

Ankenævnet for Forsikring

Den 14. december 2022 blev i sag nr. 98322:

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 arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring. I klageskema af 1/6 2022 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Jeg modtager brev fra forsikringsselskabet om, at min tandbehandling skal afsluttes indenfor 6 måneder efter skadesdato. Efter henstilling fra fysioterapeut opsiger jeg min stilling hos ..., hvorefter selskabet oplyser mig om, at nu skal behandlingen afsluttes inden 31/12-21 pga. min opsigelse. Dette brev er jeg desværre ikke opmærksom på, da selskabet veksler mellem at skrive på hhv. E-Boks, email og i Min Indbakke på deres hjemmeside. Jeg afslutter således behandlingen indenfor de angivne 6 måneder, hvorefter min tandlæge modtager afslag på dækning af regning, begrundet i en overskridelse af fristen den 31/12-21. Ovennævnte frister er angivet i deres forsikringsbetingelser i Sundhedsforsikring Erhverv. I samme betingelser pkt. 10 står også der at aftalen følger de normale regler omkring forældelse efter den gældende forældelseslov.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Min påstand er at forsikringsselskabet er erstatningspligtigt, da både skade og anmeldelse heraf er sket i forsikringsperioden, og skal færdigbehandles for skadelidte uafhængigt af forsikringsaftalens ophør, og uanset hvad der er anført i forsikringsbetingelserne i Gjensidiges Sundhedsforsikring Erhverv, er forsikringsselskabet omfattet af gældende bestemmelser i hhv. forældelsesloven og forsikringsaftaleloven. Derved har jeg overholdt de terminer loven foreskriver. Mit krav udgør 40 % af tandlægeregningen i alt kr. 2795,- plus evt. rente og gebyr."

Selskabet har i brev af 23/6 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Den 9. august 2021 anmeldte klager en tandskade sket den 4. august 2021 og søgte dækning for tandbehandling. Klager oplyste følgende skadesbeskrivelse: '*Jeg har mistet et stykke af min for-*

tand og har irritation og tyggeproblem.' Klager oplyste, at skaden var sket ved udspring fra vippe i svømmehal.

Den 9. august 2021 bad vi klager fremsende yderligere oplysninger til vores stillingtagen, herunder tandlægejournal.

Den 30. august 2021 fremsendte klager prisoverslag og journal fra tandlæge. Prisoverslag dateret 30. august 2021 vedrørte laminatkroner for tand +1; total pris kr. 7.584,68.

Ved brev af 2. september 2021 godkendte vi udgift til tandlægebehandling svarende til 40 % af udgiften grundet tidligere skade, svarende til kr. 2.795. Udgift til forsikringserklæring var ikke dækket. Det oplyses, at godkendelsen gælder frem til den 4. februar 2022.

Den 18. november 2021 modtog vi besked fra klagers arbejdsgivers forsikringsmægler om, at klager var fratrådt sin stilling pr. 30. september 2021. Klager skulle derfor udtræde af den arbejdsgiverbetalte ordning.

I brev fremsendt den 25. november 2021 meddelte vi, at klager ikke længere var omfattet af sundhedsforsikring pr. 30. september 2021. Det skyldtes, at han var fratrådt sin stilling. Endvidere fremgik det af brevet angående igangværende behandling:

'Er du i gang med behandling?

Er du i gang med behandling af en godkendt skade/lidelse, skal du være opmærksom på at forsikringen dækker jf. vores gældende forsikringsbetingelser, som du finder på gjensidige.dk.

Har du spørgsmål til ophøret af din forsikring, eller vil du vide mere om dine muligheder fremadrettet, er du altid velkommen til at kontakte os på tlf. ...'

Den 3. december 2021 sendte skadesafdelingen et yderligere brev, hvoraf det fremgik, at dækning for klagers igangværende behandling ophørte pr. 31. december 2021.

Den 3. februar 2022 modtog vi en regning på tandbehandling kr. 2.794,71 for behandling i perioden 13. januar -3. februar 2022 vedrørende laminatkroner på tand 1+.

Den 4. februar 2022 afviste vi dækning, eftersom behandling havde fundet sted efter forsikringsophør.

Ved mail af 14. februar 2022 meddelte klager sin uenighed i afvist dækning. Klager var utilfreds med, at vi ikke overholdt vores oprindelige dækningstilsagn på dækning i op til seks måneder fra skadesdato. Klager henviste bl.a. til, at han var fratrådt stillingen hos sin arbejdsgiver af helbredsmæssige grunde pr. 30. september 2021.

Den 15. februar 2022 oplyste klager telefonisk til vores skadesafdeling, at han selv havde opsagt sin stilling. Ved brev af samme dato revurderede vi sagen og fastholdt afvisningen.

Den 18. marts 2022 klagede klager til Klageansvarlig enhed. Klager gjorde gældende, at hans krav fremsendt den 3. februar 2022 ikke var forældet, og at vi ikke var berettiget til at afvise dækning grundet forsikringsophør. Klager gjorde gældende, at han ikke havde læst brev af 3. december 2021 med oplysning om, at dækning ophørte pr. 31. december 2021. Klager henviste til, at dæk-

ningstilsagn af 2. september 2021, hvoraf det fremgik, at dækning gjaldt i seks måneder, forpligtede os. Klager fastholdt sit krav på kr. 2.794,71 plus evt. renter og gebyrer.

