anmeldelse af 11/7 2020 fremgår bl.a.:

"Ønsket behandling: Speciallæge: Reumatologi

Hvad hedder lidelsen/hvad fejler du: working as a ...

Hvilke symptomer har du? Hvordan er de opstået? my feet are very painful

Hvornår mærkede du de første symptomer/ begyndte lidelsen? 20.10.2016."

Af selskabets velkomstbrev af 14/8 2019 fremgår bl.a.:

"Du er pr. 01-09-2019 tilmeldt Mølholm Behandlingsforsikring. Hos Mølholm Forsikring hjælper vi hvert år mere end 100.000 kunder videre til undersøgelse og eller behandling - og det kan vi også gøre for dig.

Vedlagt dette brev finder du en brochure med informationer om, hvordan du benytter din behandlingsforsikring. Heri kan du også læse om, hvad din forsikring dækker.

Tryghed i din hverdag

Din behandlingsforsikring giver adgang til hurtig undersøgelse og behandling for skader og lidelser - opstået på arbejdet og i fritiden. Eksisterende skader og lidelser er efter 6 måneders forsikring også omfattet. Vi overtager dog ikke igangværende eller planlagte behandlinger

Udvikling - så er du altid bedst dækket

Hos Mølholm Forsikring ved vi, hvor vigtigt det er, at vores forsikringer til enhver tid matcher vores kunders behov. Derfor udvikler og tilpasser vi løbende vores produkter, services og forsikringsbetingelser.

I vores nyheds- og downloadcenter på molholmforsikring.dk finder du altid vores gældende forsikringsbetingelser. Så har du altid adgang til den nyeste viden om dine muligheder og dækninger.

Faglighed – vi vil give dig den bedste service

Hurtig undersøgelse og behandling kræver, at vi altid yder dig den bedste sagsbehandling. Når du anmelder en skade, bliver din sag derfor altid behandlet af en af vores sygeplejersker, der inden for 1-2 arbejdsdage giver dig en faglig vurdering af netop dine behov og muligheder. Har du uddybende spørgsmål til din egen dækning, er du altid velkommen til at kontakte os på tlf.

Din betaling

Du modtager inden for de næste 2-6 uger din faktura med posten eller som elektronisk indbetalingskort i din netbank (hvis du har valgt denne indstilling i din netbank).

Husk, at hvis du tilmelder din faktura Betalingsservice, så undgår du 50 kr. i administrationsgebyr på din næste opkrævning.

Hvis du ønsker at opsige din forsikring

Forsikringspræmien faktureres altid for et år ad gangen og skal opsiges skriftligt jf. forsikringsbetingelserne.

Normal opsigelse: 3 måneders varsel til hovedforfald (dvs. den måned hvor din forsikring fornyes).

Kort opsigelse: indeværende måned + 1 måneds varsel mod ekspeditionsgebyr på 500 kr.

Fortrydelsesret

Jf. Forsikringsaftalelovens § 34 j. kan du fortryde dit køb ved skriftligt at underrette Mølholm Forsikring senest 14 dage efter, at du har modtaget dette brev."

Af selskabets brochurefremsendt sammen med velkomstbrevet fremgår bl.a.:

"Sådan vurderer vi din skade. Når vi modtager din skadesanmeldelse, vurderer vi den altid ud fra vores gældende forsikringsbetingelser ... Samtidig vurderer vi, om en behandling ud fra et lægeligt skøn kan kurere eller væsentligt forbedre den anmeldte lidelse, sygdom eller skade. Det betyder med andre ord, at al behandling for at kunne blive godkendt skal kunne bidrage til en betydelig forbedring af den forsikredes helbredstilstand. * Af den grund kan der ved fx kroniske lidelser være begrænset dækning.

Læs meget mere om den konkrete dækning i vores forsikringsbetingelser. Dem finder du på

*Har du brug for en konkret vurdering af dækning i forbindelse med specifikke lidelser, sygdomme eller skader, beder vi dig kontakte os personligt. I vores gældende forsikringsbetingelser finder du også altid nærmere information om, hvad og hvordan din sundhedsforsikring dækker. Forsikringsbetingelserne finder du på

...

Hvad gør du – når du får en skade eller bliver syg?

...

På Mit Møhlholm, som du finder på vores hjemmeside, udfylder du let og hurtigt din skadeanmeldelse. Har du brug for rådgivning om dækningen af din skade, sidder vi også klar til at hjælpe dig."

