

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 27. september 2023 blev i sag nr. 98608:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sundhedsforsikring. I klageskema af 19/8 2022 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg har modtaget behandling af psykiater under sundhedsforsikring mhp at medicinere min ADHD. Behandlingen sluttede før jeg var færdigbehandlet fordi Tryg/[samarbejdspartner] ikke mente der var mere tid under behandlingsgarantien. Jeg har klaget over dette da de tre afsatte måneder indeholdt Trygs egen sagsbehandlingstid (til en start 14 dage), psykiaterens sygdom, efterårsferie, jul og nytår i et i øvrigt pakket program, for psykiateren. Der var ikke tid nok til at jeg kunne blive færdigmedicineret.

1. Af afslaget fremgår: 'Vi har forlænget dit behandlingsforløb helt frem til den 28. februar 2022, som er den sidste dag inden forsikringen overgår til [andet selskab]. Det betyder at vi har forlænget forløbet med 6 uger. Herved er der taget højde for den sygdom og ferie, der er har været undervejs.' Det er faktisk forkert. Jeg er IKKE blevet tilbudt en forlængelse. Jeg er forbløffet over hvor dette kommer fra? Mit behandlingsforløb sluttede den 15/1

2. Jeg kan udrede af aktindsigten fra [samarbejdspartner] (som er svært at læse, men i sin essens siger), at det ikke ville have nyttet at forlænge med nogle få behandlinger. Det forstår jeg overhovedet ikke, og det kan i hvert fald ikke være psykiaterens vurdering, da det er i direkte modstrid med at hun i første omgang blot bad om én ekstra behandling, hvilket kunne have forøget min dosis! Det blev så 'godkendt' 20 dage efter at behandlingen kunne forlænges med en uge, men da den uge jo var gået for længst var det dybest set blot en hån. I afslaget på klagen påstår Tryg at det ikke har indgået i sagsbehandlingen. Det er uforståeligt, da det jo direkte er det der står.

3. Tryg[samarbejdspartner] har urimeligt lange svartider, ikke mindst i forbindelse med opstart af behandling, svartider der tæller med i deres behandlingsgaranti. Svartiden er også lang i forbindelse med klager mm. Og det har været noget rod med [samarbejdspartner] som mellemmand overfor to forsikringsselskaber uden at jeg har kunnet få klarhed over hvem det egentlig var der dækkede mig. Det er også via [samarbejdspartner] jeg (dvs min psykiater) har fået afslag på et tidspunkt hvor jeg ikke engang har kunnet fået oplyst hvilket forsikringsselskab der egentlig havde min sag! Mht svartider har jeg således oplevet at et ønske om aktindsigt i Januar 2022 først blev givet i April 2022 og i ganske ulæselig form. Min klage til Tryg baseret på denne blev sendt i April 2022 og jeg modtog afslag i Juli 22. Altså 2 gange 3 måneder.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg synes ikke jeg er blevet behandlet ordentligt Jeg ville i dag ønske at jeg aldrig var gået i gang med behandlingen under min sundhedsforsikring. Det har spildt en masse tid og jeg er sat tilbage i min behandling til et punkt hvor jeg ikke længere tager medicinen, da jeg ikke har glæde af den (er ikke færdigbehandlet).

Et nyt forløb hos psykiater helt forfra - eller mere rimeligt en kompensation svarende til et forløb hos en privatpraktiserende psykiater.

Jeg er allerede ved at starte et op idet jeg har en del psykiske udfordringer, jeg bliver nødt til at adressere efter et 'spildt' år."

Selskabet har i brev af 24/2 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Indledning

Sagen drejer sig om, at klageren ønsker dækning for nyt behandlingsforløbet grundet selskabets sagsbehandlingstid.

Klageren var på skadedatoen omfattet af en sundhedsforsikring med forsikringsbetingelserne SK1706. Forsikringsbetingelserne fremlægges som **bilag 1**.

Sagsfremstilling

Klageren anmeldte den 28. juli 2021, at hans læge havde henvist klager til en psykiater grundet angst. Skadeanmeldelsen fremlægges som **bilag 2**.

Selskabet henviste herefter klageren til selskabets samarbejdspartner, ..., som håndterede behandlingsforløbet.

Af henvisningen fremgik det, at såfremt klageren blev diagnosticeret med en kronisk sygdom, så dækkede forsikringen psykiaterbehandling i op til maksimalt 3 måneder efter, diagnosen blev stillet.