Ved mail af 25. marts 2022 fastholdt Klageansvarlig enhed, at det fremsatte krav ikke var dækket, eftersom klagers behandling havde fundet sted efter dækningsudløb, og at en sådan tidsfrist ikke var i strid med forældelsesreglerne.

Den 7. juni 2022 modtog vi Ankenævnsklagen. Klager oplyser, at han efter henstilling fra fysioterapeut op sagde sin stilling hos vores kunde. Klager gør gældende, at han skulle gøre brug af dækningstilsagnet indenfor seks måneder som meddelt i tilsagnet, og at han ikke har været opmærksom på brevet, hvoraf det fremgik, at behandling skulle være afsluttet inden den 31. december 2021. Klager påstår, at hans krav på kr. 2.795 plus evt. rente og gebyr er dækket på forsikringen.

Vurdering

På skadestidspunktet den 4. august 2021 var klager ansat hos vores kunde ..., som havde tegnet en sundhedsforsikring for sine medarbejdere. Klager var omfattet af forsikringsbetingelserne Sundhedsforsikring Erhverv, januar 2021.

Af forsikringsbetingelsernes fællesbetingelser vedrørende den forsikrede side 6 fremgår det bl.a.:

'Igangværende behandling ved ophør af aftalen

Ved ophør af aftalen dækkes godkendt undersøgelse og behandling i op til 3 måneder fra aftalens ophør.

Er du opsagt (her menes afskedigelse, tilkendt invalidepension og pension), dækkes godkendt behandling i op til 6 måneder efter aftalens ophør. [...]

Forældelse

Selskabet følger de normale regler omkring forældelse efter den gældende forældelseslov.

Hvornår ophører forsikringen

Forsikringen ophører ved udgangen af den måned hvori:

- *din ansættelse ophører [...]*

Af forsikringsbetingelserne side 17 fremgår det bl.a.:

'Tandbehandling dækkes i op til 6 måneder fra ulykkestidspunktet og skal varetages af en autoriseret tandlæge.'

Den 9. august 2021 anmeldte klager en tandskade, som han ønskede behandling for. Efter at have modtaget yderligere oplysninger godkendte vi den 2. september 2021 dækning for behandlingsudgifter hos tandlæge, og oplyste, at godkendelsen gjaldt til den 4. februar 2022.

Klager fratrådte efterfølgende sin stilling hos vores kunde pr. 30. september 2021.

Den 3. februar 2022 modtog vi faktura på tandbehandling kr. 2.794,71 udført i perioden 13. januar-3. februar 2022 vedrørende laminatkroner på tand 1+.

Klager har den 15. februar 2022 oplyst til os, at han selv havde opsagt sin stilling grundet helbredsforhold.

Ifølge forsikringsbetingelsernes fællesbetingelser side 6 dækkes godkendt behandling i op til tre måneder fra ansættelsens ophør, når medarbejderen selv har opsagt sin stilling.

Som følge af klagers ansættelsesophør – og dermed forsikringsophør, jf. forsikringsbetingelserne side 6 – med udgangen af september 2021 ophørte klagers dækning af godkendte undersøgelser og behandlinger pr. 31. december 2021.

Klagers krav på dækning af tandbehandling udført i perioden 13. januar-3. februar 2022 er således ikke dækket på klagers arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikring.

Vores forsikringsbetingelser angiver rammerne for den risiko, som vi ønsker at påtage os. Overordnet gælder en række betingelser, heri bestemmes bl.a. forsikringens ophør. Når en medarbejder fratræder sin stilling hos vores kunde, er det bestemt, at godkendt behandling dækkes op til tre måneder efter forsikringsophør. Dette træder forud for øvrige specifikke objektive dækningsafgrænsninger i vores forsikringsbetingelser, fx at dækning for tandbehandling gælder i seks måneder efter ulykkestidspunktet.

Vi modtager løbende meddelelser fra vores kunder om deres medarbejdere, som skal tilmeldes eller afmeldes den arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikring.

Efter at have modtaget besked fra vores kundes forsikringsmægler om klagers ansættelsesophør, sendte vi brev af 25. november 2021 til klager, hvoraf det fremgik, at forsikringsdækningen ophørte pr. 30. september 2021, og at igangværende behandling blev dækket som angivet i forsikringsbetingelserne.

Tilsvarende besked tilgik klager i brev af 3. december 2021, hvor det fremgik, at igangværende behandling udløb pr. 31. december 2021.

Det påhviler klager at orientere sig i breve og meddelelser tilsendt ham, uanset om det sker i et loginunivers med notifikation eller via e-Boks.

En tidsbegrænsning i dækningen, fx seks måneder efter godkendelse og tre måneder efter aftaleophør, er ikke i strid med forældelsesreglerne, jf. FAL § 29, jf. forældelsesloven.

Vi gør opmærksom på, at klager er omfattet af en sundhedsforsikring tegnet og betalt af hans arbejdsgiver. Der er således ikke tale om en forbrugerforsikring, jf. FAL § 29, stk. 6, jf. § 2, stk. 4. Forældelsesloven § 26, stk. 2, er ikke til hinder for, at forsikringsbetingelserne indeholder en objektiv ansvarsfraskrivelse, der foreskriver, at forsikringsdækning for en given ydelse kun gælder i en afgrænset periode ved ophør. Endvidere bemærker vi, at FAL § 120 er fravigelig, hvilket kommer til udtryk i de ovenfor angivne forsikringsbetingelser.