Af intern e-mailkorrespondance af 25/2 2020 fra samarbejdspartneren til selskabet fremgår bl.a.:

"Nu tager kundens [ægtefælle] kontakt, da [klageren] har modtaget brev fra inkasso. Han mente ikke han havde tegnet forsikringen, da han ikke havde betalt den, og troede den faldt bort, når han undlod at betale den. Han siger også han har skrevet et skriftligt brev til jer om at [klageren] ikke ønsker forsikringen alligevel, men det kan han ikke dokumentere, da det var håndskrevet. Vi har ikke haft nogen kontakt til kunden vedrørende dette. Kunden spørger om der er nogen chance for at trække betalingen tilbage fra inkasso (...), og kunden kun betaler for forsikringen, og uden transport hvis muligt, og der bliver lavet en aftale om tilbagebetaling. Kundens ønske er at forsikringen bliver annulleret."

Af lægehenvielse fremgår det bl.a.:

"Ovenstående er kendt med seropositiv reumatoid arthritis siden 2017, er i behandling med methotrexat. Ellers ingen anden behandling, tålte ikke salazopyrin. Fået enkelte blokader med kortvarig virkning. Mange smerter, men man finder ikke tegn på inflammation, hverken ved UL eller i blodprøver og derfor ikke vurderet indiceret at optimere reumatologisk behandling, er blevet tilknyttet smerteklinik."

Af selskabets afslag på dækning af 13/7 2020 fremgår bl.a.:

"Vi har nu behandlet din henvendelse vedr. leddegigt, og vi må i den forbindelse desværre meddele dig, at den ønskede undersøgelse/behandling ikke er dækket af din sundhedsforsikring.

Ankenævnet for Forsikring

7.

96046

I de foreliggende oplysninger fremgår det, at du har diagnosticeret med leddegigt, reumatoid artrit, og oplever forværring i dette. Leddegigt betragtes som værende en kronisk lidelse. Du anbefales derfor at kontakte din læge for at blive henvist til en reumatolog i det offentlige regi.

Afslag jf. gældende forsikringsbetingelser

Afslaget sker på baggrund af de gældende forsikringsbetingelser, der specificerer, at forsikringen ikke dækker behandling af kroniske lidelser.

Jf. Behandlingsforsikring Privat - s. 10 - punkt 12."

Af oversat e-mailkorrespondance mellem klagerens ægtefælle og samarbejdspartneren fremgår bl.a.:

"Sendt: 14. juli 2020 18:44

Til: [selskabets samarbejdspartner]

[Klageren] og jeg var inde hos [samarbejdspartneren] og snakkede om, hvordan vi kunne forsikre hende således, at hun kunne komme til Danmark og blive undersøgt og mulig behandling. Der fik vi oplyst om Mølholm forsikring, at den var god og at den ville dække alt. Også flyrejse, så vi tegnede denne (for os) dyre forsikring, selv om vi var i tvivl længe. Men så truede de os med sagsanlæg, fordi vi havde tegnet og underskrevet. Så vi blev nødt til at betale, selv om vi forsøgte at argumentere imod. Da vi så omsider anmeldte til Mølholm, fik vi afslag! Deres begrundelse var at de dækker ikke kroniske sygdomme. Og ... vidste, at [klageren] havde leddegigt, som af forsikringen bliver vurderet som kronisk smerte. De henviste os til det offentlige sundhedsvæsen vi fik i [samarbejdspartneren].

...

Sendt: 27. juli 2020

Til: [klageren]

Vi skal hermed bekræfte modtagelse af jeres e-mail. Vores sundhedsforsikring bliver solgt i samarbejde med Mølholm (Gjensidige) og vi rådgiver vores kunder i salgsforløbet om selve forsikringen. Når der er tale om spørgsmål vedrørende konkret behandling, så henviser vi altid til Mølholm, da vi ikke kan tage stilling til det. Det er ikke del af vores rådgivning, at en forsikring dækker alt. Vi beklager at I har forstået vores rådgivning således."

...

Sendt: 28. juli

Til: [selskabets samarbejdspartner]

Emne: Sundhedsforsikring

Vi vil med denne e-mail klage over konklusionen fra [samarbejdspartneren], om at [klageren] hverken får betalt for behandling eller noget tilbagebetalt af de 5.000 kr. som vi har betalt. Hun betalte i den tro at få betalt for behandling af leddegigt, som hun kæmper med. Vi tog beslutning om at tegne, efter vi havde fået rådgivning fra jer om at gøre det (lade sig forsikre gennem Mølholm)."

Af afslag på klage til selskabets samarbejdspartner af 17/9 2020 fremgår bl.a.:

"I gør gældende, at I ikke har fået korrekt rådgivning fra [selskabets samarbejdspartner], i forbindelse med tegning af sundhedsforsikring fra Mølholm, og at dette er direkte årsag til de ekstra udgifter, som I har haft af forsikringen. I gør bl.a. også gældende, at I ikke havde tegnet forsikrin-

gen, hvis I var klar over at forsikringen ikke dækker behandling for kronisk sygdom. I vil med denne klage pålægge [selskabets samarbejdspartner] at tilbagebetale jeres udgifter, grundet forkert eller mangelfuld rådgivning.

