

Ankenævnet for Forsikring

Den 28. august 2024 blev i sag nr. 101590:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Aros Forsikring
Viby Ringvej 4
8260 Viby J

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har retshjælpforsikring. I brev af 29/4 2024 har klagerens advokat bl.a. anført:

"Aros Forsikring tilpligtes at meddele retshjælpstilsagn til ankesag mellem [klageren] og Aros Forsikring.

Sagsfremstilling:

Sagens forhistorie er, at [klageren] anmelder en skade til Aros Forsikring.

Der opstår tvist undervejs og ankenævnet afsiger kendelse den 24/5 2023 i sag 99211.

Begrundelsen i nævnte afgørelse er følgende:

'Fastsættelse af méngraden:

Nævnet bemærker, at selskabet i sit brev til klageren af 6/12 2021 har fastsat klagerens varige mén efter ulykken til 8%, og at det varige mén er fastsat på baggrund af selskabets lægekonsultants vurdering.

Nævnet finder, at selskabets brev efter sit indhold har karakter af en egentlig afgørelse, og at der er tale om et dækningstilsagn, som klageren kan støtte ret på.'

Dette ønsker Aros Forsikring ikke at følge, og Nævnenes Hus på vegne [af klageren] indbringer sagen for retten som en småsag.

Retten når frem til følgende resultat 4. marts 2024:

'Rettens begrundelse og resultat

Ankenævnet for Forsikring

2.

101590

Efter ordlyden i Aros brev af 6. december 2021 til [klageren] lægger retten til grund, at Aros har fremsat et tilbud til [klageren] om betaling af erstatning for en méngrad på 8 %, og oplyst [klageren] om, at det fremsatte tilbud bortfaldt, hvis det ikke blev accepteret inden 4 uger. Dette støttes endvidere af, at der var vedlagt brevet en svarskrivelse, hvori [klageren] ved anvendelse af nemID kunne acceptere tilbuddet eller anmode om at få sagen indbragt for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. På den baggrund foreligger der et tilbud, der kræver accept fra modtageren, jf. herved aftalelovens § 1. Det må endvidere efter [klagerens] mail af 19. oktober 2021 og Aros svar af 20. oktober 2021 lægges til grund, at [klageren] var bekendt hermed. Herefter, og da [klageren] ikke accepterede det fremsatte tilbud inden fristen på 4 uger, men i stedet valgte at indbringe sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, er det fremsatte tilbud bortfaldet. Dette støttes tillige af, at [klageren] senere ved mail af 28. september 2022 meddelte oplysning – og dermed tilsagn om – at erstatning for méngrad svarende til 5 % kunne indsættes på hans nemkonto. [Klageren] har derfor også accepteret, at sagen blev afsluttet med den erstatning. Som følge heraf frifindes Aros.'

Sagen indeholder det helt principielle spørgsmål, om skrivelsen af 6/10 2021 er et tilbud, der kræver accept, eller om det er et bindende dækningstilsagn.

Som følge deraf har jeg udarbejdet ankestævning, hvor sagens tema er ridset op. Kopi af ankestævning vedlægges.

Aros Forsikring har nægtet at give dækningstilsagn, idet man ikke finder sagen principiel.

Jeg synes det er interessant, at Ankenævnet har en anden indstilling end retten, og derfor er der god grund til at få dette afprøvet i landsretten. I den forbindelse skal det oplyses, at Ankenævnet i en anden sag er nået frem til fuldstændig samme resultat.

Det kan supplerende oplyses, at dommen har påkaldt sig en del opmærksomhed hos andre forsikringsselskaber samt erstatningsadvokater. Dommen er omtalt hos erstatningsadvokater. Det er selvfølgelig en principiel problemstilling.

Efter min opfattelse er der rimelig grund til at få det afprøvet, og dermed opfylder min klient også betingelserne for at få meddelt retshjælpstilsagn.

Det skal også ses i lyset af, at Aros nægter at give retshjælp til en retssag imod sig selv.

I en situation som den, bør man lade eventuel tvivl tale til fordel for forsikrede.

Derfor skal der meddeles min klient retshjælp."

Selskabet har den 15/5 2024 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Selskabet skal hermed fremkomme med sine bemærkninger til ovennævnte sag, der angår spørgsmålet om, hvorvidt klager er berettiget til retshjælpsdækning til en verserende landsretssag mellem selskabet (som ulykkesforsikringsselskab) og klager.

Twisten, der er søgt om retshjælp til, udspringer kort fortalt af, at klager mener, at selskabet (som ulykkesforsikringselskab) har afgivet et bindende dækningstilsagn om at tilkende klager en mén-godtgørelse svarende til en méngrad på 8 %.

Selskabet er fortsat af den opfattelse, at der ikke er afgivet et bindende dækningstilsagn, men at selskabet tværtom (i) har fremsat et *aftaleretligt tilbud*, som klager ikke har accepteret inden for acceptfristen samt (ii) har indgået en bindende aftale med klager om at afslutte sagen med en mén-godtgørelse svarende til en méngrad på 5 %.

Det bemærkes, at Ankenævnet for Forsikring under sag AK 99.211 gav klager medhold, men at retten i ..., jf. dommen af 5. marts 2024, er kommet til det modsatte resultat og således har fri-fundet selskabet.

Det er selskabets vurdering, at klager ikke – på det foreliggende grundlag – har rimelig grund til at indbringe sagen for landsretten, hvorfor klager ikke kan bevilges retshjælp til småsagen, der er indbragt af klager for ... Landsret, jf. vilkårenes pkt. 3.2 og 7.a.

Selskabet skal henviser til, at der er tale om en småsag, som klager har tabt i byretten, og at by-retsdommen alt andet lige har større præjudikatsværdi end ankenævnets afgørelse.

Selskabet skal dernæst henviser til, at klager ikke under ankesagen har fremlagt bilag eller andet, der taler for, at byrettens dom er forkert.

Det bemærkes i forlængelse heraf, at såfremt klager havde ment, at sagen var principiel, ville kla-ger (formentlig) have indbragt sagen for landsretten som første instans, men dette er ikke sket.

Det bemærkes videre, at Ankenævnet for Forsikring ved sagsbehandlingen af AK 99.211 ikke hav-de kendskab til samtlige bilag, herunder mails sendt mellem [klageren] og Aros Forsikring, hvorfor ankenævnet ikke var klar over, at [klageren] var *fuldt ud* bekendt med procesrisikoen forbundet med sagens prøvelse hos Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Jeg henviser til byrettens præmisser i den indankende dom (vedlagt bilag A, s. 11).