I øvrigt bemærker vi, at forbrugerforsikringer kan indeholde en tidsafgrænset dækning. Fx indeholder indboforsikringer sædvanligvis en 12 måneders dækning for genhusning.

Klager har ikke godtgjort, at forsikringsbetingelsernes bestemmelser om dækning ved forsikringsophør skal tilsidesættes. Af ovennævnte grunde fastholder vi, at klager ikke er berettiget til dækning for tandbehandling udført udover tre måneder efter forsikringsophør."

Klageren har i brev af 25/7 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg er uenig med forsikringsselskabets påstand om, at forsikringen er ophørt og at dækning er udløbet. Min påstand er, at jeg på ulykkestidspunktet var forsikringsdækket, og at jeg har overholdt forældelsesfristerne jfr. gældende Forældelseslov og Forsikringsaftaleloven.

Derfor fastholder jeg mit krav om dækning af min skade jfr. indsendte klage til Ankenævnet.

Fakta.

Den 22. juni modtager jeg i E-Boks velkomstbrev fra Gjensidige om, at jeg fra den 1. juni 2021 er omfattet af deres sundhedsforsikring.

Den 6. august 2021 anmelder jeg en tandskade, som var forårsaget af et uheld ved udspring fra en vippe i svømmehallen i ... den 4. august samme måned.

Anmeldelsen modtages først den 9. august af forsikringsselskabet, men bekræfter modtagelsen samme dag, og beder om følgende oplysninger fra min tandlæge:

- Din tandlæges beskrivelse af hændelsesforløbet, der er gået forud for dit behandlingsbehov.
- Din tandlæges beskrivelse af dit behov for behandling
- En tandlægejournal, som beskriver din tandstatus forud for din skade
- Et prisoverslag fra din tandlæge på den ønskede behandling.

Gensidige gør i samme brev opmærksom på, at man ikke dækker udgifter forbundet med tandlægens udarbejdelse af ovenstående oplysninger.

Den 2. september får jeg af Gensidige besked på, at jeg er tilkendt tandbehandling af min skade med en dækning på 40 % af tandlægens prisoverslag med et beløb på kr. 2.795. I samme skrivelse gør man opmærksom på, at mit behandlingsforløb skal være afsluttet senest 6 måneder fra det anmeldte ulykkestidspunkt.

Tandbehandlingen afsluttes den 3. februar 2022, og regning fremsendes af min tandlæge som aftalt.

Det på skrift.

Gensidige skriver i deres forsikringsbetingelser Sundhedsforsikrings Erhverv:

Lovgivning

For forsikringen gælder også lov om forsikringsaftaler og dansk lovgivning i øvrigt.

Forældelse

Selskabet følger de normale regler omkring forældelse efter den gældende forældelseslov.

Gældende Lov.

Jfr. Forældelseslovens § 3, stk. 1, indtræder forældelse af krav efter 3 år fra skadestidspunktet.

Hvis selskabet anerkender at være erstatningspligtig, men beder om yderligere oplysninger for at kunne opgøre erstatningen, gælder der en helt ny 3-årsfrist fra dette tidspunkt. Jf. Forsikringsaftaleloven §29, stk. 5.

Note:

Gensidige beder om yderligere oplysninger fra min tandlæge den 9. august 2021, og anerkender at være erstatningspligtig den 2. september 2021.

Konklusion.

Ved min skade, anmeldelse og behandling af samme har jeg overholdt forsikredes forpligtelser, og derved forbliver min skade dækningsberettiget med den aftalte sum indtil udløb af ovenstående forældelsesfrister.

Yderligere bemærkning.

1. Selskabets skadesafdeling har ikke, som de skriver i deres svarskrift, sendt et yderligere brev den 3. december 2021, hvoraf det fremgår, at dækning for klagers igangværende behandling ophørte pr. 31. december 2021. Man har derimod lagt et brev på Min Side på deres webportal, Dette kræver login. Denne meddelelse har jeg ikke set, før jeg blev gjort opmærksom på dette ved Gjensidiges afvisning af mit krav. Kun fire dage forinden, den 29. november 2021 modtager jeg et brev om ophør af forsikring fra Gjensidige, men denne gang på E-Boks. Ud over almindelige e-mails veksler selskabet mellem flere forskellige muligheder, når de skriver meddelelser til deres kunder. Herved kan Gjensidige ikke i tilstrækkelig grad sikre, at deres meddelelser modtages af disse. Jfr. FAL §33. I meddelelsen af den 29. november opfatter jeg oplysningen om igangværende skade og henvisning til deres forsikringsbetingelser, som om at alting forløber som tidligere aftalt i brevet af 2. september 2021, hvori selskabet har godkendt min tandlægebehandling. Både min tandlæge og jeg arbejder ud fra en færdigbehandling af min tandskade, ud fra den af selskabets anførte frist på 6 måneder.
2. I forbindelse med min skadesbehandling kræver forsikringsselskabet beskrivelser og journal fra min tandlæge. Gjensidige skriver, at de ikke dækker tandlægens honorar for udfærdigelse af disse. Det finder jeg meget uheldigt, da honoraret til tandlægen meget vel kan udgøre en stor del af forsikringssummen, og dermed udhule den sikredes dækning. Jeg har bemærket at Tandlægeforeningen og Forsikring & Pension har indgået en aftale om betaling mellem forsikringen og tandlægen herom. (Attestaftalen af 07.10.2016). Gjensidige Forsikring er medlem af Forsikring & Pension.
3. Afslutningsvis skal det bemærkes, at jeg selv har betalt for en nødbehandling af min tandskade den 6. august 2021 på kr. 437,46.