Begrundelse:

Med henblik til de oplysninger og sagens gang, skønnes der ikke, at der er nogen forbindelse mellem rådgivningen fra [selskabets samarbejdspartner] og jeres udgifter af forsikringen, herunder gebyret til Inkasso. Der foreligger ikke nogle oplysninger eller indikation om, at rådgivningen har været forkert eller mangelfuld og derved direkte årsag til, at I har haft disse ekstra udgifter.

Derimod skønnes der, at det virkelige problem i sagen er direkte knyttet til aftaleforholdet mellem jer og Mølholm; at I ikke har svaret deres henvendelse om betaling og derved ikke overholdt aftalen.

Derfor bliver sagen sendt til inkassation.

Når I siger at I ikke havde tegnet forsikringen, hvis I vidste, at forsikringen ikke omfatter behandling af kronisk sygdom, så skønnes dette ikke vedkommende i forhold til rådgivning i denne konkrete situation. Beslutningen om, at I ikke ønskede forsikringen alligevel, var allerede taget, inden I blev gjort opmærksomme på, at forsikringen ikke dækkede kronisk sygdom. At I efterfølgende gøres opmærksomme på dette, skønnes ikke at være direkte relevant i forhold til det virkelige problem i denne sag, som er de ekstra udgifter, som kommer af, at sagen blev sendt til inkassation på grund af ubetalt præmie.

Beskrivelse af sagens gang

Undertegnede har i forbindelse med behandling af denne klage fået udleveret alle dokumenter i sagen.

Desuden har undertegnede bedt om oplysninger fra Mølholm, hvor der bl.a. blev bedt om at få kopi af håndskrevet brev, som du oplyser, at du har sendt til Mølholm.

Undertegnede har i denne forbindelse fået oplyst, at Mølholm ikke har modtaget noget håndskrevet brev. De oplysninger som foreligger i sagen, og som derfor er begrundelse af denne konklusion, er email korrespondance mellem Mølholm og [selskabets samarbejdspartner], samt e-mail korrespondance med jer i forbindelse med denne klage.

Beskrivelse:

- Den 13. august 2019 underskriver I tilmeldingsblanketten til sundhedsforsikring gennem Mølholm.
- I e-mail korrespondance mellem [selskabets samarbejdspartner] og Mølholm d. 19. november 2019, meddeler Mølholm, at I ikke har svaret deres henvendelse og spørger os om vi har flere kontaktoplysninger, således at de kan kontakte jer.
- [Selskabets samarbejdspartner] svarer d. 20. november 2019, at de ikke har flere kontaktoplysninger, end dem Mølholm allerede har modtaget i tilmeldingsblanketten. [Selskabets samarbejdspartner] oplyser, at de også har prøvet at ringe til det oplyste nummer, men at nummeret ikke er aktivt længere.
- D.21. november 2019 meddeler Mølholm at de må sende sagen til inkassation, da I stadigvæk ikke har betalt forsikringspræmien.

- D.25. februar 2020 skriver [selskabets samarbejdspartner] til Mølholm, i forbindelse med at I har ringet til dem vedrørende inkassationen. I denne forbindelse oplyser du, at I ikke mente I havde tegnet forsikringen, fordi I ikke havde betalt den, og derfor gik ud fra, at forsikringen blev annulleret.
- Herefter slutter korrespondancen med Mølholm og [selskabets samarbejdspartner] har siden ikke haft nogen forbindelse til sagen indtil de modtager en klage fra jer d.14. juli 2020.

Konklusion:

Når alt kommer til alt er konklusionen, at det ikke er rimeligt at pålægge [selskabets samarbejdspartner] at betale erstatning for jeres udgifter i denne forbindelse, da der ikke synes at være direkte forbindelse mellem rådgivningen og det virkelige problem, som er gebyret til inkasso i forbindelse med ubetalt præmie.

Når der er tale om sag, som har direkte forbindelse med aftaleforholdet mellem jer og Mølholm, bør sagen tages op med Mølholm direkte. Derefter er det op til Mølholm at tage stilling til sagen, når det er dem, der administrerer disse forsikringer og tager stilling i konkrete sager."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"3. Hvad er dækket?

Forsikringen dækker undersøgelser og eller behandling af den anmeldte sygdom/skade/lidelse, såfremt der vurderes, at være tale om en svækket helbredstilstand, som kan bedres væsentligt eller kureres. Der dækkes én behandlingsform ad gangen. Forsikringen kan vælge at dække flere samtidig.