Selskabet anmoder (**provokation A**) klager om at oplyse, hvorvidt landsretten har meddelt klager tilladelse til at løfte sagen ud af småsagsprocessen.

Selskabet anmoder videre (**provokation B**) klager om at fremlægge sagsakterne fra minretssag, al-ternativt at give selskabet tilladelse til at rekvirere disse internt og fremlægge dem i denne anke-nævns-sag."

Klagerens advokat har i brev af 29/5 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Der er tale om en sag, hvor Ankenævnet har truffet en afgørelse, og hvor byretten er nået frem til et andet resultat.

Jeg vedlægger kopi af mit sammenfattende processkrift for landsretten, der behandler sagen på skriftligt grundlag.

Af processkriftet fremgår problemstillingen:

1. Er der tale om et tilbud, der kræver accept eller

2. Er der tale om et bindende dækningstilsagn.

Jeg skal henvise til mine bemærkninger i det sammenfattende processkrift samt de heri nævnte domme og ankenævnskendelse.

På den baggrund er det min opfattelse, at der er rimelig grund til at føre sagen."

Selskabet har i brev af 4/6 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Aros Forsikring har noteret sig, at retssagen afgøres på skriftligt grundlag og fortsat håndteres efter småsagsprocessen i anken.

Det må herefter lægges til grund, at landsretten ikke har vurderet, at der er et behov for mundtlig forhandling.

Dette taler i selskabets optik imod, at sagen skulle være principiel, eller at sagen har en særlig karakter.

Selskabet vil i lyset heraf påpege, at hvis ankenævnet – imod selskabets opfattelse – skulle komme frem til, at selskabet skal bevilge retshjælpsdækning til småsagen, så følger det af vilkårenes pkt. 12.3, at retshjælpsforsikringen ikke dækker:

'Egne omkostninger til advokat eller rettergangsfuldmægtig under sagens forberedelse.'

Da sagen fortsat håndteres indenfor småsagsprocessen, og da sagen afgøres på skriftligt grundlag af landsretten, vil der derfor ikke være dækning for sagens udgifter, bortset fra eventuelle retsafgifter eller pålagte omkostninger til modparten, jf. vilkårenes pkt. 12.2.

Uanset ovennævnte omkostningsbemærkninger fastholder selskabet, at der ikke er rimelig grund til proces, jf. vilkårenes pkt. 3.2, og der henvises til selskabets bemærkninger i tidligere partsindlæg."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af nævnets afgørelse af 24/5 2023 i sag 99211 fremgår bl.a.:

"Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte, at han den 8/8 2020 faldt og fik en skade i venstre albue. Selskabet anerkendte ulykken og vurderede det varige mén til 8 % med henvisning til méntabellens punkt D.1.8.5.1. Klageren var ikke tilfreds og indbragte sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, som den 13/9 2022 fastsatte méngraden til 5 %. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsatte ved genvurdering méngraden til 5 %. Selskabet har udbetalt godtgørelse for varigt mén på 5 %.

Klageren ønsker at få fastsat sit mén til 8 % samt refusion af udgiften til forelæggelse for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Klageren har anført, at selskabet og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har set bort fra oplysningerne i speciallægeerklæringen af 2/11 2021, hvor hans mén bl.a. i form af nedsat kraft og strækkemangel er tydeligt beskrevet. Han har daglige smerter og begrænsninger i sin arm. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har vurderet, at der ikke er sket skade på tilhæft-

ningen til strækkemusklen, hvilket undrer klageren, da det fremgår af speciallægeerklæringen, at der er sket knogleafrivning ved tricepssenen på albuen.

Klageren har anført, at selskabets sagsbehandling var vildledende, og at 'Jeg oplyses om, at jeg kan få en vurdering hos AES. Der er et gebyr på ca. 7000 kr., som jeg selv skal betale i første omgang, men hvis méngraden vurderes højere, vil pengene blive refunderet af Aros. På intet tidspunkt bliver jeg oplyst om, at min erstatning kan blive lavere'. Klageren har oplyst, at 'Det var aldrig faldet mig ind at få AES til at komme med en vejledende udtalelse i sagen, hvis jeg var blevet oplyst om, at selskabet partout ville følge dem, uden hensyntagen til deres egen lægekonsulents sidste vurdering'.

Klageren har drøftet sagen med selskabets kundeansvarlige, og klageren meddelte, at han af sin advokat var blevet rådet til at klage til Ankenævnet for Forsikring over den forvirrende sagsbehandling. Den kundeansvarlige følte sig – ifølge klageren – voldsomt provokeret af dette og spurgte 'om jeg vil klage for at genere ham personligt, da det vil koste ham 15.000 kr., (?) men kun koste mig nogle få hundrede kroner. Og i øvrigt er det kun jurister, der kommer til at vurdere min klage og ikke læger'. Desuden sagde den kundeansvarlige ifølge klageren, at vi begge to godt ved, hvad svaret bliver.

Selskabet har afvist at udbetale yderligere godtgørelse for varigt mén. Selskabet har vurderet, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring vejledende udtalelse og genvurdering er fagligt korrekt. Selskabet har anført, at selskabets sagsbehandling har været i overensstemmelse med gældende regler og god skik, og at selskabets tilbud om varigt mén på 8 % er bortfaldet, hvilket klageren er behørigt vejledt om.

Af ortopædkirurgisk speciallægeerklæring indhentet af 2/1 2021 fremgår det, at 'Der er smerter ved belastning, specielt når skadelidte skal strække i albuen under belastning, f.eks. i forbindelse med skubbe en dør op. Der er betydelig kraftnedsættelse ved strækning af albuen, der er let strækkemangel og skadelidte oplever gentagende gange at vågne med sovende fornemmelser i underarmen ... Flexion venstre 10-130 grader, højre 0-130 grader. Supination/pronation Venstre 80/90 grader Højre 90-90 grader ... Begge håndled dorsalflekteres 0-70 grader, volart 0-75 grader. ... Alle 10 fingre strækkes fuldt og flekteres til PV-afstand 0. Der er normal og egal håndtrykskraft. Der er tydelig nedsat ekstensionskraft over venstre albue og der er let nedsat supinationskraft af underarmen. Der er normal sensibilitet bedømt ved stik og berøring. ... Efter gentagende målinger findes 4 cm atrofi af venstre overarmsmuskulatur sammenlignet med højre, svarende til tydelig nedsat ekstensionskraft over albuen'.