Jeg finder det urimeligt, at forsikringsselskabet ændrer en først antaget frist for behandling til en langt kortere frist, blot fordi man er fratrådt sit job. At forsikringen er ophørt, burde ikke have nogen indflydelse på et skadesforløb, som er afsluttet med en aftalt dækning. Det er ligeledes meget uheldigt, at man angiver tidsfrister, der fraviger den gældende lovgivning, særligt når man præciserer i forsikringsbetingelserne, at man netop følger Forsikringsaftaleloven og loven om forældelse."

Selskabet har i brev af 23/8 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Vi fastholder, at vi har sendt et brev til klager den 3. december 2021, hvoraf det fremgår, at dækning for klagers igangværende behandling ophørte den 31. december 2021.

Vi læser i øvrigt også klagers svarskrift således, at han anerkender, at han *har* modtaget brev af 3. december 2021 på Min Side, men at han ikke har læst dette, da dette krævede login.

Vi fastholder fortsat – som anført i vores svarskrift af 23. juni 2022 – at det påhviler klager at orientere sig i breve og meddelelser, som er tilsendt ham, uanset om det sker i et loginunivers med notifikation eller via e-Boks.

Vi har noteret os klagers bemærkninger omkring forældelsesreglerne, men vi fastholder, at en tidsbegrænsning i dækningen, fx seks måneder efter godkendelse og tre måneder efter aftaleophør, som er fastsat i forsikringsbetingelserne, ikke i strid med forældelsesreglerne, jf. FAL § 29, jf. forældelsesloven.

Vi henviser i det hele til vores svarskrift af 23. juni 2022, hvori vi har redegjort nærmere herfor.

I relation til betaling af honorar må vi bemærke, at det i fællesbetingelserne på side 5 er anført følgende:

'Hvad dækkes ikke

Udover de undtagelser, der fremgår under de enkelte dækninger, omfatter forsikringen ikke:

[...]

- Attester og rapporter'

Som følge heraf har vi i brev af 9. august 2021 til klager oplyst, at vi ikke dækker tandlæge journal og prisoverslag."

Til dette har klageren fremsendt brev af 11/9 2022, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg er enig med Gjensidiges opfattelse af, at jeg har læst brevet af 3. december i indbakken på deres portal, men problematikken ligger fortsat i, at det først er sket efter, at jeg er blevet gjort opmærksom på brevet ved deres afslag om dækning i mailen til min tandlæge den 4. februar 2021.

Hvis jeg rettidigt var blevet gjort opmærksom på brevet i indbakken, må man antage, at jeg nok havde truffet aftale med min tandlæge om en tandbehandling efter den af Gjensidiges nye tidsfrist for dennes afslutning. Ændringen var hverken min tandlæge eller jeg vidende om, da vi færdiggjorde tandbehandlingen.

Det er min overbevisning, at afsender skal sikre sig modtagelsen af vigtig information. Særligt hvis det gælder nye tidsfrister. Det gælder f.eks. også indenfor Lejeloven. Her er det ikke nok at sende en sms eller email om f.eks. huslejeforhøjelse eller opsigelse. Jeg henviser til §33 i FAL. *Meddelelser fra selskabet til forsikringstageren eller den sikrede bliver først virksomme, når de modtages af denne, etc.*

Havde Gjensidige benyttet sig af E-Boks til vigtig information som ændrede tidsfrister, var sandsynligheden for at denne information var nået til mit kendskab langt større. Forsikringsselskabet har tidligere benyttet sig af E-Boks til kommunikation med mig, - så sent som 4 dage før brevet af 3. december brugte selskabet da også E-Boks, hvori man pr. brev gør mig opmærksom på ophør af sundhedsforsikringen.

I brevet fra Gjensidige den 3. september 2021 meddeler man mig, at jeg er tilkendt tandlægebehandling i forbindelse med min skade, samt at man dækker 40 % af det fremsendte prisoverslag =

kr. 2795,-. I samme brev skriver man, at mit behandlingsforløb skal være afsluttet senest 6 måneder fra det anmeldte ulykkestidspunkt. *'Din godkendelse er gældende frem til d. 4. februar 2022.'* Det betragter jeg som en aftale mellem forsikringsselskabet og mig, og er noget min tandlæge og jeg kan forholde os til. Det strider mod god forretningsetik, at man efterfølgende ændre denne aftalte frist til 3 måneder blot fordi jeg er fratrådt mit job. Det har jo ingen betydning for dækningsbeløbet eller selskabets forsikringsrisiko på en afsluttet sag. Det giver jo ingen mening.

