

Ankenævnet for Forsikring

Den 7. august 2024 blev i sag nr. 101202:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 18/2 2024 samt i vedlagte bilag har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Se vedhæftede 'Hændelsesforløb'

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At selskabet accepterer den anmeldte skade"

"Hændelsesforløb

1. Ved et tungt løft op ad en vindeltrappe indtræffer der en lyskebrok i venstre side.
2. Jeg retter henvendelse til Forsikringsoplysningen og får at vide, at jeg skal anmelde det til mit forsikringsselskab (ulykkesforsikring).
3. Jeg foretager anmeldelsen og spørger samtidigt, hvorledes jeg skal forholde mig. Jeg oplyser også, at jeg ikke har besøgt egen praktiserende læge.
4. Jeg opnår ingen umiddelbar reaktion, men et par måneder senere oplyses jeg om, at der ikke er dækning fordi det skyldes en sygdom hos mig.
5. På min forespørgsel om hvorledes de kommer frem til den konklusion meddeles jeg blot, at de betragter min besked som en klage og at de fastholder beslutningen. Se min henvendelse nedenfor."

"Jeg anser sagsbehandlingen vedrørende ovennævnte sag for at være overfladisk og mangelfuld.

Pkt. 1:

Ankenævnet for Forsikring

2.

101202

Jeg foretog anmeldelse via 'min side' og sluttede af med et spørgsmål om, hvorledes jeg skulle forholde mig. Baggrunden for præcis dette spørgsmål var mit kendskab til, at Tryg til tider forlanger undersøgelse af læger/specialister Tryg selv udvælger. Jeg modtog ikke noget svar her på.

Pkt. 2:

Jeg modtog en afgørelse den 11. januar 2023, Den gav mig anledning til at stille to spørgsmål. Jeg skrev således til jer:

Forinden jeg foretager mig yderligere vil jeg gerne have svar på følgende spørgsmål:

1. I skrivelsen fra jer er nævnt, at skaden ikke skyldes et 'egenet ulykkestilfælde'. Jeg ved desværre ikke hvad 'egenet' betyder, er det muligt, at få det forklaret på en anden måde?
2. I nævner, at hovedårsagen til skaden er bestående sygdomme eller sygdomsrelateret. Hvorpå bygger I denne antagelse?

Det har jeg ikke modtaget svar på. Det kunne være at "egenet" er en fejlskrivning, så ville det have været let at oplyse dette, men måske er det et fagudtryk, jeg ikke kender.

I rekvirerede journaler fra min læge, men der er intet i dem der indikerer bestående sygdomme. Hvis lyskebrok altid betragtes som bestående sygdom var der ingen grund til at bestille journaler og bruge tid her på. Så jeres begrundelse må derfor være truffet på et andet grundlag.

Hovedreglen for lyskebrok er: 'Lyskebrok kan arves eller erhverves. For eksempel, hvis et ungt barn oplever denne type brok, er det typisk medfødt, men når det sker hos en voksen, er det som regel erhvervet.'

Pkt.3:

Forinden jeg foretog anmeldelse rettede jeg følgende spørgsmål til 'Forsikringsoplysningen':

Kan pludseligt opstået lyskebrok forårsaget af et tungt løft være omfattet af en ulykkesforsikring?

De svarede tilbage, at (citater): det afhænger af om lyskebrokken er opstået som følge af løftet eller af om der har været en sygdomsmæssig forudsætning.

På baggrund heraf foretog jeg anmeldelsen, men sagen efterlader mig det indtryk, at der rent faktisk ikke er foretaget nogen sagsbehandling, men blot en ren afvisning i strid med Forsikringsoplysningens opfattelse. Tryg har ikke foretaget nogen som helst undersøgelse af årsagen til skaden."

Selskabet har den 14/3 2024 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klageren havde på skadestidspunktet ulykkesforsikring med vilkår 15G6. Vilkårene fremlægges som **bilag 1**.

Sagen vedrører, at klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist dækning for hans lyskebrok. Selskabet har afvist dækning dels med henvisning til, at det ikke er dokumenteret, at der er sket et dækningsberettigende ulykkestilfælde, subsidiært manglende årsagssammenhæng under henvisning til manglende dokumentation for strakssymptomer.