Af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende udtalelse af 13/9 2022 fremgår det, at '[klageren] aktuelt klager over daglige smerter i venstre albue. [Klagerens] søvn er påvirket af smerterne, og han vågner ofte med en sovende fornemmelse i underarmen. Der er ved den objektive undersøgelse fundet 10 graders strækkemangel i venstre albue samt nedsat kraft svarende til albuen. Der er ligeledes konstateret muskelsvind af venstre over- og underarm. Vi vurderer, at generne kan sammenlignes med méntabellens punkt D.1.4.2., hvorefter vi skønsmæssigt har fastsat det varige mén til 5 %'.

Af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings genvurdering af 18/1 2023 fremgår det, at 'Vi fastholder vores tidligere vurdering, fordi der er tale om en bløddelsskade. Vi har lagt vægt på, at det er vores

lægefaglige vurdering at den primære skade var på overarmens strækkemuskel, hvilket ikke ville give skade på til hæftningen til strækkemusklen og dermed give påvirkning af albuenerven herunder nervepåvirkning'.

Det fremgår af selskabets brev af 6/12 2021, at 'Det er vores lægekonsulents vurdering, at din méngrad efter ulykken nu kan fastsættes til 8 %. ... Såfremt afgørelsen kan accepteres, skal vi bede dig om at underskrive den tilsendte svarskrivelse med dit NemID, hvorefter vi vil udbetale pengene til dig. Dersom afgørelsen ikke kan accepteres, vil sagen kunne indbringes for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. ... Hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter en højere méngrad, end den vi har fastsat, betaler vi gebyret. Såfremt du ikke accepterer tilbuddet indenfor 4 uger fra brevets datering, bortfalder tilbuddet i sin helhed'.

Gebyr til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at dække gebyret til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, idet Arbejdsmarkedets Erhvervssikring ikke har fastsat klagerens méngrad højere end selskabet.

Nævnet har lagt vægt på, at det var klageren, der valgte at indhente en udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, og det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 20.2, at selskabet alene betaler gebyret, hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter en højere méngrad end selskabet. Dette fremgår også af selskabets brev af 6/12 2021.

Fastsættelse af méngraden

Nævnet bemærker, at selskabet i sit brev til klageren af 6/12 2021 har fastsat klagerens varige mén efter ulykken til 8 %, og at det varige mén er fastsat på baggrund af selskabets lægekonsulents vurdering.

Nævnet finder, at selskabets brev efter sit indhold har karakter af en egentlig afgørelse, og at der er tale om et dækningstilsagn, som klageren kan støtte ret på.

Nævnet henviser til sin afgørelse i sag 98893.

Det forhold, at klageren ikke har underskrevet den svarskrivelse, som selskabet har fremsendt, med sit NemID, kan ikke føre til andet resultat. Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet ikke ses at have indgået en aftale med klageren om, at udtalelsen fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring skulle træde i stedet for selskabets afgørelse af 6/12 2021.

Hvis selskabets kunde-/klageansvarlige har udtalt sig som oplyst af klageren, finder nævnet, at det er kritisabelt, at den kunde-/klageansvarlige har forsøgt at afholde klageren fra at indbringe sagen for nævnet.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Ankenævnet for Forsikring

7.

101590

Selskabet, Aros Forsikring A/S, skal udbetale erstatning til klageren, så klageren får en samlet erstatning, der svarer til en méngrad på 8 % i overensstemmelse med selskabets afgørelse af 6/12 2021. Mererstatningen forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.
Klagegebyret tilbagebetales."

Af brev af 4/10 2021 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Vi har nu modtaget de ønskede lægelige oplysninger, og disse har været forelagt vores lægekonsulent.

Det er vores lægekonsulents vurdering, at din méngrad efter ulykken kan fastsættes til 5 %.

Din ulykkessum udgjorde på skadetidspunktet 951.916.

Ud fra vurderingen kan vi derfor tilbyde en méngodtgørelse på:
5 % af 951.916 = 47.595,80 kr.

Til orientering kan vi oplyse, at vores lægekonsulent ved sin vurdering har taget udgangspunkt i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel, som er tilgængelig på Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings hjemmeside.

Din méngrad er vurderet efter punkt D.1.8.4.1.

I afgørelsen er der lagt vægt på, at du ved faldet d. 8. august 2020 pådrog dig en delvis overrivning af den store strækkemuskel svarende til albuens bagside. Aktuelt døjer du med nedsat strækkraft i venstre albue og let nedsat bevægelighed i albuen kombineret med et sikkert muskelsvind. Disse gener svarer til et varigt mén på 5 % efter méntabellens pkt. D.1.8.4.1.

Såfremt afgørelsen kan accepteres, skal vi bede dig om at underskrive den tilsendte svarskrivelse med dit NemID, hvorefter vi vil udbetale pengene til dig.

Dersom afgørelsen ikke kan accepteres, vil sagen kunne indbringes for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. For en god ordens skyld gør vi opmærksom på, at du i forbindelse hermed - i overensstemmelse med betingelserne - skal betale gebyret. Pr. 1. januar 2021 er gebyret kr. 8.300 kr.

Hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter en højere méngrad, end den vi har fastsat, betaler vi gebyret.

Såfremt du ikke accepterer tilbuddet indenfor 4 uger fra brevets datering, bortfalder tilbuddet i sin helhed."

Af mail af 11/10 2021 fra klageren til selskabet fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

8.

101590

"... Vedr. funktionsattest. Indledningsvis undrer det mig, at min skade er blevet bedømt efter D 1.8.4.1. – da det drejer sig om en delvis overrivning af musklen ved albueled og ikke ved skulderled. Som jeg viste lægen, er der hak ind ved mit venstre albueled i stedet for den normale runding.

Dernæst vil jeg anfægte, om læge, ... har brugt den fornødne tid på min undersøgelse. Jeg kom først ind 1 time efter min afsatte mødetid. Selve undersøgelsen samt udfyldelse af attesten tog max 10 minutter.

Jeg oplyste også følgende til lægen, hvilket ikke blev noteret i attesten: ... Hvad tænker du om dette? Er skaden vurderet efter det rigtige nummer i méntabellen? Rupturen er jo ved albueledet, så jeg mener, at 1.8.5.2 i méntabellen burde være den rigtige."