Jeg er også uforstående overfor, at man på trods af anførelsen i deres forsikringsbetingelser i punkt 10 skriver, at aftalen følger de normale regler omkring forældelse eller gældende forældelseslov, at man så alligevel skriver andre tidsfrister for forældelse i betingelserne. Normalt gælder 3 års forældelsesfrist fra skadestidspunktet, men selv den korteste forældelsesfrist jfr. FAL § 29, stk. 6, er fastsat til 6 måneder. Selv denne frist har jeg overholdt i behandlingsforløbet.

I øvrigt henviser jeg til Forældelseslovens § 26, stk. 2, om ufravigelighed. På trods af problematikken om forbrugerforsikring kontra erhverv, betragter jeg mig selv som fordringshaver jfr. Gjensidiges brev om tilkendegivelse dækningsberettigelse fra 3. september 2021. Forældelsesfristen på 3 år, kan derfor ikke fraviges til ugunst for mig i selskabets forsikringsbetingelser.

Ligeledes strider det mod nedenstående aftale, at man i forbindelse med den videre behandling af min skadesanmeldelse, forlanger en række attester og rapporter fra tandlægen, som man derpå ikke vil betale for udarbejdelsen af. Det er på trods af, at Forsikring og Pension allerede har indgået aftale med Tandlægeforeningen om betaling af disse ydelser. Gjensidige er medlem af Forsikring og Pension, og jeg har vedlagt aftalen samt uddrag af medlemsliste, samt aftalte tandlægeerklæring fra Forsikring og Pension. Her fremgår det klart at forsikringsselskabet skal betale for udarbejdelsen af disse dokumenter.

Forsikringsselskabet ønsker som alle andre erhvervsdrivende at maksimere indtjening og minimere omkostninger. Desværre rammer det ofte skævt, og i forsikringssager er det ofte de svage - allerede skadelidte, der må kæmpe hårdt for deres ret. Derfor er der både etik og en lovgivning på området, og den må vi alle forholde os til. Også Gjensidige Forsikring."

Hertil har selskabet i brev af 26/9 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Den 2. september 2021 godkendte vi dækning til klager for behandling af tand 1+ og meddelte, at dækningen gjaldt frem til den 4. februar 2022. Denne godkendelse blev givet under den klare og selvsagte forudsætning, at klager var omfattet af en sundhedsforsikring tegnet af sin arbejdsgiver.

Efter godkendelsen modtog vi besked om, at klager var fratrådt sin stilling pr. 30. september 2021. Som følge af sit ansættelsesophør fremsendte vi derfor et brev til klager med informationer om bl.a. dækning ved igangværende behandling. Vores skadesafdeling sendte et opfølgende brev den 3. december 2021 med oplysning om, at dækningen for den konkrete skade ophørte pr. 31. december 2021.

Som nævnt i vores svarskrift af 23. juni 2022 ønsker vi at afgrænse vores risiko ved ansættelsesophør. Denne afgrænsning er angivet i forsikringsbetingelserne. Betingelserne for dækningsophør ved ansættelsesophør fremgår af forsikringsbetingelserne.

Det påhviler klager at holde sig orienteret i de skrivelser, som tilgår ham, uanset fremsendelsesform (fx e-Boks eller selvbetjeningsunivers med notifikationer). Der er ikke et krav til forsikringselskaber om, at de skal benytte e-Boks til digital kommunikation med deres kunder og sikrede.

Vi finder, at vores fremsendte breve om dækningsophør til både e-Boks og selvbetjeningsunivers med notifikation kan anses for modtaget, og at vi dermed har opfyldt vores pligter efter FAL § 33, hvormed brevene har virkning overfor den sikrede. Det er klagers eget ansvar at læse sin post i e-Boks eller selvbetjeningsunivers. Til støtte herfor henviser vi til Forsikringsaftaleloven med kommentarer, 2020, side 321.

Forsikringselskabet kan ikke lastes, at klager ikke har læst sin post i tide, og at klager dermed ikke har fået udført tandbehandling indenfor dækningsperioden.

Som nævnt i vores svarskrift af 23. juni 2022 er klager omfattet af en arbejdsgivertegnet og -betalt sundhedsforsikring, hvorfor der ikke er tale om en forbrugerforsikring. Forældelseslovens forbrugerbeskyttelsesregler er således ikke til hinder for, at der på den af klagers arbejdsgivers tegnede sundhedsforsikring gælder andre regler for tidsafgrænsning af dækningen.

Som nævnt i vores høringsvar af 23. august 2022 dækker vi ikke udgifter til indhentelse af attester og rapporter, jf. forsikringsbetingelsernes fællesbetingelser side 5. Dette blev klager også oplyst om i brev af 9. august 2021. Gjensidiges medlemskab af F&P og attestaftalen mellem F&P og Tandlægeforeningen forpligter os ikke udover forsikringsbetingelserne. Vi dækker derfor ikke udgifterne til tandlægeerklæring og indhentelse af journal.

Vi kan se, at klager i brev af 25. juli 2022 rejste krav om dækning for nødbehandling den 6. august 2021 pålydende kr. 437,46. Vi beklager ikke at have kommenteret på det i vores brev af 23. august 2022.

Kravet vedrørende nødbehandling er ikke tidligere fremsat eller dokumenteret, ej heller fremgik det af tandlægens prisoverslag af 30. august 2021. Hvis klager kan fremlægge faktura på udført nødbehandling den 6. august 2021, kan vi dække 40 % af den dækningsberettigede udgift, jf. forsikringsbetingelserne side 17.

Det skal i øvrigt bemærkes, at i tandlægejournal er beskrevet, at klager den 9. august 2021 havde knækket laminatkronen på tand +1, og at der blev udført plast på tand +1. Af klagers fremsendte prisoverslag af 30. august 2021 er der som overskrift angivet 'laminatkronen +1' med efterfølgende tekstlinier 'Laminatkronen 1+ kr. 6.600' og 'røntgenoptagelse af +1 viser: kr. 155,68'. I endelig faktura af 3. februar 2022 er angivet 'laminatkronen 1+'.

Ud fra de foreliggende oplysninger må vi lægge til grund, at tandlægen har skrevet forkert i sit overslag med tekstlinien 'laminatkronen 1+', og at den behandlede tand rettelig må være tand +1. Vores anerkendelse vedrører derfor tand +1, og vi kan dække nødbehandling af denne tand. Vi noterer os endvidere, at journalen ikke dokumenterer et ulykkestilfælde som anmeldt, men vi står dog ved vores anerkendelse."

Heroverfor har klageren i brev af 14/10 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg skal undlade at kommentere kravet om dækning af nødbehandling, samt hvorvidt forsikrings-selskabet er aftaleforpligtiget gennem Forsikring & Pension til at betale for tandlægeattester, samt hvorvidt tandlægen har skrevet den rigtigt i journalen. Det er ikke væsentligt for min klage.

Det væsentlige er:

- at jeg i forsikringsperioden har fået en tandskade.
- at jeg var dækningsberettiget via min sundhedsforsikring.
- at jeg i brev af 22. september 2021 blev tilkendt dækning med i alt kr. 2795,-
- at der i ovennævnte brev er anført, at godkendelsen gælder frem til den 4. feb. 2022.
- at jeg i samarbejde med tandlæge og tandtekniker afsluttede min behandling indenfor den ovennævnte frist.
- at jeg efter behandling modtager besked om, at man alligevel ikke vil udbetale dækning, da jeg havde opsagt min stilling hos

Jeg betragter Gjensidiges brev om dækningstilkendegivelse som en aftale mellem forsikringsselskabet og jeg. Brevet indeholder et beløb og en tidsfrist, som jeg ingen indvendinger har imod.

Jeg overholder min del af aftalen, og jeg betragter Gjensidiges manglende betaling som et brud på denne aftale. Ønsker man at ændre på tidsfristen, kunne man jo passende fra Gjensidiges side have nævnt det i brevet. Det er jo ikke utænkeligt, at man skifter job, og så er det vigtigt at vide, at dækningsperioden i et sådant tilfælde halveres.

Jeg holder stadig på, at Gjensidige ikke i fornøden grad har formået at gøre opmærksom på denne vigtige detalje. Man kan ikke forvente, at alle er lige opmærksomme på breve i deres selvbetjeningsunivers. Særligt ikke, hvis man også sender breve pr. E-boks. Det virker meget forvirrende.

Jeg kan forstå på Gjensidiges høringssvar fra 26. september 2022, at man ikke anerkender Forældelseslovens forbrugerbeskyttelsesregler og vælger at indsætte egne tidsafgrænsninger, med grundlag i det man kalder sundhedsforsikring erhverv.

Det er på trods af, at man selv skriver i forsikringsbetingelserne pkt. 10 'Aftalen følger de normale regler omkring forældelse efter den gældende forældelseslov'. Det virker modstridende at man følger forældelsesloven, men derudover etablere egne tidsfrister. Forældelsesloven handler jo netop om tidsfrister!

Derfor:

- Gjensidige har ikke overholdt gældende lovgivning på trods af, at man anfører, at man følger samme.
- Den aftalte tidsfrist i brevet fra den 22. september 2021 vælger forsikringsselskabet at tilside-sætte.
- Selskabet har ikke i tilstrækkelig grad formået at informere om ændringen af tidsfristen ved en evt. opsigelse.

Som forbruger og skadelidt er man dårligt stillet, hvis man skal lede i forskellige medier efter information, der har afgørende virkning for udbetaling af erstatning. Man må også forvente, at den aftalte dækningsfrist anført af forsikringsselskabet er den gældende uanset ens egen jobsituation.

Her har Gjensidige desværre fejlet, og er pligtig til at betale erstatning som aftalt i ovennævnte brev."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenunder. Af selskabets velkomstbrev fremgår bl.a.:

"Du er fra den 01-06-2021 omfattet af en sundhedsforsikring hos Gjensidige Forsikring via ...

På Din side finder du dine dækninger

Med en ny sundhedsforsikring kan der være mange spørgsmål. Men kort sagt er din sundhedsforsikring din adgang til hurtig undersøgelse og behandling, hvis du bliver syg eller kommer til skade.

På vores hjemmeside gjensidige.dk kan du på Din Side læse mere om dine konkrete dækninger – ligesom det også er her, at du hurtigt og let anmelder en skade og får adgang til hjælp.

...

Husk at opdatere dine kontaktoplysninger

For at vi altid kan give dig den bedste service har vi brug for, at vi hurtigt kan komme i kontakt med dig. Vi vil derfor bede dig om at udfylde dine kontaktoplysninger på Din side. Det gælder både mailadresse, telefonnummer – samt særligt dine samtykker til, at vi må kontakte dig."

Af selskabets brev af 2/9 2021 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi har nu behandlet din skadeanmeldelse, og vi er glade for at meddele dig, at du er tilkendt tandlægebehandling i forbindelse med skade på tand 1+

Ud fra de fremsendte dokumenter fremgår det at tanden tidligere har været skadet og har haft en lamintakrone på. Det betyder at din sundhedsforsikring i Gjensidige dækker med 40% af udgifter til behandlingen jf. de gældende forsikringsbetingelser.

Gjensidige Sundhedsforsikring dækker med 40 % af dit fremsendte prisoverslag = **2.795 kr.**

Forsikringserklæringen er ikke dækket af sundhedsforsikringen.

Du har i din skadeanmeldelse oplyst, at du har bestilt tid hos

I den forbindelse beder vi dig være opmærksom på, at dit behandlingsforløb for at være dækningsberettiget skal være afsluttet senest 6 måneder fra det anmeldte ulykkestidspunkt (jf. Sundhedsforsikring Erhverv - side 17 - tandbehandling).

Din godkendelse er gældende frem til d. 4. februar 2022.

...

Har du spørgsmål til dette, er du altid velkommen til at kontakte os på tlf. ... Du kan også læse mere om vores forsikringsbetingelser på www.gjensidige.dk."

Af selskabets brev af 29/11 2021 til klageren fremgår bl.a.:

"Din forsikring ophører

...

Pr. 30-09-2021 er du ikke længere omfattet af en sundhedsforsikring hos Gjensidige Forsikring.

Det betyder med andre ord, at dine muligheder for at få adgang til hurtig hjælp til undersøgelse og behandling via forsikringen stopper pr. ovennævnte dato.

Vi gør ligeledes opmærksom på, at også eventuelle tilvalgsdækninger ophører (jf. den enkelte dæknings gældende betingelser – fx kollektiv børnedækning og udvidet helbredsundersøgelse). Har du tegnet børnedækning for dine børn, ophører denne dækning ved næste hovedforfald.

Årsag til ophør

Grunden til at din forsikring ophører kan skyldes flere årsager:

- Dit ansættelsesforhold ophører
- Policen du er omfattet af, er opsagt
- Din forsikring udløber på grund af, at aldersgrænsen i den valgte forsikringsgruppe er nået.
- Du er på barsel, orlov eller sygemeldt fra din arbejdsplads.

Er du i gang med behandling?

Er du i gang med behandling af en godkendt skade/lidelse, skal du være opmærksom på at forsikringen dækker jf. vores gældende forsikringsbetingelser, som du finder på gjensidige.dk.

Har du spørgsmål til ophøret af din forsikring, eller vil du vide mere om dine muligheder fremadrettet, er du altid velkommen til at kontakte os på tlf. 70 10 90 09."

Af selskabets brev af 3/12 2021 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi skriver til dig for at gøre opmærksom på, at din dækning for behandling ophører pr. 31.12.2021, som betyder, at du kan fortsætte godkendt behandling indtil denne dato.

Modtager du behandling efter denne dato, vil det være egenbetaling.

Hvad gør du nu?

Hvis du har fået sundhedsforsikring i andet selskab, skal du kontakte dem for at få besked om, hvordan du fremadrettet vil være dækket.

Du kan læse mere om dækning ved ophør af forsikringen, i vores gældende fællesbetingelser under punktet 'Ophør af aftalen'. Du kan finde vores forsikringsbetingelser på www.gjensidige.dk."

Ankenævnet for Forsikring

13.

98322

Af tandlægeregning af 3/2 2022 fremgår bl.a.:

[Klageren]	Behandling start		Behandling slut		Det påhviler patienten at betale sin andel af honoraret straks ved behandlingens afslutning.			
	13/1/2022		3/2/2022					
	Naturlige	Carierede	Fyldninger	Regningsnr.	Fakturadato			
	0 0	0 0	0 0		3/2/2022			
Regning - Tandlægehjælp					Udskrevet			
					3/2/2022			
Du blev behandlet af:								
Antal	Ydels.nr.	Ydelse			Sikredes andel		Sygesikr. andel	
1	1300	RØNTGENOPTAGELSE			Kr.		Kr.	
1		LOKALBEDØVELSE			156,77		0,00	
1		LAMINATKRONE 1+			230,00		0,00	
1		Patientandel			6.600,00		0,00	
					-4.192,06		0,00	
					Kr.		Kr.	
I alt Tandlæge					2.794,71		0,00	

Hvornår ophører forsikringen

Forsikringen ophører ved udgangen af den måned hvori:

- din ansættelse ophører
- du ikke længere bor eller arbejder i Danmark eller Grønland (udstationerede medarbejdere er undtaget denne regel)
- aftalen ophører på grund af forsikringstagers opsigelse.

...

Tandbehandling

Selskabet dækker tandskader opstået som følge af et ulykkestilfælde. (Ved ulykkestilfælde forstås legemsbeskadigelse, der rammer dig ufrivilligt gennem en pludselig udefrakommende hændelse).

...

Tandbehandling dækkes i op til 6 måneder fra ulykkestidspunktet og skal varetages af en autoriseret tandlæge."