Henvisningen er gemt i selskabets skadesystem, og fremstår ikke som en mail, men teksten fremgår, og dette kan fremlægges, såfremt nævnet måtte ønske det.

Klagerens sundhedsforsikring var tegnet igennem hans arbejdsgiver. Arbejdsgiveren opsagde samarbejdet med selskabet, hvorfor forsikringsdækningen blev afgangsført den 1. september 2021. Ved opsigelsen var der en overgangsperiode på 6 måneder, hvor forsikringens dækning fortsat var i kraft.

Den 27. januar 2022 kontaktede [samarbejdspartner] selskabet og oplyste, at klageren var blevet diagnosticeret med ADHD den 15. oktober 2021, og at han ønskede forlængelse af dækningen, da hans psykiater havde været sygemeldt.

På baggrund af psykiaterens sygemelding godkendte selskabet en forlængelse svarende til sygemeldingens periode. Notat fra sagsjournal fremlægges som **bilag 3**.

[Samarbejdspartner] kontaktede selskabet den 14. februar 2022 og oplyste, at de ikke ville kunne nå at færdiggøre forløbet med klageren inden ophør af dækning, da psykiateren havde været syg, samt at denne skulle i karantæne grundet Covid-19-vejledninger.

Selskabet godkendte, at hvis forløbet ikke var færdigt inden ophør, har selskabet godkendt at udvide dækningsperioden for de sidste 2 behandlinger, jf. sagsloggen i bilag 3.

Den 15. februar 2022 kontaktede [samarbejdspartner] selskabet og oplyste, at der har været tale om et kompliceret forløb, at klager selv har haft takket nej til mindst én dato samt sygdom, og at klageren udskilte medicinen hurtigt, hvorfor han havde behov for mere medicin end normalt, og forløbet var trukket ud.

Selskabet gav derfor besked om, at dækningen ophørte den 28. februar 2022, og såfremt der var brug for yderligere behandlinger, henviste selskabet til klagerens nye forsikring, jf. sagsloggen i bilag 3.

Klageren var utilfreds med forløbet, hvorfor han den 19. april 2022 fremsendte en klage til selskabets klageansvarlige afdeling, Kvalitetsafdelingen.

Den 13. juli 2022 fremsendte selskabet svar på klagen med fastholdelse af, at selskabet ikke kunne være behjælpelig med yderligere behandling. Selskabet henviste samtidig til klagerens nye forsikringsselskab. Klagen fra klageren samt Kvalitets svar fremlægges som **bilag 4**.

Til brug for klagesagsbehandlingen indhentede selskabet bemærkninger fra samarbejdspartneren. Disse fremlægges som **bilag 5**.

Sagen blev herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Selskabets vurdering

Selskabet accepterede dækning for klagerens psykiaterforløb den 28. juli 2021 og sendte samme dag en mail til klageren, hvoraf det bl.a. fremgik, at såfremt klageren fik stillet en kronisk diagnose, så dækkede forsikringen behandlingen hos psykiater i maksimalt 3 måneder efter, at diagnosen blev stillet.

Klageren valgte herefter selv den psykiater, han ønskede at være tilknyttet. Selskabet henviser i den forbindelse til akterne fra selskabets samarbejdspartner, som fremgår af klagerens bilag kaldet 'udlevering af persondata kl. 170...'.

Klageren fik stillet diagnosen ADHD den 15. oktober 2021, hvilket er en kronisk sygdom, hvorfor forsikringen dækkede behandlingen indtil den 15. januar 2022.

På grund af forskellige forhold med bl.a. sygdom hos selskabets samarbejdspartner, sygdom hos psykiateren og klagerens reaktion på medicinen, blev behandlingsforløbet efter diagnosen forsinket. Dertil kom, at klagerens arbejdsgiver opsagde forsikringen i perioden.

Derfor forlængede selskabet dækningsperioden frem til forsikringens udløb den 28. februar 2022, hvilket er en forlængelse på lidt over seks uger og en forlængelse af perioden med 50 % sammenlignet med den oprindelige dækningsperiode.

Af forsikringsbetingelsernes punkt 7.1, fremgår det således bl.a., at:

'I op til 3 måneder efter diagnosticering dækker forsikringen behandling af kroniske sygdomme, der er diagnosticeret efter forsikringen trådte i kraft. Vi dækker medicin eller anden relevant behandling på privathospital/privatklinik, hvis vi vurderer, at behandlingen væsentligt og varigt kan forbedre din helbredstilstand. Vi træffer vores afgørelse evt. i samråd med relevant speciallæge'

Selskabet bemærker, at det i henhold til almindelige forsikrings- og erstatningsretlige principper er klageren, der skal bevise rigtigheden og størrelsen af sit krav.

På baggrund af ovenstående er det selskabets vurdering, at klageren ikke har bevist, at han har krav på dækning for yderligere behandling i henhold til forsikringsbetingelserne, eller at selskabets og selskabets samarbejdspartners ageren i sagen skulle have påført klageren et tab, der kunne begrunde, at selskabet på erstatningsretligt grundlag skulle dække yderligere behandlinger. Selskabet fastholder derfor sin afgørelse af sagen.

Ved vurderingen har selskabet lagt vægt på, at klageren forud for opstarten af behandlingen blev informeret om, at såfremt der var tale om en kronisk lidelse, så var dækningsperioden 3 måneder fra diagnosetidspunktet.

Selskabet har også lagt vægt på, at selskabet har forlænget behandlingsperioden med 50 % sammenlignet med den periode, klageren først var blevet oplyst.

Derudover bemærker selskabet, at klageren i sin klage til den klageansvarlige anførte, at han efter egen vurdering havde mistet tre ugers behandlingstid på grund af sygdom og sagsbehandlingen, hvilket klageren er blevet mere end kompenseret for ved, at selskabet har forlænget behandlingsperioden med lidt over 6 uger.

Selskabet har også lagt vægt på, at behandlingsforløbet er blevet yderligere forlænget på grund af forhold, som ligger uden for selskabets kontrol. Der har således været tale om, at forløbet også trak ud på grund af sygdom hos psykiateren, som klageren selv havde valgt, på grund af klageren selv havde afvist en tid, og på grund af klagerens reaktion på den medicin, han fik udskrevet.

Ankenævnet for Forsikring

5.

98608

Afslutningsvist bemærker selskabet, at klageren flere gange er blevet henvist til den nye sundhedsforsikring i et andet selskab, og at klageren har ikke oplyst, hvorvidt han har forsøgt at opnå dækning på denne, herunder om behandlingen skulle være blevet anerkendt af det andet selskab."

Klageren har i besked af 13/4 2023 til nævnet bl.a. anført:

"... jeg er sygemeldt med stress og har været helt nede med flaget. Jeg orker ikke at læse svar mm igennem, men vil nøjes med at konstatere, at så vidt jeg kan se bliver tryk ved med at påstå at de har tilbudt alle mulige forlængelser. Det er på ingen måde min oplevelse af sagen. Jo der er tilbudt en forlængelse, men den kom bare på nogle dage, der sådan set allerede var gået med sagsbehandlingen, hvorfor psykiateren nøgternt konstaterede, at det kunne ikke bruges til noget. Hvis det er tilfældet må det jo siges at være en gratis omgang at forlænge en frist frem til et tidspunkt der allerede er passeret."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Af selskabets mail af 28/7 2021 til klageren fremgår bl.a.:

"Du har ønsket at benytte din sundhedsforsikring, og vi sender dig her en godkendelse på udredning og evt. behandling ved psykiater.

...

Konsultationer skal altid aftales med vores samarbejdspartner ...

Når vi har modtaget dit samtykke, sender vi en godkendelse til [samarbejdspartner], som de skal bruge, når du kontakter dem.

...

Krav til forløbet

- Forløbet hos psykiateren kan først begynde, når der foreligger en lægehenvielse og [samarbejdspartner] har tildelt en behandler.

Vigtige oplysninger

- Hvis der stilles en kronisk diagnose, kan forsikringen maksimalt betale for evt. behandling ved psykiater i op til 3 måneder efter, at diagnosen er stillet.
- Hvis psykiateren vurderer, at det er bedst at fortsætte forløbet i offentlig regi, vil vi følge denne vurdering.
- Din forsikring dækker, jf. betingelserne.
- Det fremgår direkte af forsikringsbetingelserne, hvor mange konsultationer der maksimalt kan betales for."