Af mail af 19/10 2021 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Jeg har nu fået en tilbagemelding fra vores lægekonsulent. Indledningsvis skriver lægekonsulenten, at han ikke har lavet en tabellarisk vurdering, men en skønsmæssig vurdering, da din skade er sjælden. Dernæst skriver han, at din skade kan sammenlignes rent funktionsmæssigt ud fra en bicepsoverrivning på overarmen. Endelig vurderer han, at du er bedre end pkt. D.1.8.5.2, og dette er også årsagen til, at han vurderer dig sammenlignelig med bicepsrupturen, selvom skaden er på den anden side af knoglen. Hvis du fortsat er utilfreds, vil vi foreslå, at der udarbejdes en speciallægeerklæring om skadefølgerne. I den forbindelse kan vi foreslå følgende specialister ... Du må selvfølgelig gerne selv byde ind med nogle læger, ellers kan jeg fremsende en fuldstændig liste over disse.

Jeg ser frem til at høre fra dig."

Af mail af 19/10 2021 fra klageren til selskabet fremgår bl.a.:

"Jeg skal lige høre om hvem der betaler for speciallægeerklæringen og hvordan det så er med tidsfristen af tilbuddet."

Af mail af 20/10 2021 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Det gør vi, hvis du er indstillet på det.

Vores tilbud bortfalder efter 4 uger. Så træffer vi en ny afgørelse, når speciallægeerklæringen er udarbejdet.

Du kan lige tænke over det."

Af brev af 6/12 2021 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Vi har nu modtaget speciallægeerklæringen, som har været forelagt for vores lægekonsulent.

Det er vores lægekonsulents vurdering, at din méngrad efter ulykken nu kan fastsættes til 8 %.

Ud fra vurderingen kan vi derfor tilbyde en mén godtgørelse på:

8 % af 951.916 = kr. 76.153,28

Til orientering kan vi oplyse, at vores lægekonsulent ved sin vurdering har taget udgangspunkt i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel, som er tilgængelig på Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings hjemmeside.

Din méngrad er vurderet efter punkt D.1.8.5.1.

I vurderingen lægger vores lægekonsulent vægt på, at du har pådraget dig en inkomplet ruptur af din trehovedet muskel på overarmens bagside ved albuen, hvor denne er ansvarlig for strækkefunktionen i venstre albue.

Der er ved speciallægen påvist en defekt i musklen og 10 graders strækkemangel i albuen. Der er antydnet nedsat drejning i underarmen. Der er muskelsvind af overarmen på venstre side - 4 cm. Skulderen er normal, og der er ikke andre skadefølger.

Dette svarer sammenlagt til et varigt mén på 8 % efter D.1.8.5.1.

Såfremt afgørelsen kan accepteres, skal vi bede dig om at underskrive den tilsendte svarskrivelse med dit NemID, hvorefter vi vil udbetale pengene til dig.

Dersom afgørelsen ikke kan accepteres, vil sagen kunne indbringes for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. For en god ordens skyld gør vi opmærksom på, at du i forbindelse hermed - i overensstemmelse med betingelserne - skal betale gebyret. Pr. 1. januar 2021 er gebyret kr. 8.300 kr.

Hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter en højere méngrad, end den vi har fastsat, betaler vi gebyret.

Såfremt du ikke accepterer tilbuddet indenfor 4 uger fra brevets datering, bortfalder tilbuddet i sin helhed."

Af mail af 8/12 2021 fra klageren til selskabet fremgår bl.a.:

"Jeg har søgt rådgivning hos en advokat og læst det nye erstatningstilbud igennem med hende. Hun mener ikke, at jeres lægekonsulent vurderer mit mén i armen efter det rigtige punkt i mentabellen. Speciallægen har i sin attest beskrevet betydelig nedsat kraft og nedsat albuefunktion i min dominante arm. Jeres lægekonsulent vurderer skaden ud fra punkt D 1.8.5.1 som beskriver en ikke helet ruptur med god kraft. Så jeg vil anmode om, at min méngrad kan vurderes efter punkt D 1.8.5.2 som beskriver en ikke helet ruptur med nedsat albuefunktion. Méngraden ændres således fra 8% til 12 %."

Af mail af 10/12 2021 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Tak for din mail og bemærkninger til ménvurderingen.

Vi skal fastholde vores tilbud og henvise til, at det er vores lægekonsulents vurdering, at skaden skal behandles efter et andet punkt i méntabellen, end det du henviser til.

Ankenævnet for Forsikring

10.

101590

Vi er opmærksomme på, at din skade ikke er den, der nævnes i pkt. D.1.8.5.1., men det er vores lægekonsulents vurdering, at din skade bedst kan sammenlignes hermed, og at der i øvrigt ikke er grundlag for at højere mén end 8 %.

I fald du fortsat ikke er tilfreds kan du få sagen indbragt for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES), der kan afgive en vejledende udtalelse om méngraden.

Såfremt du ønsker dette, bedes du venligst indbetale 8.300 kr. til vores konto i ... under henvisning til skadenr. ... Du kan desuden sende en skriftlig klage til vores klageansvarlige på: klage@arosforsikring.dk. Vores klageansvarlige vil herefter gennemgå sagen."

Af mail af 12/12 2021 fra klageren til selskabet fremgår bl.a.:

"Min sag starter med, at jeg får en hastigt udført undersøgelse og efter min mening mangelfuld udfyldt funktionsattest af skaden i min dominante arm og albue. Lægekonsulenten vurderer efter denne attest min skade efter méntabellens punkt D 1.8.4.1 - som beskriver en ikke helet ruptur af biceps ved skulderled.

Jeg gør indsigelser, da det er ved albuen læsionen er sket, men bliver svaret, at der ikke er lavet en tabellarisk vurdering, men en skønsmæssig vurdering. Og at min skade kan sammenlignes rent funktionsmæssigt ud fra en bicepsoverrivning på overarmen.

Jeg er fortsat uenig i afgørelsen og bliver foreslået en speciallægeundersøgelse. Dette takker jeg ja til (Jeg måtte dog først spørge til, hvem der skulle betale denne).

Efter denne undersøgelse vurderer jeres lægekonsulent min skade efter punkt D 1.8.5.1 - som beskriver en ikke helet ruptur af biceps ved albueled, men med god kraft.

Det til trods for at speciallægeerklæringen beskriver det modsatte. At der er betydeligt nedsat kraft i overarmen, samt nedsat albuefunktion. Derudover beskrives det, at jeg har snurren/soven i armen. Dette er ikke medtaget i vurderingen.

Jeg gør igen indsigelser, men får ikke medhold. Lægekonsulenten skriver selv i sin første vurdering, at han har lagt vægt på, at der er nedsat strækkekraft og bevægelighed i albuen, samt et sikkert muskelsvind.

Jeg har søgt rådgivning hos en advokat, som mener at skaden er vurderet for lavt efter tabellen. Så jeg vil på baggrund af dette samt ovennævnte anmode om en revurdering af mit sagsforløb.

Det er i øvrigt også utilfredsstillende, at jeg efter min første vurdering kun gives valget mellem at acceptere og underskrive erstatningstilbuddet, eller betale 8300 kr for at få sagen sendt til AES. Der nævnes på dette tidspunkt intet om en evt. speciallægeerklæring eller klagemulighed hos jer."

Af brev af 15/12 2021 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Jeg har modtaget din klage i ovennævnte sag og skal hermed vende tilbage overfor dig.

Du anfører i din klage, at méngraden er fastsat for lavt, da du har betydelig nedsat kraft i overarmen, nedsat albuefunktion, snurren/soven i armen, og at disse gener ikke er taget med i vurderingen.

Vi har forelagt din sag for vores lægekonsulent ad to omgange, idet jeg skal gøre dig opmærksom på, at vurderingen af det varige mén er en lægelig vurdering – og ikke juridisk vurdering.

Vores lægekonsulent har vurderet, at dit varige mén – bl.a. med afsæt i den supplerende indhentede speciallægeerklæring – er 8 %.

For så vidt angår méntabellens punkt D.1.8.5.1., som vores lægekonsulent har henvist til i sin vurdering, er der ikke oplistet en flerhed af forhold, der skal være opfyldt for at méngraden udgør de 8 %. Det er således ikke nævnt eksplicit som et moment, hvorvidt du har snurren/soven i din arm mv. Det er med andre ord en samlet lægelig vurdering af de skadefølger, der er påvist ved speciallægeundersøgelsen og som i øvrigt stemmer overens med indholdet i sagens andre lægelige akter, der danner baggrund for fastsættelsen af méngraden.

Vores lægekonsulent har bl.a. lagt vægt på, at du har fået påvist en defekt i musklen og 10 graders strækkemangel, at du har nedsat drejning i underarmen, at der er påvist muskelsvind, men at din skulder ellers er normal, hvorfor der samlet set er grundlag for et varigt mén på 8 %.

I forlængelse heraf bemærker vores lægekonsulent direkte, at han ikke mener, at der er lægeligt grund for, at méngraden kan fastsættes til 12 %, som du tidligere har plæderet for ved mails af 11. oktober 2021 og 8. december 2021, hvor du henviser til méntabellens pkt. D.1.8.5.2.

Da der således er tale om en lægefaglig vurdering, hvor der er indhentet både funktionsattest og speciallægeerklæring, som vores lægekonsulent har kunnet vurdere skadefølgerne ud fra, finder jeg ikke grundlag for at fravige denne vurdering.

For så vidt angår din sidste bemærkning i klagen om manglende klagevejledning, så skal jeg gøre dig opmærksom på, at selskabet ikke har pligt til at give klagevejledning til den klageansvarlige, førend du har bedt om en revurdering af afgørelsen. Det er i øvrigt heller ikke sædvanligt, at selskabet betaler for en speciallægeerklæring, når der allerede foreligger en funktionsattest, men det blev besluttet i denne sag for at komme dig i møde.

På dette grundlag skal jeg derfor fastholde den trufne afgørelse om ménvurderingen, og jeg afventer fra dig, om du kan acceptere dette, eller om du vil gå videre med sagen, jf. min klagevejledning straks nedenfor.

Klagevejledning

Hvis du fortsat ikke er tilfreds, har du for det første mulighed for at indbringe en klage for Ankenævnet for Forsikring.

Klager til ankenævnet skal indgives elektronisk her: <https://ankeforsikring.dk/Sider/default.aspx>. Det koster et mindre gebyr at klage.

Ankenævnet for Forsikring

12.

101590

Du har desuden mulighed for at indbringe sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, der kan afgive en vejledende udtalelse om méngraden.

Såfremt du ønsker denne løsning, bedes du venligst indbetalt 8.300 kr. til vores konto i ... under henvisning til skadenr. ..."

Af mail af 15/9 2022 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Jeg har modtaget udtalelsen fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, der har vurderet det varige mén til 5 %.

Erstatningen lyder således på: 5 % af 951.916 = 47.595,80 kr.

Jeg hører gerne, om beløbet skal indsættes på din nemkonto eller en kreditorbeskyttet konto?

Hvis jeg ikke har hørt noget indenfor 7 dage, vil jeg udbetale beløbet til din nemkonto."

Af mail af 15/9 2022 fra klageren til selskabet fremgår bl.a.:

"Jeg stiller mig uforstående over AES udtalelse. Udtalelsen er dog vejledende og ikke en afgørelse. Derfor vil jeg høre dig, om vi kunne nå til enighed om, at sætte min mengrad til 8 procent som jeg res
lægekonsulent efter forelæggelse af speciallægeerklæringen fastsatte den til. Vi kunne dermed få afsluttet sagen nu."

Af mail af 15/9 2022 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Tak for din mail, men vi følger udtalelsen fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, selvom den er vejledende. Jeg hører derfor gerne, hvortil erstatningsbeløbet kan overføres til? Hvis du ikke er tilfreds, kan du sende en klage til vores klageansvarlige på: klage@aros-forsikring.dk."

Af mail af 28/9 2022 fra klageren til selskabet fremgår bl.a.:

"Du må godt indsætte beløbet på nemkontoen."

Af byretsdom af 5/3 2024 fremgår bl.a.:

"Rettsens begrundelse og resultat

Efter ordlyden i Aros brev af 6. december 2021 til [klageren] lægger retten til grund, at Aros har fremsat et tilbud til [klageren] om betaling af erstatning for en méngrad på 8 %, og oplyst [klageren] om, at det fremsatte tilbud bortfaldt, hvis det ikke blev accepteret inden 4 uger. Dette støttes endvidere af, at der var vedlagt brevet en svarskrivelse, hvori [klageren] ved anvendelse af nemID kunne acceptere tilbuddet eller anmode om at få sagen indbragt for Arbejdsmarkedets Erhvervs-

sikring. På den baggrund foreligger der et tilbud, der kræver accept fra modtageren, jf. herved aftalelovens § 1. Det må endvidere efter [klagerens] mail af 19. oktober 2021 og Aros svar af 20. oktober 2021 lægges til grund, at [klageren] var bekendt hermed.

Herefter, og da [klageren] ikke accepterede det fremsatte tilbud inden fristen på 4 uger, men i stedet valgte at indbringe sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, er det fremsatte tilbud bortfaldet. Dette støttes tillige af, at [klageren] senere ved mail af 28. september 2022 meddelte oplysning – og dermed tilsagn om – at erstatning for méngrad svarende til 5 % kunne indsættes på hans nemkonto. [Klageren] har derfor også accepteret, at sagen blev afsluttet med den erstatning.

Som følge heraf frifindes Aros.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af udgift til advokat eller anden repræsentation med 3.050,00 kr. Aros er i dette forhold ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Sagsøgte Aros Forsikring – Gensidigt Forsikringsselskab frifindes.

[Klageren] skal til Aros Forsikring – Gensidigt Forsikringsselskab betale sagsomkostninger med 3.050,00 kr.

Beløbene skal betales inden 14 dage.

Sagsomkostningerne bliver forrentet efter rentelovens § 8 a."

Af sammenfattende processkrift af 22/5 2024 i landsretssagen fremgår bl.a.:

"PÅSTAND:

Appelindstævnte dømmes til at udbetale appellanten erstatning, således at appellanten får en samlet erstatning, der svarer til en méngrad på 8% i overensstemmelse med selskabets afgørelse af 6/12 2021.

Mererstatningen forrentes efter Forsikringsaftalelovens § 24.

Appelindtævnte – Aros Forsikring – Gensidigt Forsikringsselskab tilpligtes at betale appellanten [klageren] kr. 28.557,00 med tillæg af renter efter Forsikringsaftalelovens § 24.

SAGENS RETLIGE TEMA:

Landsretten skal tage stilling til det principielle spørgsmål, om bilag A – skrivelse af 6/12 2021 – er et tilbud efter Aftalelovens regler, som kræver accept eller om der er tale om et bindende dækningstilsagn.

...

ANBRINGENDER:

Fra appellants side gøres det gældende, at skrivelsen af 6/12 2021 (bilag A) er et bindende dækningstilsagn.

Det er vel at mærke et dækningstilsagn, der fastslår, at Aros Forsikring vil betale 8% i méngodtgørelse.

Skrivelsen fremtræder som en afgørelse, hvilket også bestyrkes af, at der i afgørelsen anføres:

'Såfremt afgørelsen kan accepteres

Dersom afgørelsen ikke kan accepteres'

Appellanten har ikke indgået aftale om, at udtalelsen fra AES skulle træde i stedet for afgørelsen fra Aros Forsikring af 6/12 2021 (Bilag A).

Det forhold, at appellanten 22/9 2022 (bilag V) anviser, at de 5% kan udbetales på appellantens NemKonto er ikke en accept af, at der er indgået en bindende aftale om, at mengradsen fastsættes til 5%.

Det er heller ikke en accept, at appellanten beder om at få 8% (bilag S).

Appellanten har ikke i forbindelse med sagens forelæggelse for ankenævnet været repræsenteret af advokat. Først i forbindelse med hovedforhandlingen.

Nærværende afgørelse fra Ankenævnet (bilag X) er helt i tråd med den afgørelse, der henvises til i selve afgørelsen, nemlig ANF 98.893. (Er medtaget i materialesamlingen).

Retspraksis og Ankenævnspraksis:

Det skal anføres, jfr. ovenfor, at Ankenævnet i ANF 98.893, jfr. materialesamlingen side 42, har anført, at der fra selskabets side var tale om et dækningstilsagn, og at nævnet også har lagt vægt på, at selskabet ikke havde indgået udtrykkelig aftale med klageren om, at udtalelsen fra Arbejdsmarkeds Erhvervssikring skulle træde i stedet for selskabets afgørelse af 21/12 2021.

I denne afgørelse anføres også, at klagerens ønske om en højere erstatning end fastsat i selskabets afgørelse ikke kan ligestilles med en uoverensstemmende accept i aftaleretlig forstand, der kan berettigelse selskabet til helt eller delvist at yde den tilsagte erstatning.

Der skal henvises til den første ledende højesteretsdom på området U 2008.1189 H (i materialesamlingen side 3), hvor Højesteret lægger vægt på, at tilbuddet om forsikringsdækning var uden forbehold og afgivet efter en besigtigelse af en ejendom.

Af Højesterets begrundelse og resultat:

'Af de grunde, der er anført af landsretten, tiltræder Højesteret, at ... Forsikring 5/10 2023 afgav et dækningstilsagn, som forpligter selskabet til at dække skaden på ejendommen i overensstemmelse med forsikringsvilkårene i øvrigt.'

Af landsretspraksis er der FED 2002.751 Ø (materialesamlingen side 11), hvor der blev lagt til grund, at der var tale om dækningstilsagn. Spørgsmålet var, hvad dækningstilsagnet dækkede.

Landsretten når frem til:

'Også efter bevisførelsen for landsretten, tiltrædes det, at appellanten ved skrivelse af 9. maj 1995 gav et bindende og forbeholdent tilsagn om forsikringsdækning af forureningsskaden, i det omfang den havde relation til rørskaden.'

Ankenævnet for Forsikring

15.

101590

Dette er fulgt op af afgørelsen FED 2021.2Ø (materialesamlingen side 23), hvor landsretten anfører følgende:

'Landsretten tiltræder af de af byretten anførte grunde, at [forsikringsselskab] afgav et dæknings-tilsagn, som – uanset at taget ubestridt var fejlkonstrueret – forpligter forsikringsselskabet til at dække yderligere svampeskader på ejendommens tag i overensstemmelse med forsikringsvilkårene i øvrigt. Landsretten bemærker i den forbindelse, at det forhold, at [forsikringsselskab] i mail af 7. oktober 2014 på baggrund af ...' manglende accept af den tilbudte erstatning konstaterede, at der ikke længere var nogen erstatningsaftale, ikke kan føre til et andet resultat.'

Retspraksis viser klart, at i en situation, som i den foreliggende, er der tale om et bindende dækningstilsagn.

Derfor skal der gives appellanten medhold."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:"3. Hvad dækker retshjælpsforsikringen

...

3.2 Rimelig grund

Det er en betingelse for dækning, at der er rimelig grund til at indbringe tvisten for domstolene eller voldgift. Hvis der efter selskabets opfattelse ikke er rimelig grund, skal selskabet begrunde det.

...