4. Hvad dækkes ikke?

Udover de undtagelser, der fremgår under de enkelte dækninger, omfatter aftalen uanset sinds-tilstanden på skadetidspunktet, ikke:

- akut behandling (fx skadestue eller lægevagt)
- praktiserende læge/speciallæge i almen medicin
- skader der er fremkaldt ved fortsæt eller ved grov uagtsomhed
- eksperimentel behandling
- skader opstået under udøvelse af professionel sport (når sporten drives, som hovederhverv)
- attester og rapporter
- refusion af moms
- rejseomkostninger i udlandet
- gebyr ved manglende rettidigt afbud
- private udgifter - herunder udgifter til hotelophold og til ledsager.
- udgifter til undersøgelse/behandling af sygdom/skade/lidelser under rejser/ophold i udlandet.

...

12. Vi dækker ikke

...

- Behandling af en kronisk lidelse. Dog dækkes operation, som kan kurere eller bedre tilstanden væsentligt."

Nævnet udtaler:

Klager købte den 13/8 2019 en sundhedsforsikring via selskabets samarbejdspartner. Klageren anmeldte den 11/7 2020, at hun havde smerter i sine fødder og ønskede reumatologisk behandling. Den 13/7 2020 afslog selskabet dækning, idet klageren lider af en kronisk gigtsygdom. Selskabet modtog opsigelse fra klageren den 2/9 2020 og lod klageren fratræde ordningen pr. 1/9 2020. Klageren ønsker at få refunderet sine præmieudgifter til forsikringen. Hun har anført, at hendes ægtefælle telefonisk orienterede selskabet om, at hun fortrød sit køb, og at hun på efterfølgende sendte brev til selskabet om sin fortrydelse af købet. Hun har videre anført, at selskabets samarbejdspartner ved salget af forsikringen oplyste, at behandling af hendes kroniske gigtsygdom var dækket af sundhedsforsikringen. Hun havde ved tilmeldingen fremvist støttebindet på sin fod.

Selskabet har afvist at refundere klagerens præmiebetalinger. Selskabet har anført, at samarbejdspartneren udelukkende ydede generel rådgivning om forsikringen. Selskabet har anført, at klageren ikke henvendte sig til selskabet i fortrydelsesperioden. Selskabet har ikke modtaget et brev med klagerens fortrydelse af købet. Selskabet har anført, at selvom enkeltpersoner tilknyttet samarbejdspartneren måtte have fået kendskab til klagerens kroniske lidelse, er dette ikke ensbetydende med, at den kroniske lidelse er dækket af forsikringen, eller at forsikringen er solgt med udgangspunkt i denne lidelse.

Det fremgår af brochuren – som klageren modtog – at kroniske lidelser kan have begrænset dækning, og at selskabet henviser til forsikringsbetingelserne for yderligere information om den konkrete dækning. Det fremgår, at klageren skal kontakte selskabet personligt, hvis klageren har brug for en konkret vurdering af dækning i forbindelse med specifikke lidelser, sygdomme eller skader.

Af forsikringsbetingelsernes punkt 12 fremgår det, at forsikringen ikke dækker "Behandling af en kronisk lidelse. Dog dækkes operation, som kan kurere eller bedre tilstanden væsentligt".

Fortrydelsesret

Ankenævnet for Forsikring

11.

96046

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at hun mundtligt eller pr. brev har meddelt selskabet, at hun fortrød købet af forsikringen inden for fortrydelsesfristen. Klagerens sundhedsforsikring kan derfor ikke anses som bortfaldet som følge af fortrydelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren – efter at være sendt til inkasso – den 20/3 2020 betalte præmien for forsikringen, og at hun den 11/7 2020 ønskede at få forsikringsdækning fra den pågældende forsikring.

Rådgivning i forbindelse med salget af forsikringen

Nævnet bemærker, at det efter almindelige forsikringsretlige principper er klageren, der skal bevise rigtigheden og størrelsen af sit krav.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hun ved købet af forsikringen fik tilsagn om, at forsikringen dækker hendes gigtsygdom, eller at samarbejdspartnernes rådgivning på anden måde har været behæftet med ansvarspådragende fejl.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at der ikke foreligger skriftlig dokumentation for, hvad klageren og samarbejdspartneren talte om ved salget af forsikringen. Nævnet bemærker, at det fremgår af brochuren, at kroniske lidelser kan have begrænset dækning, og at det derfor har formodningen mod sig, at samarbejdspartneren skulle oplyst, at klagerens gigtsygdom var dækket.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har afvist at refundere klagerens præmieudgifter.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Ankenævnet *for* Forsikring

12.

96046

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen