

Finansklagenemnda Person

Uttalelse FinKN-2017-227

10.5.2017

AIG Europe Limited NUF

Reisesyke

Selskapets informasjon om dekning – dekningstilsagn? - erstatningsansvar?

Konkret vurdering av om forsikredes behandlingsutgifter kunne kreves dekket utover forsikringens dekningsomfang på bakgrunn av informasjon gitt av selskapet i e-post før melding av skade.

Nemnda kunne ikke se at forsikrede hadde sannsynliggjort at selskapet opptrådte

erstatningsbetingende uaktsomt da det besvarte forsikredes generelle forespørsel om dekningen.

Forespørselen var ikke knyttet til noen konkret situasjon, og det var da ikke uaktsomt av selskapet ikke å gå nærmere inn på begrensningene i dekningen.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1989) ble under et opphold i Kina behandlet for psykiske plager. I en legeerklæring utferdiget etter den første behandlingen, 1.11.16, heter det

... had visited this medical center ... complaining of mood swing, suicidal thought for 6 years.

Past medical history indicates Major Depression Disorder.

She was diagnosed with Major Depression Disorder

I e-post til selskapet 16.12.16, spurte forsikrede:

Det står at medisinske utgifter dekkes ubegrenset. Faller psykiatriske helsetjenester inn under medisinske utgifter.

Selskapet svarte samme dag: "Ja, det dekkes under vilkår pkt. 6. Du skal fortsatt benytte skadeskjemaet for sykdom/ulykke på reise. Hører gjerne fra deg om du har flere spørsmål."

I skademeldingen, datert 6.1.17, opplyste forsikrede om: "Psykiatriske utredninger og blodprøver - ... bipolar diagnose og farmasi," og behandlinger "01.11, 14.11, 16.12 og 22.12 (2016), 05.01 (2017)".

Selskapet dekket de to første behandlingene, men avsto å dekke de resterende tre. Det ble vist til at ansvaret er begrenset til 30 døgn etter første legebesøk; at selskapet på forhånd skal godkjenne behandling for psykiske lidelser; og til at forsikringen ikke omfatter behandlingsbehov som er kjent før avreise. Forsikrede klaget på avgjørelsen og informerte selskapet om at det ikke før reisen forelå noe kjent behandlingsbehov. Selskapet opprettholdt avslaget.

Forsikrede har anført at hun har krav på dekning av alle sine utgifter til behandling. Hun spurte selskapet om behandlingen var dekket fordi hun var usikker på om hun ville kunne gå videre med den. Hun hadde ikke funnet noe eksplisitt om psykiatriske helsetjenester i avtalen. Selskapet opplyste ikke i sin e-post om begrensningene i dekningen, men bekreftet utvetydig at psykiske helsetjenester dekkes under pkt. 6 i vilkårene.

Selskapet har anført at forsikringen ikke åpner for dekning av de resterende behandlingsutgiftene: Forsikringen har en 30-døgnsbegrensning for fortløpende behandling; behandling av psykiske

lidelser skal være godkjent på forhånd; behandling av lidelser kjent før utreise, er ikke omfattet av forsikringen. Det er vist til punktene 6.6.1, 6.3.1 a og 6.5.7 i vilkårene.

Selskapet er ikke erstatningsrettslig ansvarlig som følge av informasjonen i e-posten 16.12.16. Selv om selskapets e-post var generell, var forsikredes forespørsel også det.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder krav på dekning av behandlingsutgifter, herunder om selskapet er ansvarlig for disse på grunn av informasjon i e-post til forsikrede.

I de aktuelle vilkårene heter det i punktene 6.3.1 a og d, 6.5.7 og 6.6.1:

6.3.1 Forsikringen omfatter utgifter til:

Legebehandling, ...

...

d. Ved behandling av psykiske lidelser dekkes inntil 20 behandlingstimer pr. forsikringsår hos psykolog. Det er en betingelse at typen og omfanget av behandlingen godkjennes av AIGs lege, før behandlingen starter.

6.5 Unntak

Forsikringene i 6.3 og 6.4 omfatter ikke utgifter som skyldes

...

6.5.7 Et før avreisen kjent behandlingsbehov.

6.6 Skadeoppgjør og erstatningsberegning

6.6.1 Erstatningsansvaret for en og samme sykdom/ulykkesskade som krever fortløpende behandling er begrenset til de første 30 døgn etter det første legebesøket. Dersom hjemtransport ikke er medisinsk forsvarlig, kan fristen fravikes.

Nemnda er enig med selskapet i at forsikrede etter vilkårene ikke har krav på å få dekket utlegg til behandlingstimer i desember 2016 og januar 2017. Disse ble gjennomført etter utløpet av begrensningen til 30 døgn som følger av pkt. 6.6.1 i vilkårene. Det var heller ikke innhentet samtykke fra selskapets lege før behandlingen startet, jf. pkt. 6.3.1. bokstav d.

Forsikrede har imidlertid anført at selskapet er ansvarlig pga. manglende informasjon om begrensningene i dekningen i e-posten av 16.12.16. Nemnda kan imidlertid ikke se at forsikrede har sannsynliggjort at selskapet opptrådte erstatningsbetingende uaktsomt da det besvarte forsikredes generelle forespørsel. Denne var ikke knyttet til noen konkret situasjon, og det var da ikke uaktsomt av selskapet ikke å gå nærmere inn på begrensningene i dekningen.

Uttalelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Hege Opheim (nøytralt oppnevnt medlem), Mildrid Felland (selskapsrepresentant), Gro Farestedt (selskapsrepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Ingebjørg Kiil (forbrukerrepresentant)