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 9/8 2021 en skade på sin fortand (1+). Den 2/9 2021 meddelte selskabet godkendelse til tandlægebehandling, som var gældende frem til 4/2 2022. Den 3/12 2021 oplyste selskabet, at dækningen for behandling ville ophøre pr. 31/12 2021, idet klageren var fratrådt sin stilling pr. 30/9 2021. Den 3/2 2022 fremsendte klageren en regning for tandlægearbejde udført fra 13/1 2021 til 3/2 2022 til selskabet.

Klageren kræver dækning af 40 % af tandlægeregningen – i alt 2.795 kr. plus evt. rente og gebyr, idet selskabet har givet ham et dækningstilsagn om at dække behandling inden for 6 måneder efter ulykken. Han har oplyst, at han ikke var opmærksom på selskabets brev af 3/12 2021, da det kun var lagt i "min indbakke" på selskabets hjemmeside og ikke fremsendt til hans e-Boks. Det er hans opfattelse, at afsender skal sikre sig modtagelse af vigtig information. Han har anført, at selskabet er omfattet af gældende bestemmelser i forældelsesloven og forsikringsaftaleloven.

Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klageren ikke har godtgjort, at forsikringsbetingelsernes bestemmelser om dækning ved forsikringsophør skal tilsidesættes, og at klageren ikke er berettiget til dækning for tandbehandling udført udover 3 måneder efter forsikringens ophør. Selskabet har anført, at dækningsgodkendelsen af 2/9 2021 blev givet under den forudsætning, at klageren var omfattet af en sundhedsforsikring tegnet af hans arbejdsgiver. Selska-

Ankenævnet for Forsikring

15.

98322

bet har anført, at den tidsbegrænsede dækning ikke er i strid med forældelsesreglerne, og at der ikke er tale om en forbrugerforsikring. Selskabet har anført, at det påhviler klageren at orientere sig i breve og meddelelser tilsendt ham uanset fremsendelsesformen.

Af selskabets brev af 2/9 2021 fremgår det, at "du er tilkendt tandlægebehandling ... Gjensidige Sundhedsforsikring dækker med 40 % af dit fremsendte prisoverslag = 2.795 kr. Forsikringserklæringen er ikke dækket af sundhedsforsikringen ... I den forbindelse beder vi dig være opmærksom på, at dit behandlingsforløb for at være dækningsberettiget skal være afsluttet senest 6 måneder fra det anmeldte ulykkestidspunkt ... Din godkendelse er gældende frem til d. 4. februar 2022".

Af selskabets brev af 29/11 2021 fremgår det, at "Din forsikring ophører ... Pr. 30-09-2021 er du ikke længere omfattet af en sundhedsforsikring hos Gjensidige Forsikring ... Er du i gang med behandling af en godkendt skade/lidelse, skal du være opmærksom på at forsikringen dækker jf. vores gældende forsikringsbetingelser, som du finder på gjensidige.dk".

Af selskabets brev af 3/12 2021 fremgår det, at "din dækning for behandling ophører pr. 31.12.2021, som betyder, at du kan fortsætte godkendt behandling indtil denne dato. Modtager du behandling efter denne dato, vil det være egenbetaling".

Af forsikringsbetingelserne fremgår det, dels at tandbehandling dækkes i op til 6 måneder fra ulykkestidspunktet, dels at godkendt undersøgelse og behandling ved ophør af aftalen dækkes i op til 3 måneder fra aftalens ophør. Forsikringen ophører ved udgangen af den måned, hvori ansættelsen ophører. Hvis man er opsagt (her menes afskedigelse, tilkendt invalidepension og pension), dækkes godkendt behandling i op til 6 måneder efter aftalens ophør.

Sundhedsforsikringen er tegnet af klagerens arbejdsgiver som en samlet, kollektiv forsikring for arbejdsgiverens ansatte. Klageren har ikke indgået individuel aftale med selskabet om forsikringens vilkår.

Ankenævnet for Forsikring

16.

98322

Nævnet finder på den baggrund, at der ikke er tale om en forbrugerforsikring, jf. forsikringsaftalelovens § 2, stk. 4, hvorfor forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, ikke finder anvendelse. Nævnet har derfor ikke grundlag for at tilsidesætte forsikringsbetingelsernes bestemmelse om, at "Ved ophør af aftalen dækkes godkendt undersøgelse og behandling i op til 3 måneder fra aftalens ophør".

Nævnet finder herefter, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning for udgifter til tandlægebehandling, som er udført efter den 31/12 2021.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at forsikringen ophørte den 30/9 2022, og at selskabet den 3/12 2021 informerede klageren om, at dækningen for behandling ophørte pr. 31/12 2021, hvilket betød, at han kunne fortsætte godkendt behandling indtil denne dato, hvorefter det ville være egenbetaling.

Nævnet har også lagt vægt på, at godkendt undersøgelse og behandling ved ophør af aftalen ifølge forsikringsbetingelserne dækkes i op til 3 måneder fra aftalens ophør.

Nævnet bemærker, at det – som sagen foreligger oplyst – må lægges til grund, at klageren modtog selskabets brev af 3/12 2021 i indbakken på selskabets portal, og at han modtog notifikation herom.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Ankenævnet *for* Forsikring

17.

98322



Svend Bjerg Hansen