Af selskabets samarbejdspartners noteringer fremgår bl.a.:

"Fagligt notat modtaget fra behandler d. 07.01.2022:

Opdateret: [I halvtredserne] mand med livslang tendens til koncentrationsproblemer, rastløshed og impulsivitet, henvist til undertegnede obs. ADHD i august 2021. Diagnosen verificeret ved diagnostisk interview 15. oktober 2021 og patienten bevilget behandlingsgaranti ultimo oktober 2021. Patienten startede i medicinsk behandling mod ADHD med tab. Methylphenidat d. 5. no-

vember 2021 og er gradvis optrappet i dosis, og er mødt til 5. behandlingskonsultation 7. januar d.å., hvor han fortæller han endnu ikke kan mærke synderlig effekt trods 100 mg Methylphenidat dagligt - hvilket de fleste patienter ville have gjort. Max dosis er 150 mg Methylphenidat dagligt. Undertegnede mistænker, at patienten er 'rapid metabolizer' dvs. han nedbryder medicin hurtigt og skal derfor have en højere dosis end gennemsnittet for at få tilstrækkelig effekt af den medicinske behandling. Patientens behandlingsgaranti udløber d. 15. januar og da det ikke vil være muligt at nå

frem til en vedligeholdelsesdosis inden da ansøger undertegnede om forlængelse af hans behandlingsgaranti med 4 konsultationer og 2 måneder, hvorefter han forventes at kunne fortsætte behandling via egen læge. Det bør også nævnes, at 14 dage af patientens behandlingsgaranti gik fra han fik stillet ADHD diagnose hos undertegnede til han fik bevilget behandlingsgaranti til behandling for ADHD.

...

Intern note d. 27.01.2022, redigeret d. 10.02.2022:

[Psykiater] ønsker sagen forlænget.

Skyldes at psykiateren har været syg med corona, og pt. har dette givet øget ventetid grundet at sygdommen har rykket det hele.

Der er to fremmødetimer tilbage som de gerne vil afholde således at klienten kan stabiliseres da klienten pt. ikke har mærket den ønskede effekt.

Fagligt notat gennemlæst og vinget af.

Ut. kontakter Tryg for at høre om vi kan få lov at forlænge bevillingsperioden.

... fra Tryg oplyser at de kun vil forlænge i den tidsbegrænsede periode psykiateren har været syg. Hvis det omhandler manglende effekt af medicinen kan de desværre ikke forlænge på.

...

Intern note d. 14.02.2022, redigeret d. 15.02.2022:

Ut. har forelagt sagen for [Tryg] om at klienten ikke er kommet i mål med behandlingen indenfor de tre måneder hvor han var dækket. Flere forskellige har gjort at det ikke er lykkedes bla. psykiater sygdom samt ferie.

[Tryg] oplyser at de lægger op til at hvis vi vurderer at han kan hjælpes vha. de sidste to timer er dette ok.

Klientens police/betingelser udløber og det bedste vil være hvis han kan komme i mål inden d. 28.2.

...

[Psykiater] ringer tilbage.

Ut. har nævnt muligheden for at vi kan forlænge til d. 28. Dette kan psykiateren ikke nå da det skal i kalenderen.

[Psykiater] oplyser at hun havde tilbudt ham en tid lige efter hendes sygdoms melding som kl. afslog, og der mener psykiateren godt at han kunne have udvist lidt fleksibilitet.

Derudover siger hun at vi gerne må citere hende for at dette har været et kompliceret forløb da kl. nedbryder medicinen for tidligt. Hun så lille effekt af dosis 100 mg. klienten mærkede ingen effekt. Hun har derfor i epikrisen til egen læge nævnt at han skal øges til 150 mg. og dette kræver speciallæge i psykiatri med ydernummer.

Hvis der skal forlænges vil det kræve ihvertfald to måneder men der er ingen garanti da han iflg. psykiateren nedbryder medicin hurtigt og skal derfor have en højere dosis end gennemsnittet for at få tilstrækkelig effekt af den medicinske behandling.

Ut. vil fremlægge dette for [Tryg].

Ut. har fremlagt ovenstående for [Tryg] og at en forlængelse frem til d.28.2 ikke vil være tilstrækkeligt.

Har ligeledes nævnt at forløbet har været kompliceret da kl. langt fra har responderet på høj dosis og at han anbefales øget i dosis samt henvist til speciallæge i psykiatri med ydernummer.

[Tryg] oplyser at klienten så frem han fortsat er i nuværende ansættelsesforhold vil overgå til anden forsikring med mulighed for at anmode dem om behandling der.

Det som psykiater ... anbefaler her er to måneder yderligere for at sikre stabilitet samt opfølgning medicinsk og det kan vi ikke forlænge sagen med".

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"7. Sundhedsforsikring

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

I forbindelse med behandling af sygdom og følger af, at du er kommet til skade, dækker vi dine udgifter til undersøgelser, behandlinger, medicin samt ophold og forplejning på privathospital/privatklinik, som beskrevet i de følgende punkter.

...

Nyopståede sygdomme og følger af skader, som opstår, når forsikringen er trådt i kraft, er dækket, se dog punkt 5.

...

Dækningerne er beskrevet i de følgende punkter:

7.1 Kroniske sygdomme

I op til 3 måneder efter diagnosticering dækker forsikringen behandling af kroniske sygdomme, der er diagnosticeret efter forsikringen trådte i kraft. Vi dækker medicin eller anden relevant behandling på privathospital/privatklinik, hvis vi vurderer, at behandlingen væsentligt og varigt kan forbedre din helbredstilstand. Vi træffer vores afgørelse evt. i samråd med relevant speciallæge.

...

Ved kroniske sygdomme forstår vi sygdomme, som læger vurderer som vedvarende, og som derfor ikke kan kureres. Af kroniske sygdomme kan bl.a. nævnes:

Sukkersyge, dissemineret sclerose, leddegigt, Morbus Crohn, psoriasis.

...

7.4 Undersøgelser

Forsikringen dækker rimelige udgifter til de undersøgelser, som er nødvendige for at stille en diagnose.

...

7.13 Psykiatrisk behandling

Forsikringen dækker lægeordineret psykiatrisk konsultation.

Vi dækker 12 konsultationer hos psykiater pr. sygdom eller skade.

Vi dækker dog altid højst 12 konsultationer i en periode på 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling uanset antal af sygdomme eller skader.

...

11.3 Behandlingssted

Vi garanterer konsultation hos privatklinik / privathospital i vores netværk inden for 10 arbejdsdage.

For psykologer og fysiske behandlere gælder at vi anviser en behandler / et behandlingssted inden for 10 arbejdsdage, hvis det er muligt.

Behandlingen skal være godkendt af os.

Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Du skal derfor altid kontakte os, før du bliver undersøgt eller behandlet. Det er en forudsætning for vores godkendelse, at behandlingsstedet er godkendt af de relevante offentlige myndigheder.

Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning.

...

12.4 Forsikringens ophør

Forsikringen ophører:

- Hvis du træder ud af firmaordningen/gruppeordningen.
- Senest ved udgangen af den måned, du fylder 70 år, hvis du er omfattet af en frivillig ordning.

...

12.4.2

Når forsikringen stopper, mister du samtidig retten til dækning. Sygdom, der er opstået og anmeldt i forsikringstiden, er dækket i indtil 6 måneder efter, at forsikringen er stoppet. "

Nævnet udtaler:

Klageren har sundhedsforsikring via sin arbejdsgiver. Arbejdsgiveren skiftede forsikringsselskab den 1/9 2021, og dækningen på klagerens sundhedsforsikring hos selskabet ophørte den 28/2 2022.

Klageren klager over, at selskabet ikke har tildelt ham mere tid hos psykiater, så han kunne blive færdigbehandlet for sin ADHD. Han ønsker tildelt et nyt forløb hos en psykiater eller en kompensation svarende til et forløb hos en privatpraktiserende psykiater.

Han har anført, at "Jeg har modtaget behandling af psykiater under sundhedsforsikring mhp. at medicinere min ADHD. Behandlingen sluttede før jeg var færdigbehandlet fordi Tryg/[samarbejdspartner] ikke mente der var mere tid under behandlingsgarantien. Jeg har klaget over dette da de tre afsatte måneder indeholdt Trygs egen sagsbehandlingstid (til en

start 14 dage), psykiaterens sygdom, efterårsferie, jul og nytår i et i øvrigt pakket program, for psykiateren. Der var ikke tid nok til at jeg kunne blive færdigmedicineret".

Selskabet har afvist klagerens krav. Selskabet har anført, at klageren ikke har bevist, at han har krav på dækning for yderligere behandling i henhold til forsikringsbetingelserne, eller at selskabet og selskabets samarbejdspartners ageren i sagen skulle have påført klageren et tab, der kan begrunde, at selskabet på erstatningsretligt grundlag skal dække yderligere behandlinger.

Selskabet har anført, at ADHD er en kronisk sygdom, og at forsikringen dækker behandling af kroniske sygdomme i op til 3 måneder fra diagnosetidspunktet. Klageren blev forud for opstart af forløbet hos psykiater informeret om dækningsperioden for kroniske lidelser. Selskabet har forlænget behandlingsperioden med 6 uger til forsikringsdækningens ophør den 28/2 2022. Behandlingsforløbet blev forlænget på grund af forhold, som har ligget uden for selskabets kontrol.