7. Hvilke omkostninger er ikke dækket

Følgende omkostninger er ikke omfattet af retshjælpsdækningen:

a) Omkostninger, som ikke er afholdt med rimelig grund, f.eks. hvis sikrede ikke skønnes at have rimelig grund til at føre sagen, eller fordi omkostningerne ikke står i rimeligt forhold til sagens genstand"

Nævnet udtaler:

Klageren har anmodet om retshjælpsdækning til en ankesag mod ulykkesforsikringen i samme selskab. Sagen mod ulykkesforsikringen er afgjort af nævnet i sag 99211, hvor nævnet fandt, at selskabets brev af 6/12 2021 efter sit indhold har karakter af en egentlig afgørelse, og at der er tale om et dækningstilsagn, som klageren kan støtte ret på. Selskabet har meddelt, at selskabet ikke ønsker at være bundet af kendelsen. Klageren har indbragt sagen for byretten under småsagsprocessen, hvor klageren ikke fik medhold. Landsretten har den 26/8 2024 stadfæstet byrettens afgørelse.

Selskabet har afvist retshjælpsdækning til ankesag ved landsretten under henvisning til, at der ikke er rimelig grund til at føre ankesagen. Selskabet har anført, at der er tale om en tabt små-

sag, og at byretsdommen har større præjudikatsværdi end nævnets afgørelse. Klageren har under ankesagen ikke fremlagt bilag eller andet, der taler for, at byrettens dom er forkert. Idet ankesagen afgøres på skriftligt grundlag og fortsat håndteres efter småsagsprocessen, må det ifølge selskabet lægges til grund, at landsretten ikke har vurderet, at der er et behov for mundtlig forhandling, hvilket taler imod, at sagen skulle være principiel eller har en særlig karakter. Selskabet har anført, at nævnet ved sagsbehandlingen af sag 99211 ikke havde kendskab til samtlige bilag, herunder mails af 19/10 2021 og 20/10 2021, hvorfor nævnet ikke var klar over, at klageren var fuldt ud bekendt med den procesrisiko, der var forbundet med sagens prøvelse hos Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Klageren har anført, at sagen er principiel. Nævnet har en anden indstilling end retten, og derfor er der god grund til at få dette afprøvet i landsretten. Nævnet er i sag 98893 nået frem til fuldstændig samme resultat. Byretsdommen har ifølge klageren påkaldt sig en del opmærksomhed hos andre forsikringsselskaber samt erstatningsadvokater og er omtalt hos erstatningsadvokater. Klageren har anført, dels at der er rimelig grund til at føre sagen, dels at selskabet nægter at give retshjælp til en retssag mod sig selv.

Det fremgår af selskabets brev af 4/10 2021, at "Det er vores lægekonsulents vurdering, at din méngrad efter ulykken kan fastsættes til 5 %. ... Såfremt afgørelsen kan accepteres, skal vi bede dig om at underskrive den tilsendte svarskrivelse med dit NemID, hvorefter vi vil udbetale pengene til dig. Dersom afgørelsen ikke kan accepteres, vil sagen kunne indbringes for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. ... Hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter en højere méngrad, end den vi har fastsat, betaler vi gebyret. Såfremt du ikke accepterer tilbuddet indenfor 4 uger fra brevets datering, bortfalder tilbuddet i sin helhed".

Det fremgår af klagerens mail af 11/10 2021, at "Vedr. funktionsattest. Indledningsvis undrer det mig, at min skade er blevet bedømt efter D 1.8.4.1. – da det drejer sig om en delvis overrivning af musklen ved albueled og ikke ved skulderled. Som jeg viste lægen, er der hak ind ved mit venstre albueled i stedet for den normale runding. Dernæst vil jeg anfægte, om læge, ... har brugt den fornødne tid på min undersøgelse. Jeg kom først ind 1 time efter min afsatte møde-

Ankenævnet for Forsikring

17.

101590

tid. Selve undersøgelsen samt udfyldelse af attesten tog max 10 minutter. Jeg oplyste også følgende til lægen, hvilket ikke blev noteret i attesten: ... Hvad tænker du om dette? Er skaden vurderet efter det rigtige nummer i méntabellen? Rupturen er jo ved albueleddet, så jeg mener, at 1.8.5.2 i méntabellen burde være den rigtige".

Det fremgår af selskabets mail af 19/10 2021, at "Jeg har nu fået en tilbagemelding fra vores lægekonsulent. Indledningsvis skriver lægekonsulenten, at han ikke har lavet en tabellarisk vurdering, men en skønsmæssig vurdering, da din skade er sjælden. Dernæst skriver han, at din skade kan sammenlignes rent funktionsmæssigt ud fra en bicepsoverrivning på overarmen. Endelig vurderer han, at du er bedre end pkt. D.1.8.5.2, og dette er også årsagen til, at han vurderer dig sammenlignelig med bicepsrupturen, selvom skaden er på den anden side af knoglen. Hvis du fortsat er utilfreds, vil vi foreslå, at der udarbejdes en speciallægeerklæring om skadefølgerne. I den forbindelse kan vi foreslå følgende specialister ..."

Det fremgår af klagerens mail af 19/10 2021, at "Jeg skal lige høre om hvem der betaler for speciallægeerklæringen og hvordan det så er med tidsfristen af tilbuddet".

Det fremgår af selskabets mail af 20/10 2021, at "Det gør vi, hvis du er indstillet på det. Vores tilbud bortfalder efter 4 uger. Så træffer vi en ny afgørelse, når speciallægeerklæringen er udarbejdet".

Det fremgår af selskabets brev af 6/12 2021, at "Det er vores lægekonsulents vurdering, at din méngrad efter ulykken nu kan fastsættes til 8 %. ... Såfremt afgørelsen kan accepteres, skal vi bede dig om at underskrive den tilsendte svarskrivelse med dit NemID, hvorefter vi vil udbetale pengene til dig. Dersom afgørelsen ikke kan accepteres, vil sagen kunne indbringes for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. ... Hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter en højere méngrad, end den vi har fastsat, betaler vi gebyret. Såfremt du ikke accepterer tilbuddet indenfor 4 uger fra brevets datering, bortfalder tilbuddet i sin helhed".

Det fremgår af byretsdom af 5/3 2024, at "Efter ordlyden i Aros brev af 6. december 2021 til [klageren] lægger retten til grund, at Aros har fremsat et tilbud til [klageren] om betaling af erstatning for en méngrad på 8 %, og oplyst [klageren] om, at det fremsatte tilbud bortfaldt, hvis det ikke blev accepteret inden 4 uger. Dette støttes endvidere af, at der var vedlagt brevet en svarskrivelse, hvori [klageren] ved anvendelse af nemID kunne acceptere tilbuddet eller anmode om at få sagen indbragt for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. På den baggrund foreligger der et tilbud, der kræver accept fra modtageren, jf. herved aftalelovens § 1. Det må endvidere efter [klagerens] mail af 19. oktober 2021 og Aros svar af 20. oktober 2021 lægges til grund, at [klageren] var bekendt hermed. Herefter, og da [klageren] ikke accepterede det fremsatte tilbud inden fristen på 4 uger, men i stedet valgte at indbringe sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, er det fremsatte tilbud bortfaldet. Dette støttes tillige af, at [klageren] senere ved mail af 28. september 2022 meddelte oplysning – og dermed tilsagn om – at erstatning for méngrad svarende til 5 % kunne indsættes på hans nemkonto. [Klageren] har derfor også accepteret, at sagen blev afsluttet med den erstatning. Som følge heraf frifindes Aros".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der er rimelig grund til at føre ankesagen. Selskabet skal derfor give klageren retshjælpsdækning i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på udfaldet af ankenævns sag 99211, hvor nævnet fandt, at selskabets brev af 6/12 2021 efter sit indhold har karakter af en afgørelse, som klageren kan støtte ret på.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at selskabet i sin mail af 20/10 2021 tilkendegav, at selskabet betaler for en speciallægeerklæring, "hvis du er indstillet på det. Vores tilbud bortfalder efter 4 uger. Så træffer vi en ny afgørelse, når speciallægeerklæringen er udarbejdet". Det fremgår således udtrykkeligt af selskabets mail, at selskabet vil træffe en afgørelse.

Trods denne tilkendegivelse ses næste skridt fra selskabet at være brevet af 6/12 2021, hvor

klageren får mulighed for at acceptere et tilbud om forligsmæssig løsning af sagen. Efter nævnets opfattelse skulle selskabet den 6/12 2021 – og tillige den 4/10 2021 – have truffet en afgørelse (i overensstemmelse med lægekonsulentens vurdering), som klageren kunne støtte ret på, og som klageren evt. kunne indgive klage over.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at det fremgår af § 4 i bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører, at forsikringsdistributøren skal handle redeligt og loyalt over for sine kunder.

Det er nævnets opfattelse, at reglerne om god skik indebærer, at et forsikringselskab som udgangspunkt skal træffe en egentlig afgørelse (og altså ikke blot kan fremsætte forligstilbud), så kunden på oplyst grundlag har mulighed for at vurdere, om kunden er enig i afgørelsen, og om kunden ønsker at bruge de nedenfor beskrevne klagemuligheder. Nævnets opfattelse tager udgangspunkt i nedenstående lovbestemmelser.

For det første følger det af forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, at "Forsikringsydelsen kan kræves betalt 14 dage efter, at selskabet har været i stand til at indhente de oplysninger, der er nødvendige til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse. Er det, *forinden endelig opgørelse* [nævnets kursivering] kan finde sted, givet, at selskabet i alt fald skal betale en del af det krævede beløb, kan denne del forlanges udbetalt efter bestemmelsen i 1. pkt."

Det følger af forsikringsaftalelovens § 25, at "Selskabet skal senest 3 måneder efter anmeldelse af forsikringsbegivenheden vejlede sikrede om retten til at kræve betaling efter § 24, stk. 1, 2. pkt., medmindre sikredes krav på forsikringsydelsen inden da *er imødekommet eller afvist* [nævnets kursivering]".

For det andet følger det af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, at "Er en skade inden forældelsesfristens udløb anmeldt til selskabet, indtræder forældelse af krav, som skaden giver anledning til, tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at *det helt eller delvis afviser kravet* [næv-

nets kursivering]. Hvis selskabet *anerkender* [nævnets kursivering], at der foreligger en dækningsberettiget skade, men anmoder om yderligere oplysninger med henblik på opgørelse af kravets størrelse, indtræder forældelse 3 år efter selskabets meddelelse herom".

Forsikringsaftaleloven forudsætter således (som nævnets kendelse 99221 også er udtryk for), at et forsikringsselskab skal behandle en skadesanmeldelse, og at selskabet som udgangspunkt skal imødekomme klagerens krav eller afvise klagerens krav.

Selskabet skal med andre ord ikke fremsætte forligstilbud, således som selskabet har gjort i såvel brev af den 4/10 2021 (mén på 5 %) som brev af 6/12 2021 (mén på 8 %).

For det tredje følger det af § 4 i forbrugerklageloven, at selskabet "skal give forbrugerne information om det alternative tvistløsningsorgan, jf. stk. 3, hvortil forbrugeren kan indbringe en tvist mellem den erhvervsdrivende og forbrugeren". Har kunden meddelt sin utilfredshed over selskabets afgørelse, har selskabet en pligt til at give kunden en fyldestgørende klagevejledning.

Vælger selskabet en procedure, hvor selskabet ikke træffer afgørelse (selvom selskabets lægekonsulents er fremkommet med en vurdering af méngraden), men derimod fremsætter forligsforslag, omgår selskabet i realiteten kravet om, at selskabet skal give forbrugerne information om det alternative tvistløsningsorgan, som forbrugeren kan klage til.

Nævnet bemærker, at det alternative tvistløsningsorgan er Ankenævnet for Forsikring, og at det koster 200 kr. at klage. Selskabets oplysning i brevene af 4/10 2021 og 6/12 2021 – om, at klageren kan få forelagt sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring – giver derfor ikke klageren fyldestgørende information om klagerens rettigheder. Det bemærkes, at klageren i 2021 skulle betale 8.300 kr. – og at prisen i dag er 9.350 kr. – for at få Arbejdsmarkedets Erhvervssikring til at vurdere en ulykkessag. Selskabets fremgangsmåde – hvor selskabet alene oplyser om Arbejdsmarkedets Erhvervssikring – vil efter nævnets vurdering kunne være i strid med god skik reglerne og vil efter omstændighederne kunne betyde, at et forsikringsselskab ifalder erstatningsansvar for mangelfuld/vildledende klageinformation til kunden.

Ankenævnet for Forsikring

21.

101590

Det forhold, at klageren ikke fik medhold ved domstolene, kan på baggrund af ovenstående ikke føre til andet resultat.

Det, som selskabet i øvrigt har anført, kan ej heller føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Aros Forsikring, skal yde retshjælpsdækning til ankesagen i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne. Eventuelle forfaldne beløb skal forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Klagegebyret tilbagebetales.



Hans-Jørgen Nymark Beck