Sagsfremstilling

Det fremgår af skadeanmeldelsen fra den 15. december 2022, at klageren den 10. november 2022 pludselig mærkede en jagende smerte samt konstaterede en udbuling i lysken i forbindelse med, at han løftede en tung flyttekasse med porcelæn op ad en vindeltrappe. Klageren har endvidere oplyst i skadeanmeldelsen, at han ikke havde søgt læge. Skadeanmeldelsen fremlægges som **bilag 2**.

Til brug for sagens videre behandling anmodede selskabet om journalen fra klageren egen læge. Klagerens egen læge besvarede selskabets anmodning den 3. januar 2023 og oplyste at han ikke var i besiddelse af de oplysninger som selskabet havde anmodet om. Lægens svar på selskabets anmodning om lægejournal fremlægges som **bilag 3**.

Den 11. januar 2023 afviste selskabet dækning med henvisning til, at forsikringen ikke dækker forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom. Selskabets første afgørelse fremlægges som **bilag 4**.

Klageren klagede over selskabets afgørelse den 13. januar 2023. Klagen fremlægges som **bilag 5**.

Selskabet fastholdt sin afgørelse den 23. januar 2023 med henvisning til, at der ikke var årsags-sammenhæng mellem den anmeldte hændelse og klagerens gener, idet hændelsen ikke var medicinsk egnet til at forårsage den skete skade. Selskabets fastholdelse fremlægges som **bilag 6**.

Klageren klagede til selskabets klageansvarlige afdeling, Kvalitet, den 2. februar 2023. Klagen til Kvalitet fremlægges som **bilag 7**.

Den 3. april 2023 fastholdt Kvalitetsafdelingen, at klageren ikke havde bevist, at der var sket et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Svar fra Kvalitet fremlægges som **bilag 8**.

Sagen blev herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Forsikringsbetingelser

Af forsikringsbetingelsernes punkt 3, fremgår det blandt andet, at forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde, og der ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 7.1.5.1, at forsikringen ikke dækker, når skade skyldes følger af ulykkestilfælde, når hovedårsagen er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg.

Forsikringen dækker ikke, når skaden skyldes, forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 7.1.5.2.

Selskabets vurdering

Klageren har i klageskemaet til nævnet blandt andet anført, at han i forbindelse med anmeldelsen af skaden spurgte ind til, hvordan han skulle forholde sig, idet han ikke havde besøgt praktiserende læge. Endvidere har klageren oplyst, at han ønsker, selskabet accepterer den anmeldte skade.

Af skadeanmeldelsen fra den 15. december 2022 fremgår blandt andet følgende:

'Hvad løftede du?

Flyttekasse

Hvor mange kg løftede du ca.?

?

Var I flere om at løfte?

Nej

Beskriv, hvordan løftet foregik?

Torsdag den 10. november løftede jeg en tung flyttekasse med porcelæn op af en vindeltrappe. Pludseligt mærkede jeg en jagende smerte og konstaterede en udbuling i lysken. Efter uheldet holdt jeg mig efterfølgende i ro i håb om, at situationen ville normalisere sig. Det må desværre konstateres, at det ikke har været tilfældet. Jeg har nu en lyskebrok, som betyder, at jeg ikke kan gå hjem med et indkøbsnet uden at opleve udposning og smerter i lysken. Hvorledes forholder jeg mig i denne forbindelse? Jeg har aldrig tidligere haft besvær med løftarbejde af nogen art.

Har du modtaget lægehjælp eller anden form for behandling?

Nej'

Det fremgår blandt andet af klagerens læges svar på selskabets anmodning fra den 3. januar 2023, at:

Jeg er ikke i besiddelse af de oplysninger, som selskabet har anmodet om, fordi (afkryds A, B, C eller D):

C Der ikke for den angivne tidsperiode er oplysninger i journalen fra andre behandlere om de sygdomme eller gener fra de legemsdele, som selskabet har anmodet om.'

Selskabet bemærker, at det i henhold til almindelige forsikringsretlige principper er klageren, der skal dokumentere rigtigheden og størrelsen af sit krav.

Dokumentation for et ulykkestilfælde

På baggrund af sagens oplysninger er det selskabets opfattelse, at klageren ikke har bevist, at der er sket et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Selskabet har lagt vægt på, at klageren har angivet skadedatoen som værende 10. november 2022 og klageren i sin skadeanmeldelse – en måned efter – den 15. december 2022, blandt andet har oplyst, at skaden opstod i forbindelse med et løft samt at han ikke havde søgt læge.

Det bemærkes, at selskabet anmodede klagerens egen læge om lægelige akter den 3. januar 2023, hvor selskabet samme dag modtog svar på sin henvendelse, hvor klagerens læge oplyste, at han ikke var i besiddelse af de oplysninger selskabet havde anmodet om.

Det kan således fastslås, at klageren heller ikke havde søgt læge i perioden fra anmeldelsen af skaden den 15. december 2022 til selskabet anmodede om lægelige akter den 3. januar 2023, hvorfor det er selskabets opfattelse, at klageren ikke har bevist, at han har været ude for et dækningsberettigende ulykkestilfælde, idet der er en periode på cirka to måneder, hvor klageren ikke havde henvendt sig hos lægen.

Det stiller klageren i en bevismæssig vanskelig situation, at der ikke foreligger nogle lægelige akter i tidsnær relation til angivne skadedato.

Dokumentation for strakssymptomer

Subsidiært, er det selskabets vurdering, at selv hvis der havde været dokumentation for den anmeldte hændelse, har klageren ikke bevist, at hans lyskebrok er en følge af et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Hertil bemærkes at der har været en periode på to måneder fra klageren angiveligt skulle være kommet til skade, hvor klageren ikke har henvendt sig hos læge, hvorfor der ikke er dokumentation for strakssymptomer.

Til støtte for sin påstand henviser selskabet til nævnets afgørelse i sag 92028, hvor nævnet blandt andet lagde vægt på, at klageren ikke havde bevist, at han havde været udsat for et ulykkestilfælde i forsikringsmæssig forstand, fordi klageren ikke havde modtaget nogen form for lægelig behandling efter den anmeldte hændelse. Ankenævnskendelsen fremlægges som **bilag 9**.

Sammenfatning

Sammenfattende er det selskabets opfattelse, at klageren ikke er berettiget til dækning på ulykkesforsikringen, idet klageren ikke har dokumenteret, at der er sket et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Subsidiært, er det selskabets vurdering, at klageren heller ikke har bevist årsags-sammenhæng, idet der minimum ses at være en periode på 2 måneder, hvor klageren ikke har søgt læge, hvorfor der ikke er dokumentation for strakssymptomer."

Klageren har i brev af 20/3 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg kan konstatere i Trygs svar i ankenævnssagen, at der ikke er svar på nogen af de spørgsmål som fremgår af mit indsendte hændelsesforløb. I deres indledning fremgår nu, at de mangler dokumentation for strakssymptomer. I deres 1. svarskrivelse fra den 11. januar er deres begrundelse en helt anden og deri betvivler de ikke, at jeg har lyskebrok. Citat: 'Da lyskebrok kommer inde fra og ikke skyldes et egenet ulykkestilfælde, kan vi desværre ikke dække dine gener på din ulykkesforsikring.' Forsikringsoplysningen giver i deres råd til mig udtryk for noget andet og trods forespørgsel har Tryg stadig ikke oplyst mig om hvad 'egenet' betyder.

I samme skrivelse oplyser Tryg, at de ikke dækker (citater): 'når hovedårsagen er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg.' Det er der heller ikke tale om, de har modtaget journal fra min læge, der netop dokumenterer, at der aldrig har været tale om problemer med lysken.

Hvis det på dette tidspunkt var af betydning at få konstateret strakssymptomer, hvorfor hjalp de mig så ikke med denne oplysning, når jeg netop i skadesanmeldelsen bad om råd om, hvorledes jeg skulle forholde mig? Eftersom jeg ikke modtog nogen vejledning overhovedet, kunne jeg kun gå ud fra, at de havde modtaget de oplysninger, de havde brug for.

Ankenævnet for Forsikring

6.

101202

Tryg oplyser til mig, at de den 22. marts har sendt sagen til deres rådgivende lægekonsulent. Den 1. september 2023 er denne sag stadig åbentstående. På min forespørgsel samme dag oplyser Tryg seks (6) uger senere i oktober 2023, at der er sket en fejl og at de har lukket sagen.

Jeg er desværre lidt bange for, at der er sket flere fejl og at man på et tidspunkt har forvekslet min sag med en anden. Der henvises f.eks. til bestående sygdom og sygdomsanlæg. Det har der aldrig været tale om hos mig. Hvilket også fremgår af oplysningerne fra min læge.

Lægen kan konstatere lyskebrokkens tilstedeværelse. Vidner kan bevidne tidspunktet for dens opståen. Havde jeg lyskebrok i forvejen ville jeg naturligvis aldrig have foretaget det løft, jeg beskrev i skadesanmeldelsen. Behandling af lyskebrok kan ikke foretages af den praktiserende læge, han kan kun i alvorlige tilfælde henvise til operation. Det er endnu ikke afgjort hos undertegnede.

Eftersom Tryg ikke har dokumenteret, at mine oplysninger til dem er usande går jeg ud fra, at de betragtes som fakta. Det kan ikke være rimeligt at sagen skal afgøres på grundlag af Trygs fejlagtige konklusioner om sygdom."

Selskabet har i brev af 16/2 [16/4] 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Klageren har i sit svar af 26. marts 2024 blandt andet anført, hvorfor selskabet ikke rådgav om, at han skulle søge læge, da han anmeldte skaden, når dette havde betydning for sagen.

Selskabet skal hertil bemærke, at klageren i sin skadeanmeldelse af 15. december 2022 oplyste skadedatoen som værende 10. november 2022. Selskabet blev først bekendt med skaden ved modtagelsen af skadeanmeldelsen.

Når der allerede ved anmeldelsen af skaden var gået en måned fra skaden angiveligt skulle være sket og klageren i mellemtiden ikke havde henvendt sig hos læge, er det fortsat selskabets vurdering, at klageren på tidspunktet for anmeldelsen af skaden, havde stillet sig i en bevismæssig vanskelig situation i forhold til, at der skulle være sket et dækningsberettigende ulykkestilfælde, idet der på dette tidspunkt ikke forelå lægelige akter.

Det er også selskabets opfattelse, at man ved alvorlig personskade på egen hånd vil søge hjælp hos læge hurtigst muligt.

Sammenfattende er det fortsat selskabets opfattelse, at klageren ikke har dokumenteret, at der er sket et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Subsidiært, er det også fortsat selskabets vurdering, at selv hvis der havde været dokumentation for et dækningsberettigende ulykkestilfælde, at klageren ikke har bevist årsagssammenhæng, idet der ikke er dokumentation for strakssymptomer."

Klageren har i brev af 22/4 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Trygs seneste skrivelse er dateret 16. februar, men eftersom den henviser til min skrivelse af 26. marts må det antages, at det skyldes en fejl hos Tryg.

Ankenævnet for Forsikring

7.

101202

I Trygs afvisning af min skade (Trygs bilag 4) begrundes det med, at hovedårsagen er bestående sygdom og ikke et egenet ulykkestilfælde. Det er stadig ikke lykkedes mig at få Tryg til at oplyse hvad 'egenet' betyder. Men nu ændrer de begrundelse - nu skyldes det manglende øjeblikkeligt lægebesøg.

Jeg finder det besynderligt, at mit kendskab til symptomerne og min viden om hvad min læge ville og kunne foretage sig i den aktuelle situation skal komme mig til skade. Rigtigheden af min viden er bekræftet af min læge.

Når Tryg ændrer begrundelse skyldes det så fejl i sagsbehandlingen?

I stedet for at gå til læge tog jeg kontakt til forsikringsoplysningen for at få at vide om en sådan situation var dækket af ulykkesforsikringen. At søge råd hos Tryg ville jf. deres bilag 4, kun resultere i råd der ville undgå omkostninger for dem.

Tryg hævder, at jeg ikke har bevist årsagssammenhæng. Et øjeblikkeligt besøg ved lægen ville ikke kunne bevise noget som helst om årsagssammenhæng. Han ville kun få det at vide jeg kunne fortælle ham. Hvis mine oplysninger til lægen står til troende, hvorfor gør de det så ikke når jeg giver nøjagtigt samme oplysninger til Tryg?

Det undrer mig hvorfor de sender sagen til deres rådgivende lægekonsulent uden at anvende hans arbejde."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogen gengives nedenfor. Af skadeanmeldelse af 15/12 2022 fremgår bl.a.:

"Beskriv hændelsen

Hvad løftede du?

Flyttekasse

Hvor mange kg løftede du ca.?

?

Var I flere om at løfte?

Nej

Beskriv, hvordan løftet foregik?

Torsdag den 10. november løftede jeg en tung flyttekasse porcelæn op af en vindeltrappe. Pludseligt mærkede jeg en jagende smerte og konstaterede en udbuling i lysken. Efter uheldet holdt jeg mig efterfølgende i ro i håb om, at situationen ville normalisere sig. Det må desværre konstateres, at det ikke har været tilfældet. Jeg har nu en lyskebrok, som betyder, at jeg ikke kan gå hjem med et indkøbsnet uden at opleve udposning og smerter i lysken. Hvorledes forholder jeg mig i denne forbindelse? Jeg har aldrig tidligere haft besvær med løftarbejde af nogen art.

...

Har du modtaget lægehjælp eller anden form for behandling?

Nej

...

Er der stillet en diagnose?

Nej

Har der tidligere været skader eller sygdomme i samme legemsdel?

Nej

Lider du af kronisk eller længerevarende sygdom?

Nej"

Af selskabets anmodning af 3/1 2023 til klagerens egen læge fremgår bl.a.:

"Hvis lægen ikke er i besiddelse af relevante oplysninger

Jeg er ikke i besiddelse af de oplysninger, som selskabet har anmodet om, fordi (afkryds A, B, C eller D):

...

C Der ikke for den angivne tidsperiode er oplysninger i journalen fra andre behandlere om de sygdomme eller gener fra de legemsdele, som selskabet har anmodet om."

Af selskabets brev af 11/1 2023 til klageren fremgår bl.a.:

"Hvordan dækker forsikringen

Forsikringen dækker ikke når skaden skyldes følger af ulykkestilfælde, når hovedårsagen er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg.

Vores vurdering

Af sagens oplysninger fremgår det, at du har lyskebrok. Lyskebrok skyldes en svaghed i bugvæggen, som oftest udløses af et tungt løft eller andre tilstande som øger presset på bughulen. Da lyskebrok

kommer inde fra og ikke skyldes et egenet [egnet] ulykkestilfælde, kan vi desværre ikke dække dine gener på din ulykkesforsikring.

Vi betragter herefter sagen som afsluttet."

Af selskabets brev af 23/1 2023 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget din klage over vores afgørelse vedrørende skaden den 10. november 2022, hvor vi vurderede, at der ikke er tale om et ulykkestilfælde. Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade. For at opnå dækning, skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen er egnet til, at forårsage personskade. Det vil sige, om hændelsen i sig selv er nok til, at forårsage/forklare skaden.

På grund af din henvendelse, har vi gennemgået sagen igen, og kan oplyse, at vi fastholder vores tidligere afgørelse.

Vi har ved vores vurdering lagt vægt på, at lyskebrok kommer indefra - der opstår som følge af en svaghed i bugvæggen, som udløses af øget pres på bughulen."

Af brev af 3/4 2023 fra selskabets kvalitetsafdelingen til klageren fremgår bl.a.:

"På baggrund af sagens oplysninger er det vores vurdering, at du ikke har bevist, at der er sket et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Ved vurderingen har vi lagt vægt på, at det fremgår af dine oplysninger i skadeanmeldelsen, at du ikke har modtaget lægehjælp eller anden form for behandling, hvilket understøttes af svaret fra din, hvor han oplyser, at han ikke kan imødekomme vores anmodning, idet du ikke har haft henvendt dig efter, at du angiveligt skulle være kommet til skade.

Det stiller dig i en bevismæssig vanskelig situation, at den anmeldte hændelse – løft af flyttekasse – ikke fremgår af de lægelige akter.

Vores vurdering af sagen er efter vores opfattelse i overensstemmelse med praksis fra Ankenævnet for Forsikring. Vi henviser i den forbindelse til Ankenavnets afgørelse i sag 92915.

I sagen anmeldte klageren, at han fik smerter i ryggen efter et løft på arbejdet den 18. maj 2015. Der blev efterfølgende konstateret en diskusprolaps. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren ikke havde bevist, at hun var udsat for et dækningsberettigende ulykkestilfælde 18. maj

2015. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at klageren først søgte lægehjælp efter næsten 4 måneder, og at det i klagers lægejournal ikke var beskrevet, at skaden opstod ved et løft. Nævnet kunne derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

Vi er opmærksomme på, at kendelsen vi henviser til ovenfor vedrører ryggene, hertil bemærkes at princippet om, at den anmeldte hændelse skal være dokumenteret tidsnært i de lægelige akter er et generelt princip uagtet, hvilken legemsdel, der er beskadiget."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"3. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker følger af

- ulykkestilfælde.

...

Ved et **ulykkestilfælde** forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

Årsagssammenhæng

For at opnå dækning, skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskade. Det vil sige, om hændelsen i sig selv er nok til at forårsage/forklare skaden.

...

7.1.5 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke, når skaden skyldes:

7.1.5.1

Følger af ulykkestilfælde, når hovedårsagen er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg.

7.1.5.2

Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom."

Nævnet udtaler:

Klageren, som er født i 1940'erne, anmeldte den 15/12 2022, at han fik et lyskebrok den 10/11 2022, da han løftede en tung flyttekasse. Klageren oplyste samtidigt, at han ikke havde kontaktet læge eller modtaget anden behandling. Klageren ønsker, at selskabet dækker skaden. Selskabet har afvist erstatning med henvisning til, at klageren ikke har bevist, at der er sket et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Subsidiært at klageren ikke har bevist årsagssammenhæng, idet der ikke er dokumenteret strakssymptomer.

Klageren har anført, at han i forbindelse med anmeldelsen ikke modtog vejledning fra selskabet. Klageren har anført, at selskabet primært afviste dækning med henvisning til, at skaden skyldtes forudbestående sygdom, men senere ændrede begrundelsen. Klageren har anført, at han ikke tidligere har haft problemer med lysken. Klageren har anført, at han har vidner, der kan bevidne tidspunktet for skadens opståen. Klageren har anført, at behandling af brok ikke kan foretages af den praktiserende læge, og at han finder det besynderligt, at hans kendskab til symptomerne og viden om, hvad lægen ville og kunne foretage sig, skal komme ham til skade.

Selskabet har anført, at der ikke foreligger lægelige akter i tidsnær relation til skadedatoen, da klageren i perioden fra hændelsen den 10/11 2022 til den 3/1 2023, hvor selskabet anmodede klagerens egen læge om journaler, ikke har henvendt sig til læge.

Det fremgår af skadeanmeldelse af 15/12 2022, at klageren, "den 10. november løftede ... en tung flyttekasse ... Pludseligt mærkede jeg en jagende smerte og konstaterede en udbuling i lysken. Efter uheldet holdt jeg mig efterfølgende i ro i håb om, at situationen ville normalisere sig ... Jeg har nu en lyskebrok, som betyder, at jeg ikke kan gå hjem med et indkøbsnet uden at

Ankenævnet for Forsikring

11.

101202

opleve udposning og smerter i lysken. Hvorledes forholder jeg mig i denne forbindelse? Jeg har aldrig tidligere haft besvær med løftearbejde af nogen art ... **Har du modtaget lægehjælp eller anden form for behandling? Nej."**

Det fremgår af selskabets anmodning af 3/1 2023 til klagerens egen læge, at lægen oplyste: "Jeg er ikke i besiddelse af de oplysninger, som selskabet har anmodet om, fordi (afkryds A, B, C eller D) ... C Der ikke for den angivne tidsperiode er oplysninger i journalen fra andre behandlere om de sygdomme eller gener fra de legemsdele, som selskabet har anmodet om."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde. Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade. For at opnå dækning, skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden.

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

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets afgørelse, idet klageren ikke har bevist, at hans lyskebrok er forårsaget af et løft den 10/11 2022.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren ikke søgte læge eller anden behandling efter løfteskaden, og der foreligger derfor ingen lægelig dokumentation for årsagssammenhæng mellem løftet den 10/11 2022 og klagerens lyskebrok.

Det, som klageren i øvrigt har anført – herunder at han ikke umiddelbart søgte lægebehandling, da han ud fra en personlig erfaring mente, at dette ville være formålsløst, og at han har vidner til skaden – kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

Ankenævnet *for* Forsikring

12.

101202

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen
formand