Det fremgår af sagen, at klageren den 28/7 2021 anmeldte, at hans læge havde henvist ham til psykiater på grund af angst. Selskabet sendte klageren en mail med godkendelse på udredning og eventuelt behandling ved psykiater. Selskabet henviste klageren til at kontakte selskabets samarbejdspartner for tildeling af en behandler. Af mailen fremgik blandt andet med overskriften "Vigtige oplysninger", at "Hvis der stilles en kronisk diagnose, kan forsikringen maksimalt betale for evt. behandling ved psykiater i op til 3 måneder efter, at diagnosen er stillet ... Det fremgår af forsikringsbetingelserne, hvor mange konsultationer der maksimalt kan betales for".

Selskabet har dækket et psykiatrisk udredningsforløb for depression med 5 konsultationer fra 25/8 2021 til 15/10 2021, hvor psykiateren stillede diagnosen ADHD. Psykiateren ansøgte den 15/10 2021 selskabets samarbejdspartner om behandlingsgaranti op til 6 konsultationer med henblik på medicinsk behandling for ADHD. Selskabets samarbejdspartner oprettede en ny sag og bevilligede behandlingsgaranti den 27/10 2021. Behandlingsgarantien ville udløbe den 15/1 2022, og den 7/1 2022 ansøgte psykiateren om forlængelse af behandlingsgarantien med 4

konsultationer og 2 måneder med henvisning til, at klageren endnu ikke havde sikker effekt af medicinbehandlingen. Behandlingsforløbet var også blevet forlænget, fordi psykiateren havde været sygemeldt med Corona. Der var 2 behandlinger tilbage på klagerens forsikringsdækning, og selskabets samarbejdspartner meddelte i første omgang psykiateren, at behandlingsgarantien kunne forlænges med psykiaterens sygefravær og efterfølgende, at behandlingsgarantien kunne forlænges til forsikringsdækningens ophør den 28/2 2022. Det var ikke muligt for psykiateren at færdigbehandle klageren til den 28/2 2022, og psykiateren afsluttede behandlingen.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 7.1 om kroniske sygdomme, at forsikringen dækker "I op til 3 måneder efter diagnosticering ... behandling af kroniske sygdomme, der er diagnosticeret efter, forsikringen trådte i kraft. Vi dækker medicin eller anden relevant behandling på privathospital/privatklinik, hvis vi vurderer, at behandlingen væsentligt og varigt kan forbedre din helbredstilstand ... Ved kroniske sygdomme forstår vi sygdomme, som læger vurderer som vedvarende, og som derfor ikke kan kureres". Af forsikringsbetingelsernes punkt 7.13 om psykiatrisk behandling fremgår, at "Forsikringen dækker lægeordineret psykiatrisk konsultation. Vi dækker 12 konsultationer hos psykiater pr. sygdom eller skade". Af forsikringsbetingelsernes punkt 12.4 om forsikringens ophør fremgår, at "Forsikringen ophører: • Hvis du træder ud af firmaordningen/gruppeordningen ... Når forsikringen stopper, mister du samtidig ret til dækning. Sygdom, der er opstået og anmeldt i forsikringstiden, er dækket i indtil 6 måneder efter, at forsikringen er stoppet".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at han ifølge forsikringsbetingelserne har krav på dækning af flere behandlinger, eller at selskabet som følge af sin eller sin samarbejdspartners sagsbehandling har pådraget sig erstatningsansvar for, at klageren ikke blev færdigbehandlet inden for dækningsperioden. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

Ankenævnet for Forsikring

11.

98608

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at ADHD er en kronisk sygdom, og at forsikringen dækker behandling af kroniske sygdomme i op til 3 måneder efter diagnosticering. Selskabet har gjort klageren opmærksom på begrænsningen i dækningen.

Nævnet har videre lagt vægt på, at selskabet er uden indflydelse på psykiaterens arbejdstilrettelæggelse og sygefravær og på medicinens effekt på klageren.

Nævnet har også lagt vægt på, at klagerens arbejdsgiver har opsagt forsikringen til den 1/9 2021, og at klagerens forsikringsdækninger ophørte den 28/2 2022. Nævnet bemærker, at selskabet tilbød at forlænge behandlingsgarantien frem til den 28/2 2022.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen