

# Ankenævnet for Forsikring

Den 3. december 2025 blev i sag nr. 103476:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Codan Forsikring, en del af Alm. Brand Forsikring A/S  
Midtermolen 7  
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

---

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 25/4 2025 har klageren bl.a. anført:

"Jeg har en anerkendt ulykkessag hos Codan Forsikring efter et alvorligt fald den 25. oktober 2024, hvor jeg pådrog mig en kompleks fraktur i højre hånd (5. metakarp), samt senere diagnosticerede ledbåndsskader (SL-ruptur og TFCC-læsion) og den alvorlige følgediagnose CRPS. Min sag er blevet vurderet og anerkendt af Codan, og der er udbetalt a conto-erstatning. Jeg har givet samtykke til behandling af den konkrete ulykkessag og løbende holdt Codan orienteret om væsentlige udviklinger, hvilket Ankenævnet også anviser, man som skadelidt skal.

På baggrund af mine henvendelser – herunder ønske om yderligere a contoerstatning pga. betydelig forværring og ny dokumentation – har Codan den 11. april og igen den 26. april 2025 meddelt mig, at sagen nu sættes i bero, og at de kræver et bredt samtykke til at indhente oplysninger om mine tidligere forsikringsforhold. De begrundet dette med min såkaldt 'presserende adfærd' og 'usædvanligt mange henvendelser'.

Jeg finder dette stærkt kritisabelt og i strid med god forsikringsskik. Min ulykkessag er anerkendt, jeg har givet relevant samtykke, og jeg har handlet i god tro. Selskabet forsøger nu at obstruere sagen med en intern kundekontrol, som intet har med ulykken at gøre, og som først blev iværksat, da jeg søgte om yderligere erstatning. Dette er urimeligt, og jeg anmoder Ankenævnet om at vurdere, om Codan kan sætte en anerkendt sag i bero på denne måde.

## Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg ønsker, at Codan Forsikring straks genoptager min anerkendte ulykkessag, som de uretmæssigt har sat i bero.

# Ankenævnet for Forsikring

2.

103476

Jeg ønsker, at Codan ophæver deres krav om bredt samtykke til indhentning af oplysninger om mine tidligere forsikringsforhold, da dette ikke er relevant for min ulykkessag, som er anerkendt og delvist udbetalt.

Derudover ønsker jeg, at Codan genoptager den godkendte tandbehandling, som er en del af ulykkessagen og allerede er påbegyndt.

Mit ønske er i sidste ende, at sagen behandles fagligt og forsvarligt – i overensstemmelse med forsikringsaftaleloven, god forsikringsskik og Ankenævnets egne retningslinjer."

Klageren har i breve af 8/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg anmoder Ankenævnet for Forsikring om at tage stilling til følgende:

- Om det er sagligt og lovhjemlet, at Codan kræver bredt samtykke til indhentning af oplysninger om tidligere og uvedkommende forsikringsforhold som betingelse for at behandle en anerkendt og aktiv ulykkessag.
- Om det er foreneligt med god forsikringsskik at nægte behandling af ny medicinsk dokumentation og afvise genvurdering i en skade, som er dokumenteret forværret, udelukkende fordi kunden afviser et bredt samtykke, der rækker langt ud over den konkrete sag.

...

Jeg anmoder Ankenævnet for Forsikring om at vurdere og bekræfte følgende:

- At et forsikringsselskab ikke lovligt kan stille krav om bredt samtykke til uvedkommende oplysninger som betingelse for at behandle en aktiv og anerkendt ulykkessag.
- At det strider mod god forsikringsskik og forsikringsaftalelovens principper at nægte at vurdere ny og relevant dokumentation i en sådan sag.
- At et selskab ikke må suspendere en skadebehandling alene på baggrund af, at kunden ønsker gennemsigtighed og en retfærdig vurdering."

Klageren har i brev af 14/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

## **"Problemstillinger**

a. Krav om bredt samtykke:

Codan nægter at behandle sagen videre uden et bredt samtykke, som rækker ind i uvedkomne forhold.

b. Sagen sat i bero:

Trods ny medicinsk dokumentation er sagen blevet sat i bero, hvilket er både umenneskeligt og retsstridigt.

c. Manglende gennemsigtighed:

Jeg har anmodet om fuld aktindsigt, men har endnu ikke modtaget de nødvendige dokumenter, herunder interne vurderinger fra advokaten og lægekonsulentudtalelser.

d. Urimelig inddragelse af tidligere forsikringsforhold:

Codans kontrolafdeling har inddraget oplysninger fra et tidligere kundeforhold og forsikringer, hvilket jeg finder stærkt kritisabelt og uden relevans for den aktuelle sag.

**Henvisning til lovgivning og praksis**

a. Lov om finansiel virksomhed § 43:

Ifølge § 43 i Lov om finansiel virksomhed (<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1447>) skal finansielle virksomheder drives i overensstemmelse med redelig forretningsskik og god praksis.

b. Bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder:

Bekendtgørelse nr. 330 af 7. april 2016 (<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2016/330>) præciserer, at forsikringsselskaber skal behandle kunderne redeligt og loyalt. Dette indebærer, at selskaberne ikke må stille urimelige krav, såsom et bredt samtykke, der ikke er relevant for den konkrete sag.

c. Finanstilsynets vejledning til bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder:

Vejledning til bekendtgørelse nr. 330 af 7. april 2016

(<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2016/9971>) understreger, at forsikringsselskaber skal have klare procedurer for indhentning af oplysninger og sikre, at disse er i overensstemmelse med god skik.

d. Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører:

Bekendtgørelse nr. 330 af 7. april 2016 (<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2016/330>) præciserer, at forsikringsselskaber ikke må forskelsbehandle kunder uden saglig grund.

**Supplerende oplysninger og praksis**

Finanstilsynets påbud om afgørelse uden samtykke:

Finanstilsynet har tidligere påbudt forsikringsselskaber at træffe afgørelse i sager, selvom kunden ikke ønsker at give samtykke til indhentning af oplysninger. Det understreges, at en skadelidt, der anmelder et krav, bør kunne forvente en afgørelse, enten i form af en afvisning eller en realitetsbehandling.

**Kritik af Codans praksis:**

Ifølge en artikel i Fagbladet 3F forsøger Codan at få skadesofre til at give samtykke til indhentning af oplysninger, som selskabet ikke har krav på. En jurist fra 3F udtaler, at Codan leder efter oplysninger, de kan bruge til at begrænse erstatningen mest muligt, hvilket betegnes som dybt problematisk.

**Codans egne udtalelser om samtykke i den forbindelse:**

Codans tidligere PR-chef, ..., har udtalt, at det er op til den enkelte forsikringstager, om de vil give samtykke og udfylde det tilhørende skema. Dette indikerer, at et sådant samtykke ikke er obligatorisk, og at jeg har ret til at afslå at give det, uden at jeg skal straffes med ulykkessag i bero.

Selskabet erkender i artiklen, at de ikke har krav på de oplysninger:

'Mener I, at det er oplysninger, som folk skal give jer?'

– Det er det ikke. Det er op til folk selv, om de vil give det samtykke og udfylde skemaet, siger .... Det er derfor bekymrende, at Codan fastholder og kræver et bredt samtykke, især når jeg allerede har givet samtykke til behandling af min aktuelle, anerkendte ulykkessag.

**Manglende gennemsigtighed og aktindsigt:**

Codan har ikke imødekommet min anmodning om fuld aktindsigt den 25. april 2025. Henvisningen til deres skadeportal er utilstrækkelig, da portalen ikke rummer interne vurderinger, lægekon-sulentudtalelser, advokatvurderinger eller de faktiske begrundelser for, at sagen er sat i bero.

**Sammenligning med Patienterstatningen:**

Det er væsentligt at bemærke, at Patienterstatningen sideløbende med Codan har indledt fuld sagsbehandling. Dette vidner om, at min sag er veldokumenteret og bør behandles med tilsvarende seriøsitet af Codan.

**Konsekvenser af Codans praksis:**

At Codan sætter min ulykkessag i bero, fordi jeg anmoder om genvurdering på baggrund af forværring, og kræver bredt samtykke med henvisning til min adfærd og omfanget af dokumentation, er både retsstridigt og ude af proportioner. Denne form for blokering bør udløse en godtgørelse.

**Advokatens vurdering:**

Min advokat har udtrykt bekymring over Codans handlinger og udtalt: 'Det er da vildt, som Codan smider dig under bussen.'

Codans håndtering har haft store konsekvenser – fysisk, psykisk og økonomisk. Jeg har fulgt alle retningslinjer, givet konkret samtykke og været i løbende kontakt. I stedet er jeg blevet mødt med tavshed, kontrol og mistænkeliggørelse.

Codan har undladt at forholde sig til væsentlig ny lægelig dokumentation og forværring i nu 8 uger.

Jeg anmoder Ankenævnet for Forsikring om at:

1. Pålægge Codan at genoptage behandlingen af min anerkendte ulykkessag uden krav om bredt samtykke.
2. Pålægge Codan at forholde sig til den alvorlige diagnose dokumenteret af [overlæge 1] den 24. april 2025.
3. Pålægge Codan at give fuld aktindsigt i sagen, herunder alle dokumenter og vurderinger.
4. Pålægge Codan at udbetale godtgørelse for den periode, hvor sagen har været uretmæssigt blokeret, samt en supplerende kompensation for den skade, denne praksis har påført mig."

Klageren har i brev af 16/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg skriver for at orientere om nye forhold og alvorlige forværringer i min sag, som jeg mener, Ankenævnet bør være bekendt med i den videre behandling.

Min helbredstilstand er væsentligt forværret siden indgivelsen af klagen, og det står nu klart, at jeg har udviklet CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) i højre hånd. Dette er dokumenteret af speciallæger og bekræftet ved gentagne undersøgelser – senest af ergoterapeut den 8. maj 2025, hvor der blev konstateret tydelig skrumpning, vedvarende symptomer og markant funktionsnedsættelse.

Samtidig står det nu klart, at de konstaterede skader i mit håndled ikke kan opereres, da speciallæger på [hospitalet] vurderer, at der er alvorlig risiko for yderligere forværring. Jeg har således to kroniske skader i håndleddet samt CRPS i samme hånd, hvilket udgør en særligt alvorlig og kompleks tilstand. Kombinationen medfører et væsentligt funktionsstab, som ikke er dækket af den oprindelige vurdering fra Codans lægekonsulent (5 % méngrad).

Det er min oplevelse, at Codan har undladt at tage ny dokumentation til efterretning og reelt har sat min anerkendte ulykkessag i bero, hvilket jeg opfatter som retsstridigt og skadeligt. Jeg har desuden dokumenteret, at en advokat hos Codan – og ikke en lægekonsulent – angiveligt har vurderet, at jeg ikke er berettiget til yderligere a conto-erstatning. Dette finder jeg stærkt kritisabelt, og det har yderligere bidraget til, at jeg har måttet indgive denne klage.

Jeg vedhæfter opdateret dokumentation, herunder journalnotat fra [ergoterapeut]. Jeg er fortsat uden nogen lindrende behandling, da jeg ikke tåler den anbefalede medicin. Min livskvalitet er alvorligt påvirket, og jeg anmoder Ankenævnet om at tage det samlede sygdomsbillede i betragtning, herunder følgende nøglepunkter:

- Kroniske skader i hånden, som ikke kan opereres
- Dokumenteret CRPS i samme hånd, med vedvarende symptomer og tydelig skrumpning
- Markant dagligt funktionstab og smerter
- Manglende genvurdering fra Codan trods ny lægefaglig dokumentation
- Ulovlig sagsberostillelse og advokatvurdering i stedet for lægelig vurdering
- Manglende aktindsigt trods anmodning 25. april 2025
- Ingen a conto-udbetaling i overensstemmelse med forværringen

Med hensyn til min sag, hvor der er dokumenteret en alvorlig forværring og en stationær tilstand, indsender jeg relevant dokumentation til Ankenævnet der understøtter min påstand om, at ulykkessagen bør genoptages med det samme.

Codan har undladt at tage stilling til den dokumenterede forværring af min tilstand.

Journalnotatet fra ergoterapeuten den 13. maj 2025, syv måneder efter min ulykke, indikerer en vedvarende og alvorlig funktionsnedsættelse i min højre hånd.

Hovedpunkter fra notatet:

Ingen forbedring: Der er ingen ændring i håndens tilstand siden sidste konsultation, hvilket tyder på, at skaden er kronisk og ikke har responderet positivt på behandlingen.

Negative reaktioner på varme: Du oplever forværring ved kontakt med varmt vand, hvilket kan være karakteristisk for tilstande som CRPS (kompleks regionalt smertesyndrom), hvor varme kan forværre symptomerne.

Begrænset tolerance for apparaturbehandling: Forsøg med CPM-maskine (Continuous Passive Motion) resulterede i ubehagelige bivirkninger som utilpashed og synsforstyrrelser, hvilket indikerer, at denne behandlingsform ikke er egnet i din nuværende tilstand.

Fortsat behov for ødembehandling: Du har fået udleveret en ny isotonerhandske, hvilket viser, at der stadig er behov for kompressionsterapi for at håndtere hævelse og støtte hånden.

Notatet dokumenterer en stabil, men alvorlig funktionsnedsættelse uden tegn på bedring. Den manglende effekt af både hjemmeøvelser og apparaturbehandling understreger kompleksiteten af din tilstand. Disse oplysninger kan være væsentlige i vurderingen af din sag, da de understøtter behovet for en revurdering af din méngrad og eventuel yderligere støtte."

Klageren har i breve af 20/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg fremsender hermed en vigtig og ny opdatering i min sag, efter at [overlæge 1] fra [hospital] den 20. maj 2025 har udarbejdet nyt journalnotat.

Det fremgår nu utvetydigt, at jeg er ramt af svær CRPS, og at tilstanden er stationær, uhelbredelig og stærkt invaliderende. Der er tale om et markant funktionstab, som både påvirker min hverdag, min arbejdsevne og mine muligheder for deltagelse i almindelige aktiviteter og rejser.

[Overlæge 1] bekræfter:

- At jeg har svær CRPS
- At der er tale om en totalskadet hånd med betydelige, varige følger
- At der fortsat er ingen bedring, og at der nu anbefales opstart af stærk smertestillende behandling
- At jeg fortsat er i specialiseret genoptræning
- At situationen er alvorlig og kræver forståelse, støtte og varig vurdering

Denne nye status forstærker dokumentationen for, at sagen straks skal realitetsbehandles, og at den tidligere vurdering på 5 procent méngrad er uacceptabelt lav og mangelfuld.

Jeg anmoder derfor igen om:

1. Iværksættelse af speciallægeerklæring
2. Forhøjelse af a conto-erstatning med minimum 10 procent
3. Samlet vurdering af alle følger, herunder CRPS, frakturfølger, håndledsskader, føleforstyrrelser, tandskader og kæbegener

Vedlagt er journalnotatet dateret 20. maj 2025.

...

Principielle bemærkninger vedr. Codans håndtering af ulykkessag

Min ulykkessag er anerkendt af Codan og omhandler en alvorlig personskade med dokumenteret svær CRPS, varige fraktur- og håndledsskader samt kroniske smerter og betydelig funktionsnedsættelse.

Det er afgørende at understrege følgende principielle forhold:

1. En anerkendt ulykkessag må ikke sættes i bero, blot fordi kunden fremlægger ny og tung medicinsk dokumentation (i dette tilfælde CRPS-diagnose) og samtidig undlader at underskrive et bredt og uhjemlet samtykke.
2. Det forhold, at Codan blander mit tidligere kundeforhold og påstår at have fundet forhold, der kræver yderligere samtykke, er i klar strid med god skik. Disse oplysninger er uvedkommende for en skade, der er anmeldt og anerkendt under mit nuværende forsikringsforhold.
3. Hvis Codan mener, at der er begået fejl i forbindelse med genindtegning eller oplysninger vedr. mit nuværende kundeforhold, er det udelukkende Codans ansvar. Det kan aldrig retfærdiggøre at blokere en alvorlig ulykkessag eller nægte at realitetsbehandle tung medicinsk dokumentation.
4. Der er tale om en aktiv og anerkendt ulykkessag med omfattende og veldokumenterede følger. Enhver forsinkelse, berostillelse eller afvisning af behandling er i strid med Forsikringsaftaleloven § 10 og almindelige forvaltningsretlige principper.

Min advokat har selv udtalt: 'Det er da vildt, som Codan smider dig under bussen.' Det opsummerer præcist den oplevelse, jeg som kunde står tilbage med.

Jeg beder Ankenævnet lægge vægt på dette - både som principielt eksempel og som dokumentation for, at Codans ageren i min sag har været groft uforsvarlig, skadevoldende og retsstridigt."

Klageren har i breve af 22/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg er oprigtigt forskrækket over det indblik, jeg nu har fået i Codans interne håndtering af min sag.

Den lægekonsulentvurdering, jeg har modtaget d.d., er dateret 11. marts 2025 – og det fremgår direkte, at vurderingen er baseret udelukkende på journal fra egen læge. Den forholder sig ikke på noget tidspunkt til den omfattende dokumentation fra [hospitalet], herunder specialiserede bil-leddiagnostiske undersøgelser, operative beskrivelser og ergoterapeutiske vurderinger. Denne tilgang er ikke blot mangelfuld. Den er direkte uansvarlig. Min sag er allerede i marts måned dokumenteret som kompleks og alvorlig. Jeg har været igennem kirurgi, haft vedvarende funktionsnedsættelse, føleforstyrrelser og daglige smerter. Alligevel udmønter denne vurdering sig alene i 5 % a conto – uden saglig begrundelse, og uden inddragelse af centrale, opdaterede sundhedsdata. Det, der gør mig allermost rystet, er erkendelsen af, at det var på baggrund af netop denne vurdering, at Codan har afsluttet min sag og herefter krævet et uhjemlet samtykke som betingelse for videre behandling. Denne praksis er ikke i overensstemmelse med god forsikringsskik – og den tilsidesætter både min retssikkerhed og min lægefagligt dokumenterede tilstand. Samtidig foreligger der nu et epikrisenotat fra [hospitalet], underskrevet af [overlæge 1], som klart bekræfter stationær, svær CRPS og en fortsat invaliderende tilstand i højre hånd. Hun skriver direkte: 'Jeg kan kun give hende ret – det er en utrolig svær situation, hun står i.' Når Codan ignorerer denne vurdering og vælger at fastholde sagen i bero – på baggrund af en mangelfuld, forældet og ensidigt baseret vurdering – oplever jeg det som en bevidst tilsidesættelse af den lægefaglige realitet. Det her er ikke blot en faglig uenighed. Det er en forsikringspraksis, der risikerer at koste mig både erstatning, rettigheder og helbred. Jeg forventer, at sagen nu genoptages – og at Codan forholder sig konkret til de dokumenter, der nu foreligger fra [hospitalet].

Jeg har nu:

En speciallægelig epikrise fra [overlæge 1] – en af landets mest erfarne håndkirurger – som dokumenterer svær, stationær CRPS og invaliderende tilstand.

Dokumentation for, at håndskaden alene burde udløse langt mere end 5 % – uden at det indtil nu er blevet fagligt vurderet på korrekt grundlag.

Bevis for, at lægekonsulentens vurdering alene er baseret på journal fra egen læge – og ikke indtager den nyeste, specialiserede dokumentation fra [hospitalet].

En formulering i lægekonsulentens svar om, at sagen 'må afgøres ved årsdagen' med mulighed for en ortopædkirurgisk attest – som du allerede har fremsendt i form af epikrisen fra [hospitalet].

En mail fra Codan, hvor selskabet påstår, at der ikke findes en skriftlig vurdering fra deres advokat – selvom Codan tidligere har henvist til en sådan vurdering som begrundelse for, at jeg ikke har ret til yderligere a conto.

Samtidig har jeg dokumenteret – at Codan tidligere offentligt har udtalt, at selskabet ikke kræver bredt samtykke for at kunne behandle en anerkendt ulykkessag. Alligevel er det præcis dét, Codan gør i min sag.

Det står nu også klart for mig, at min oprindelige fornemmelse var rigtig: Lægekonsulentens vurdering var mangelfuld. Det var netop derfor, jeg allerede den 18. marts 2025 anmodede Codan om en genvurdering – og om yderligere a conto-erstatning. Jeg havde fremlagt ny dokumentation, herunder information om forværret tilstand og diagnosen CRPS, som ikke var blevet inddraget i den tidligere vurdering. Det var derfor både lægefagligt og retligt fuldt berettiget, at jeg bad om en ny vurdering. Men i stedet for en saglig opfølgning, reagerede Codan med at kræve et bredt samtykke og satte sagen i bero."

I breve af 4/6 2024, 16/6 2024 og 17/6 2024 er klageren kommet med yderligere bemærkninger, der er forelagt for nævnet. Selskabet har den 10/7 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Selskabet forstår klagen således, at der klages over, at selskabet 1) har afvist at betale yderligere a conto erstatning for varigt mén udover de 5 %, der allerede er betalt, og at selskabet 2) har sat sagsbehandlingen i bero indtil, at klageren har givet samtykke til indhentelse af oplysninger om tidligere forsikringsforhold.

Såfremt der klages over andet, bedes klageren specifikt redegøre for dette.

Efter gennemgang af klagen og de mange indlæg, som klageren i efterforløbet har indgivet til ankenævnet, fastholder selskabet, at klageren på nuværende tidspunkt ikke er berettiget til yderligere a conto udbetaling. Endvidere fastholder selskabet at være berettiget til at sætte sagsbehandlingen i bero frem til, at klageren har underskrevet samtykke, da selskabet mener at være berettiget til at få verificeret, at de oplysninger, som klageren har afgivet i forbindelse med indtegningen, er i overensstemmelse med de faktiske omstændigheder, da rigtigheden heraf er grundlaget for hele aftaleforholdet mellem klageren og selskabet.

Selskabet skal oplyse, at vi på de 7 måneder, der er gået siden klageren anmeldte sin personskade den 25. oktober 2024, har modtaget i omegnen af 170 skriftlige henvendelser fra klageren, hvoraf de knap 25 henvendelser er fremsendt efter, at ankenævnsklagen er modtaget hos selskabet. Yderligere indeholder skadesagen 180 filer, hvor størstedelen er fremsendt af klageren. Herudover har selskabet måtte slette 198 billedfiler med journalmateriale, som klageren har indsendt uden nogen form for kronologi.

Nedenstående indeholder derfor ikke en minutiøs gennemgang af sagsforløbet, men en gennemgang af de oplysninger, som selskabet finder relevant for ankenævnets vurdering af sagen.

## **Sagens forløb**

Klageren har tegnet ulykkesforsikring hos selskabet med ikrafttræden den 1. oktober 2024. Police og betingelser er fremlagt som bilag A.

Ca. 3 uger efter indtegnning anmeldte klageren, at hun samme dag, den 25. oktober 2024, var faldet over en brosten og kommet til skade med højre hånd, højre hånds fingre samt ansigt.

Det fremgår endvidere af anmeldelsen, at klageren på spørgsmålet: 'Har du tidligere haft skader eller været udsat for ulykker på samme del af legemet?' Har svaret: 'Ja'. Og at dette var sket den 25. oktober 2022, og at hun i den forbindelse havde fået fastsat en méngrad på 8 % af [andet forsikringsselskab].

Anmeldelsen er fremlagt som bilag B.

Allerede tre dage efter – ved sin 6. henvendelse til selskabet – anmodede klageren om at få udbetalt 'strakserstatning' og 'udvidet strakserstatning'.

Selskabet anerkendte ulykkestilfældet ved brev af 28. oktober 2024 og udbetalte strakserstatning på 12.000 kr. for håndledsbruddet. Anerkendelsesbrevet er fremlagt som bilag C.

Samme dag skrev klageren og bad om a conto-erstatning for vanskik:

*'Jeg er blevet oplyst om ricisi ved denne form for fraktur samt at jeg med sikkerhed får ar/vanskik efter skaden på hagen.*

*Her vil skaden med sikkerhed efterlade et varigt mén på mindst 5 procent for vanskik/ar.*

*Jeg beder derfor Codan tage stilling til a conto beløb og forskud på en foreløbig erstatning.*

*Jeg er bekendt med at det endelige varige mén fastsættes omkring årsdagen.'*

De følgende dage modtog selskabet en lang række henvendelser om, at klageren ligeledes havde pådraget sig en tandskade, hvorfor selskabet udbad sig en tanderklæring.

Den 5. november 2024 rykkede klageren for a conto-udbetaling for varigt mén. Og igen den 8. november, den 12. november, to gange den 21. november og igen den 26. november.

Idet selskabet på daværende tidspunkt havde en sagsbehandlingstid på 4 uger, blev klagerens 10 henvendelser besvaret samlet ved brev af 28. november 2024, hvor selskabet afviste a conto-udbetaling med henvisning til, at det var for tidligt at vurdere mén som følge af vanskik allerede 1 måned efter ulykken og afviste endvidere at betale yderligere strakserstatning for brud, da der kun var én udbetaling pr. legemsdel.

Brevet er fremlagt som bilag D.

Allerede samme dag bad klageren igen om a conto-udbetaling. Henvendelsen er fremlagt som bilag E.

I dagene og ugerne efter fortsatte klageren med at sende daglige opdateringer vedrørende sin helbredssituation vedhæftet billeder og filmklip af tænder, hænder, fingre mv. samt rykke for a conto-udbetaling.

Selskabet modtog tanderklæringen den 6. december 2024, fremlagt som bilag F, og allerede fire dage efter rykkede klagerens tandlæge for selskabets vurdering.

Idet der manglede et samlet behandlingsoverslag, bad selskabet tandlægen om dette.

På baggrund af klagerens gentagne henvendelser vedrørende a conto-udbetaling bad selskabet klageren sende billeder af hagen og ville herefter forelægge disse sammen med de modtagne lægebilag for selskabets rådgivende lægekonsulent med henblik på at vurdere, om der kunne betales a conto-erstatning. Brevet fra den 12. december 2024 fremlægges om bilag G.

Selskabet modtog billeder af hagen og en lang række yderligere henvendelser fra klageren. Billedet er fremlagt som bilag H.

Efter at have modtaget behandlingsoverslaget for tandbehandlingen, fremlagt som bilag I, blev sagen forelagt for selskabets tandlægekonsulent, som ønskede klagerens tandlægejournal forud for uheldet. Selskabet skrev til klageren den 29. januar 2025 og bad om oplysninger på tidligere tandlæger. Da klageren fortsat sendte selskabet daglige opdateringer, gjorde selskabet samtidig klageren opmærksom på, at vi ikke havde brug for, at hun sendte os yderligere. Brevet er fremlagt som bilag J.

På trods heraf fortsatte klageren med at sende utallige henvendelser.

Selskabets rådgivende lægekonsulent meddelte, at han måtte opgive at vurdere sagen på baggrund af de utallige filer med lægeakter, som klageren havde fremsendt, og selskabet indhentede herefter selv journalerne. Dette fik klageren besked om den 18. februar 2025.

Klageren fortsatte sine mange henvendelser til selskabet og fortsatte med at rykke for a conto-udbetalingen, ligesom hun gentagne gange rettede telefonisk henvendelse til selskabet.

Ved brev af 11. marts 2025 bad selskabet endnu en gang klageren om ikke at sende yderligere oplysninger, da det forlængede sagsbehandlingstiden, og besværliggjorde selskabets overblik over sagen. Brevet er fremlagt som bilag K.

Klageren meddelte selskabet, at hun ville tage dette til efterretning.

Efter modtagelse af journalmateriale blev sagen igen forelagt lægekonsulenten, som vurderede:

*'Af egen læges jr. fremgår:*

*[50'erne] kvinde, der d. 25.10.2024 indbringes som traumepatient efter fald. Pådrager sig en fraktur sv.t. basis af 5. mellemhåndsknogle, der opereres. Efterforløbet præget af smerter, hvorfor pt. er blevet MR-skannet med fund af partiel SL-skade, en ledbåndsskade i håndroden. Desuden mistanke om TFCC-læsion, meniskskade i håndroden. På MR-skanningen er der ligeledes rejst mistanke om, hvorvidt frakturen sv.t. basis af 5. metakarp er helet.*

*Slog endv. hagen, hvor et sår under hagen blev syet.*

*Samme dag skriver skl. mail til egen læge og fortæller om hændelsen, angiver endv. en let hjernerystelse. Skl.s journal efterfølgende med talrige kontroller af hånden angiver dog in-*

*tet yderl. om følger efter slag mod hovedet. Ingen oplysninger om en hjernerystelse med efterfølgende symptomer på postcommotionelt syndrom.*

*Sagen skal på årsdagen afgøres på baggrund af indhentning af yderl. journal fra egen læge og formodentlig en ortopæd attest.*

*Vi vil afgøre på grundlag af tabellens stk. D.1.1.3 (5%), stk. D.1.2.8. (5%) og H.1. (<5%).*

*Vi kan udbetale akonto 5%. Reserve yderl. 10%.'*

Selskabet udbetalte herefter a conto erstatning på 65.721 kr. svarende til 5 % varigt mén. Udbetalingsbrevet af 12. marts 2025 er fremlagt som bilag L.

Selskabet oplyste samtidig, at det samlede varige mén ville blive vurderet, når klagerens tilstand var stationær, tidligst den 25. oktober 2025.

13 minutter efter afsendelsen af e-mailen modtog selskabet svar fra klageren, hvor hun skrev:

*Hej ...*

*Tak for din opdatering og for din indsats i at få sagen hastebehandlet. Det sætter jeg stor pris på.*

*Jeg har undret mig over, at sagsbehandlingstiden har været så lang, når der alene er tale om en a conto udbetaling og ikke en endelig vurdering af méngraden. Dokumentationen fra [hospitalet] viser, at skaderne er omfattende, og at et varigt mén er en realitet.*

*Det lyder godt at du forventer svar i denne uge og at du behandler dem med det samme, så udbetalingen kan finde sted.*

*Med venlig hilsen  
[Klageren]*

Selskabet svarede herpå samme dag. Brevet er fremlagt som bilag M.

Herefter modtog selskabet på to døgn 11 henvendelser fra klageren, da hun ville have mere i a conto erstatning. Henvendelserne er fremlagt som bilag N. Klageren rettede tillige telefonisk henvendelse til selskabet.

Selskabet besvarede klagerens henvendelser den 14. marts 2025, hvor det blev oplyst, at der ikke blev udbetalt yderligere a conto. Brevet er fremlagt som bilag O.

Selskabet anerkendte samme dag dækning for tandskaden. Brev herom er fremlagt som bilag P.

På baggrund af klagerens vedvarende og yderst presserende adfærd med mange mange henvendelser og gentagne rykkere for fremskyndelse af udbetaling af penge fra selskabet, blev sagen overdraget til en af selskabets skadeinspektører for nærmere undersøgelse.

Samtidig fik undertegnede, som selskabets interne advokat, sagen overdraget til gennemgang med henblik på, om selskabet skulle udbetale yderligere a conto erstatning.

På baggrund af undertegnede gennemgang af sagen og skadeinspektørens gennemgang af klagerens forsikringsforhold, var det selskabets samlede vurdering, at der på baggrund af klagerens adfærd i ulykkessagen, hendes skadeshistorik generelt og kundeforhold i øvrigt var grundlag for at foretage en kontrol af de indtegningsoplysninger fra klageren, som ligger til grund for det aftaleforhold, som selskabet har indgået med klageren.

Selskabet bad derfor klageren om at underskrive samtykke til, at oplysninger fra tidligere selskaber kunne indhentes.

Som det fremgår af klagerens talrige indlæg til nævnet, har klageren ikke ønsket at underskrive samtykket og har som følge heraf indgivet nærværende klage til Ankenævnet for Forsikring herom samt vedrørende krav om yderligere erstatningsudbetaling.

### **Klagerens forsikringsforhold og anmeldte skader hos selskabet**

Selskabet har som bilag Q fremlagt oversigt over klagerens forsikrings- og skadeshistorik hos selskabet.

Efter en nærmere gennemgang af kundeforholdet er det selskabets opfattelse, at klagerens forsikringshistorik er usædvanlig.

Klagerens forsikringsperioder er korte, og hun har skiftet frem og tilbage mellem selskaber. Hendes forsikringsportefølje er ikke samlet, men indtegnet og opsagt på forskellige datoer. Den samlede mængde af anmeldte skader er stor, og det forekommer særligt usædvanligt, at klageren frivilligt opsagde sine forsikringer på indbo, bil og 3 x ulykke pr. 1. maj 2024, men allerede den 13. juni 2024 rettede henvendelse til selskabet igen omkring indtegnning af bil og 3 x ulykke.

Selskabet udbad sig i den forbindelse risikoplysninger fra klageren. Acceptbilag med klagerens oplysninger fra den 11. august 2024 er fremlagt som bilag R.

Klageren har svaret 'nej' til, om der har været skader i tidligere selskaber, og om hun er blevet opsagt eller har haft særlige vilkår.

Henset til klagerens adfærd i nærværende sag sammenholdt med skadeshistorikken hos selskabet og de skiftende forsikringsforhold, har selskabet ønsket at verificere de afgivne oplysninger.

### **Selskabet fastholder sin vurdering**

Selskabet skal overfor Ankenævnet for Forsikring fastholde, at klageren på nuværende tidspunkt ikke er berettiget til yderligere udbetaling for varigt mén.

Selskabet har i klagerens sag betalt a conto erstatning svarende til 5 % mén allerede 5 måneder efter ulykkestidspunktet på baggrund af lægekonsulentens vurdering af det sikre varige mén.

Klageren har både før og efter gentagne gange anmodet selskabet om at vurdere a conto mén i forbindelse med, at hun har været til undersøgelse, til genoptræning, til behandling eller andet. Selskabet mener ikke, at FAL § 24, stk. 1 medfører, at selskabet hyppigt og gentagne gange skal vurdere klagerens eventuelle a conto krav på varigt mén, som klageren synes at gøre gældende.

Det varige mén fastsættes ikke ud fra en diagnose, en diagnoseteori, en forværring eller en forbedring af tilstanden under behandlingsforløbet, men ud fra de gener, som er til stede på det tidspunkt, hvor skaden har manifesteret sig, genoptræning er afsluttet, og det ikke kan forventes, at tilstanden bliver hverken værre eller bedre. Klageren har derfor kun krav på a conto-erstatning for den del af det endelige mén, som med sikkerhed kan fastsættes forinden.

Vurderingen af det varige mén igangsættes i langt de fleste ulykkessager omkring årsdagen for uheldet, da ovenstående tilstand for de fleste skaders vedkommende indtræder på dette tidspunkt.

I den forbindelse er det helt sædvanligt, at der ved ménfastsættelsen skal indhentes funktionsattest(er) og/eller speciallægeerklæring(er), som giver selskabet de faktuelle oplysninger om det aktuelle (og dermed forventede varige) funktionsniveau, som muliggør det for selskabets lægekonsulent at vurdere det varige méns størrelse.

Mange faktorer har indflydelse på den endelige ménfastsættelse, herunder forudbestående forhold samt vurdering af, om der er fuld årsagssammenhæng mellem alle gener og ulykken.

I klagerens sag fremgår det netop, at der er relevante forudbestående forhold, ligesom det fremgår af journalerne, at det endnu ikke kan vurderes, i hvilket omfang tilstanden vil bedres. Dette, mener selskabet, begrundet, at yderligere udbetaling skal afvente den endelige ménvurdering.

Ydermere mener selskabet, at klagerens adfærd taler for, at yderligere udbetaling afventer sædvanlig speciallægeundersøgelse mv., så det sikres, at der ikke udbetales på baggrund af et øjebliksbillede fra klageren og dennes behandler, og at selskabet samtidig får mulighed for at foretage en grundig og endelig gennemgang af de mange mange akter, der er tilgængelige sagen.

Selskabet fastholder derfor, at der ikke skal udbetales yderligere a conto erstatning i sagen, men at selskabet afventer, at klagerens gener er manifesteret i en sådan grad, at det endelige varige mén kan vurderes, jf. FAL § 24, stk. 1 samt den helt sædvanlige praksis i ulykkessager.

## **Undersøgelse af forholdene ved indtegning**

Det følger af FAL §§ 4-7, at de oplysninger, som er afgivet af klageren i forbindelse med forsikringsaftalens indgåelse, kan have afgørende betydning for, hvorvidt selskabet er bundet af en given forsikringsaftale.

Det er selskabets opfattelse, at selskabet er berettiget til at få verificeret de oplysninger, der ligger til grund for aftalen, hvis der i kundeforholdet rejses en mistanke om eller blot en formodning for, at oplysningerne kan være urigtige.

Uagtet at selskabet har anerkendt erstatningspligten i ulykkessagen, og klageren dermed mener, at sagen skal færdigbehandles uafhængigt af undersøgelse af det samlede forsikringsforhold, er det selskabets opfattelse, at i og med at de afgivne oplysninger har betydning for hele grundlaget for forsikringsaftalen, herunder ulykkesforsikringen, er selskabet berettiget til at afvente oplysningerne, førend der udbetales yderligere.

Såfremt klageren straks ved anmodningen havde underskrevet samtykket, kunne selskabet ganske hurtigt have foretaget sine undersøgelser. Det er udelukkende klagerens vægring mod at underskrive samtykket, som potentielt medfører, at sagen kan blive trukket i langdrag.

For selskabet forekommer det bemærkelsesværdigt, at klageren fastholder sin store modstand mod at underskrive samtykket samtidig med, at hun fastholder sin presserende og gentagne argumentation for, at sagen er hastende, og at der skal ske en stor udbetaling, og at denne skal ske hurtigt. Dette er for selskabet kun med til at øge interessen og behovet for at få klagerens indtægtsoplysninger verificeret.

Selskabet vil slutteligt bemærke, at ulykkesagen, jf. ovenstående argumentation vedrørende klagerens manglende berettigelse til yderligere a conto udbetaling, var blevet sat i bero, som sket, selvom klageren havde underskrevet samtykket med det samme. Det nuværende 'ophold' i sagsbehandlingen er således både begrundet i, at den endelige ménvurdering afventes, og at klageren ikke vil underskrive samtykket."

Klageren har i brev af 17/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

**"Codan forholder sig ikke til sagens kerne**

På intet tidspunkt forholder Codan sig konkret til den lægelige dokumentation i sagen – herunder:

- Speciallæge [overlæge 1's] erklæring om stationær CRPS og totalskade
- Egen læges status af 3. juni 2025, som dokumenterer alvorligt funktionstab
- Ergoterapeutiske notater, der bekræfter uændret og meget alvorlig symptomudvikling

Det nævnes ikke med ét ord, at min tilstand er vurderet stationær og dokumenteret med svær CRPS, med varige, livsændrende følger.

**Codan forsøger at forhale sagen med uvedkommende påstande**

I stedet for at forholde sig til substansen i sagen, bruger Codan pladsen på:

- At henvise til manglende samtykke, selvom sagen er anerkendt og jeg har afgivet samtykke ved tegning samt både samtykke til lægekonsulenten og tandlægekonsulenten
- At fremhæve tidligere forsikringer, som ikke er relevante for ulykken og den aktuelle dækning
- At henvise til Patienterstatningen, selvom sagen hos Codan er selvstændig og omhandler deres erstatningspligt

**Codan har undladt at svare min advokat – og har holdt sagen i bero uden begrundelse**

Som dokumenteret i brevet fra [klagerens advokat] den 23. juni 2025 (vedhæftet tidligere), har Codan:

- Ignoreret en direkte, saglig anmodning om aktindsigt og redegørelse
- Undladt at kommunikere i over 4 måneder
- Først reageret, da jeg måtte kontakte Ankenævnet og rykkede igen

Dette er klart i strid med god forsikringsskik og princippet om loyal sagsbehandling.

**Jeg anmoder om realitetsbehandling nu**

Jeg må på denne baggrund gentage min tidligere anmodning:

**Jeg beder Ankenævnet træffe afgørelse på det foreliggende grundlag**, da Codan ikke har løftet bevisbyrden for, at sagen ikke skal behandles som en dækningsberettiget ulykkessag.

Jeg står med en dokumenteret totalskade, en anerkendt sag og overvældende lægefaglig støtte. Jeg kan ikke længere bære den belastning, Codans forsinkelse og chikane medfører.

...

Jeg skal derfor anmode Ankenævnet om at lægge til grund, at min tilstand er dokumenteret stationær af både egen læge og speciallæge – og at Codans afvisning heraf er uden lægefagligt belæg.

Anmodning om afgørelse

På denne baggrund skal jeg endnu en gang anmode Ankenævnet om at træffe afgørelse på det foreliggende grundlag. Sagen har nu verseret i månedsvis, og samtlige centrale oplysninger og vurderinger er fremlagt. Codan har haft rig mulighed for at fremkomme med bemærkninger, men har ikke forholdt sig loyalt til det materiale, der er fremlagt.

Vildledende henvisning til hovedtraume

Det er helt uden relevans, når Codan i sit svar nævner et tidligere hovedtraume. Dette har intet at gøre med min aktuelle ulykkesskade, der handler om en kompleks fraktur i hånden, fejlbehandling, kirurgiske komplikationer og udvikling af svær, stationær CRPS.

Henvisningen fremstår som et forsøg på at så tvivl om årsagssammenhængen – men er både vildledende og i strid med god forsikringsetik. Ingen af de lægelige eksperter, der har udtalt sig i min sag, har nævnt hovedtraume som relevant for forløbet.

Codan forsøger med denne taktik at vende opmærksomheden væk fra den dokumenterede skade og deres egen passivitet.

Jeg ønsker at præcisere, at jeg har reageret på Codans første klagesvar, da det indeholdt faktuel forkerte oplysninger og urimelige antydninger. Jeg har intet yderligere at tilføje og tager afstand fra Codans fremstilling.

Sagen er veldokumenteret og har nu været under behandling i over fire måneder. Jeg beder om, at Ankenævnet nu tager sagen til realitetsafgørelse – og ikke imødekommer nye forsøg fra Codan på at afsøre eller udskyde forløbet yderligere."

Klageren har i brev af 6/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Det er desuden vigtigt at fremhæve, at jeg i 2021 blev undersøgt for sclerose – en udredning der intet har med ulykken i 2024 at gøre. At dette nu trækkes frem i en sag om en alvorlig komunit intraartikulær fraktur, kirurgisk komplikation, totalskadet hånd og håndled og dokumenteret CRPS, samt tand - og hageskade, er groft vildledende og et brud på proportionalitetsprincippet i skadesbehandling.

At advokaten omtaler en scleroseudredning fra 2021 som et 'betydeligt helbredsforhold forud for ulykken i oktober 2024', er faktuel forkert.

Udredningen førte ikke til en diagnose. Jeg blev udredt for mistanke om neurologiske symptomer, men der blev ikke fundet tegn på sclerose eller anden alvorlig sygdom. Der var ingen vedvarende

symptomer, behandling eller funktionstab efterfølgende. Udredningen vedrørte højre ben – ikke højre hånd. Det er dokumenteret, at mine symptomer i 2021 angik højre ben, mens ulykken i 2024 vedrører alvorlig skade i højre hånd og tænder.

Der er ingen sammenhæng.

At omtale en ikke-diagnosticeret, afsluttet udredning fra 2021 som 'betydeligt helbredsproblem forud for ulykken' i 2024 er groft misbrug af journaloplysninger.

Det er ikke blot vildledende, men direkte usandt, når Codans advokat omtaler en udredning for neurologiske symptomer i 2021 som "et betydeligt helbredsforhold forud for ulykken i oktober 2024.

...

Det skal præciseres, at min klage ikke alene handler om utilfredshed med størrelsen på a conto-beløb.

Klagen handler om noget langt mere alvorligt og principielt:

1. Codan har ulovligt sat en anerkendt ulykkessag i bero – på trods af, at jeg har fremlagt tung og omfattende lægelig dokumentation for stationær og alvorlig skade, herunder speciallægeerklæring fra 19. maj og status fra egen læge den 3. juni.
2. Codan har ikke forelagt denne dokumentation for en lægekonsulent – men lader i stedet en advokat udtale sig om, at tilstanden ikke er stationær. Det er ikke advokatens kompetenceområde og udgør i sig selv en grov forsømmelse af korrekt sagsbehandling.
3. Codan har ikke udbetalt et retvisende a conto-beløb, men alene 65.000 kr. – hvilket aktindsigten dokumenterer udelukkende dækker mén for hageskaden. Ingen del af beløbet vedrører mine dokumenterede og stationære skader i hånd, håndled eller tænder.
4. Jeg har derfor bedt Ankenævnet træffe afgørelse om, at Codan straks skal:
  - genoptage sagsbehandlingen, som ulovligt blev sat i bero,
  - tage stilling til den foreliggende lægelige dokumentation og
  - udbetale et opdateret og retvisende a conto-beløb, der forholder sig til den samlede méngrad – herunder totalskadet hånd (CRPS), håndledsskader og tandskader.

...

Afsluttende bemærkning

...

Jeg beder derfor Ankenævnet om at tillægge min læges status og vurdering den afgørende betydning, den fortjener – og at give min sag en retvisende behandling på baggrund af det lægelige materiale, der nu foreligger.

Jeg har tillid til, at Ankenævnet nu ser på sagen i sin helhed og anerkender, at der ikke blot er tale om svigt i vurdering, men om en grov tilsidesættelse af fakta, lægefaglig dokumentation og min ret til respektfuld og fair behandling.

Jeg har tillid til, at Ankenævnet vil hæfte sig ved, at Codans advokat ikke forholder sig til hverken den lægelige dokumentation eller de faktiske forhold i sagen.

Det er uholdbart og fagligt utilstedeligt, at man i stedet forsøger at flytte fokus til et historisk kundeforhold uden relevans. Dette kan og bør ikke tillægges vægt i en sag om en anerkendt ulykkeskade med dokumenterede følger.

Jeg anmoder Ankenævnet om at:

1. Tilsidesætte Codans indlæg som uden sagligt grundlag og vildledende
2. Pålægge Codan at genoptage sagsbehandlingen straks.
3. Tilkendegive, at sagen kræver en ny og retvisende a conto-vurdering, der tager højde for alle skader – ikke kun hagen."

I brev af 11/8 2025 er klageren kommet med yderligere bemærkninger, der er forelagt for nævnet. Klageren har i brev af 17/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

**"Præmieforhøjelse som repressiv foranstaltning – på trods af topdækkede forsikringer**

Jeg har som kunde hos Codan valgt de dyreste og mest udvidede privatforsikringer for at sikre, at både min husstand og vores hund er optimalt dækket. Mine forsikringer har været uden anmærkninger af betydning: ingen skader på bilforsikringen, ingen skader på rejseforsikringen, ingen skader på indboforsikringen, ingen skader på børnenes ulykkesforsikringer, kun to mindre dyreforsikringsager (en forgiftning og et cherry eye) og min egen ulykkessag.

På trods af dette har Codan meddelt væsentlige præmieforhøjelser på flere af mine forsikringer – herunder en fordobling af præmien på min hundeforsikring, en tilsvarende fordobling af min ulykkesforsikring og en markant forhøjelse af min skadefrie bilforsikring. Dette er ude af proportion med skadehistorikken og kan ikke forklares som almindelige præmiejusteringer.

**Den tidsmæssige sammenhæng – kort efter at jeg har afvist at underskrive det brede, ubegrænsede samtykke – understøtter indtrykket af, at præmieforhøjelsen fungerer som et presmiddel i den verserende ulykkessag.**

Jeg anfører dette ikke for at anmode Ankenævnet om at tage stilling til selve præmieniveauet, men fordi timingen og begrundelsen viser et mønster af pres og usaglig behandling i forbindelse med ulykkessagen.

**Ingen underskrift af bredt ubegrænset samtykke – kombination med præmieforhøjelser viser presmiddel**

Det har hele tiden været – og er fortsat – min faste holdning, at jeg under ingen omstændigheder skal underskrive det brede, ubegrænsede samtykke, som Codan kræver. Jeg har allerede givet fuldt samtykke til alle relevante lægejournaler og speciallægeerklæringer vedrørende ulykken, og der er intet sagligt grundlag for at stille yderligere krav.

Præmieforhøjelserne, timingen og den misvisende begrundelse viser tydeligt, at kravet om samtykke ikke er en reel sagsbehandlingsnødvendighed, men et kontrol- eller presmiddel. Når Codan med den ene hånd kræver fuld adgang til alle mine forsikrings- og helbredsoplysninger uden begrænsning, og med den anden hånd pålægger store præmieforhøjelser baseret på urigtige oplysninger, agerer de ikke som en loyal aftalepart.

Kombinationen af dette uretmæssige krav og væsentlige præmieforhøjelser baseret på en fejlagtig begrundelse fremstår som en usaglig og ude af proportioner reaktion. Det kan i realiteten opfattes som et forsøg på at lægge økonomisk og processuelt pres på mig for at få mig til at underskrive samtykket eller svække min stilling i den verserende sag.

En sådan fremgangsmåde kan stride mod god forsikringsskik, forbrugerbeskyttelsesreglerne og princippet om, at en anerkendt skade skal behandles loyalt og uden unødige hindringer. Sagen skal færdigbehandles ud fra det omfattende materiale, der allerede foreligger, uden at samtykket bruges som hindring.

## **Udvidet bemærkning om samtykkekravet og sammenhængen til præmieforhøjelser**

Det fremsendte samtykkekrav giver Codan adgang til at indhente oplysninger om samtlige mine tidligere og nuværende forsikringsforhold – også oplysninger uden relevans for ulykken. Samtykket er uden tidsmæssig eller indholdsmæssig begrænsning og giver tillige mulighed for videregivelse til tredjeparter, herunder lande uden for EU.

Præmiestigningerne og kravet om et bredt, ubegrænset samtykke må ses som sammenhængende tiltag, der reelt har den virkning, at min anerkendte ulykkessag obstrueres, og at jeg som kunde bringes under urimeligt pres for at acceptere vilkår uden saglig begrundelse.

Jeg fastholder, at en sådan generel og ubegrænset adgang ikke er sagligt begrundet, og at ulykkessagen bør afgøres ud fra det allerede fremlagte materiale.

I stedet for at bruge deres tid og ressourcer på at forholde sig til den alvorlige, dokumenterede skade (højre hånd, CRPS, håndled, tænder, hage osv.) og gennemføre en retvisende opgørelse samt at sikre, at jeg får den erstatning, jeg har krav på, vælger Codan at bruge energi på at opbygge en parallel fortælling om 'mange skader' og lave administrative manøvrer som bredspektret samtykke og præmieforhøjelser, der i praksis intet har med min ulykkessag at gøre.

Det er ikke bare dårlig prioritering — det bør ses som en bevidst afledning fra kernen i sagen, som jeg beder Ankenævnet reagere på.

Jeg har anmeldt og fået anerkendt en ulykkessag, som juridisk skal behandles ud fra fakta om selve ulykken og skadens følger. Men nu prøver Codan at trække hele sagen over i en diskussion om kundeforhold og 'flere skader end forventet' på tværs af alle mine forsikringer.

## **Det er problematisk af to grunde:**

1. Fokusforskydning – De flytter fokus væk fra min anerkendte ulykkessag og de medicinske fakta, over på en slags 'risikoprofil' for mig som kunde. Dette er irrelevant for, om de skal udbetale erstatning i en sag, der allerede er anerkendt.
2. Strategisk pres – Ved at fremstille mig som en 'højrisikokunde' (uden at der er belæg for det), skaber de grobund for at hæve præmierne, true med opsigelse eller presse mig til at give efter på andre punkter.

Det er det, der gør det så surrealistisk: en personskaadesag med tung medicinsk dokumentation bliver pludselig drejet over til at handle om, hvorvidt jeg er en 'dyr' kunde, selvom deres egne skadeoplysninger viser, at det slet ikke passer.

Kombinationen af urimelige præmieforhøjelser og fastholdelse af kravet om bredt, ubegrænset samtykke fremstår som en presstrategi, ikke som en reel sagsbehandlingsnødvendighed. Det skal derfor understreges, at der ikke foreligger nogen juridisk pligt til at afgive bredt, ube-

grænset samtykke i en allerede anerkendt sag, når alle relevante oplysninger allerede er fremlagt.

Codan er i besiddelse af samtlige nødvendige lægejournaler og speciallægeerklæringer til at opgøre sagen. At de alligevel fastholder samtykkekravet – samtidig med usaglige præmieforhøjelser – understreger, at sagen bør færdigbehandles uden yderligere hindringer.

## **Tidsmæssig sammenhæng og retsbrud**

Denne tidsmæssige sammenhæng mellem:

1. Oplysning om en tung og omkostningstung diagnose,
2. Sagsstandsning,
3. Ignorering af tung speciallægedokumentation (maj–juni), og
4. Efterfølgende markante præmieforhøjelser (12. august), ... rejser alvorlig tvivl om, hvorvidt Codan overholder lov om finansiel virksomhed § 43, stk. 2, bekendtgørelse om god skik §§ 3-4 og forsikringsaftalelovens § 24.

Adfærden fremstår som repressiv over for en kunde med en tung skade og er i strid med princippet om loyal og saglig behandling af skadelidte.

Jeg anmoder om, at Ankenævnet påtaler dette forhold overfor Codan, og at min sag straks behandles på det oprindelige grundlag uden usaglige vilkår eller indirekte økonomisk pres.

## **Manglende inddragelse af tung speciallægedokumentation – fejl i sagsoplysningen**

Efter at Codan satte min ulykkessag i bero den 18. marts 2025, blev der udarbejdet to væsentlige lægelige erklæringer:

- 19. maj 2025: Speciallæge [overlæge 1] dokumenterer svær, stationær CRPS, beskriver min situation som meget alvorlig og fraråder rejser uden for Europa af helbredsmæssige årsager.
- 3. juni 2025: Min egen læge bekræfter den alvorlige, uændrede tilstand og henviser til speciallægens vurdering.

Begge dokumenter blev fremsendt til Codan, men aldrig videreformidlet til selskabets lægekonsulent.

Det betyder, at der aldrig er foretaget en ny, reel eller retvisende lægelig vurdering på et fuldt oplyst grundlag efter modtagelsen af den opdaterede dokumentation.

Dette er efter min vurdering et alvorligt brud på:

- Forsikringsaftaleloven § 24, der kræver korrekt og fyldestgørende sagsoplysning.
- Bekendtgørelse om god skik §§ 3-4, der pålægger selskaber at behandle kunder loyalt og sagligt.

Undladelsen har direkte konsekvenser for min erstatningsret, idet vurderingen af varigt mén og behov for straksopgørelse er sket uden inddragelse af de mest relevante og aktuelle oplysninger.

På denne baggrund anmoder jeg Ankenævnet for Forsikring om at pålægge Codan Forsikring at færdigbehandle min anerkendte ulykkessag på baggrund af det omfattende materiale, der allerede foreligger, og uden krav om bredt ubegrænset samtykke. Præmieforhøjelserne og samtykkekravet må i denne sammenhæng anses for usaglige og uforenelige med god forsikringsskik.

...

Efter fremsendelsen modtog jeg kl. 13:12 en mail fra en medarbejder hos Codan, hvori det oplyses, at de seneste præmieforhøjelser primært er begrundet i vejhjælpsudkald fra et tidligere kundeforhold hos Codan.

Denne oplysning er væsentlig af følgende grunde:

- **Vejhjælp er ikke en skade i traditionel forstand**

Det er en serviceydelse, som betales via præmien. At medregne vejhjælpsudkald som en del af skadefrekvensen på linje med indbrud, brand eller personskaade ændrer det reelle billede af skadeshistorikken.

- **Brug af mindre og hændelige skader**

I opgørelsen indgår mindre skader – eksempelvis forgiftning af vores hund og enkelte elektroniskader. Disse stammer fra det tidligere kundeforhold og har ingen sammenhæng med det nuværende.

- **Manglende oplysning ved genoptagelse**

Ved genoptagelsen af kundeforholdet blev der ikke oplyst, at oplysninger fra tidligere kundeforhold – herunder vejhjælpsudkald og småskader – ville indgå i beregningen af præmien.

Oplysningerne har ingen relevans for den aktuelle ulykkessag. Jeg fremlægger dem for at dokumentere konteksten, hvori ulykkessagen behandles."

Selskabet har i brev af 3/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Uagtet at sagen var overgivet til ankenævnets behandling, har klageren nu uploaded yderligere 10 dokumenter på sagen, herunder et 42 siders indlæg (Samlet\_bemærkning\_21\_juli\_2025\_med\_forside) med endnu en gennemgang af klagerens opfattelse af sagens forløb. Selskabet har redegjort for det faktum, som selskabet finder relevant i klagesvar fra 10. juli 2025 og er af den opfattelse, at indlægget ikke indeholder nye oplysninger, som er relevante for sagen, hvorfor selskabet ikke har yderligere bemærkninger hertil udover, at kopi af sagens akter er fremsendt den 15. juli 2025 via mails til klagerens advokat.

Vedrørende klagerens bemærkninger i indlægget: 'Til Ankenævnet for Forsikring – Supplerende bemærkning 2' kan selskabet på det kraftigste afvise, at der er en sammenhæng mellem nærværende klagesag og klagerens præmiestigninger. Selskabet bemærker, at klageren ikke ønsker, at ankenævnet skal tage stilling til størrelsen på præmien eller præmiestigningerne i øvrigt. Selskabet har derfor ikke yderligere bemærkninger udover, at præmieforhøjelserne og klagerens bemærkninger herom er uden relevans for nærværende sag.

Klagerens 'Bemærkning vedr. brev af 11. marts 2025 fra Codan 3' indeholder efter selskabets opfattelse ikke nye oplysninger, hvorfor selskabet ingen bemærkninger har hertil.

Selskabet vil endnu en gang opfordre klageren til, at ankenævnet nu får mulighed for at træffe afgørelse i sagen."

Klageren har i brev af 9/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Afslutningsvis vil jeg gerne knytte en bemærkning til Codans advokats seneste indlæg, som efterlader et misvisende billede af sagen.

Journalnotatet fra ergoterapeut ... af 15. august 2025 dokumenterer, at min tilstand nu må anses for stationær med varig funktionsnedsættelse. Det er en væsentlig ny oplysning, som ændrer vurderingsgrundlaget og kræver, at Codans lægekonsulent foretager en samlet vurdering af skadens følger.

Codan påstår fortsat, at sagen ikke kan behandles uden et bredt samtykke. Jeg må understrege, at samtykke er frivilligt, og at frivilligheden skal respekteres. Codan behøver ikke et bredt og ubegrænset samtykke for at behandle min ulykkessag. Jeg har allerede givet de nødvendige samtykker, og Codan har alt, hvad de behøver, herunder omfattende dokumentation fra flere speciallæger. At fastholde et bredt samtykkekrav i en anerkendt ulykkessag er både ubegrundet og krænkende.

Det er ubestridt, at ulykken er anerkendt, og at skaderne er dokumenteret af flere speciallæger. Alligevel har Codan holdt sagen i bero siden 18. marts 2025, uden at forholde sig til den løbende fremlagte lægelige dokumentation fra to speciallæger og egen læge.

Codans advokat anfører selv, at præmier og kundeforhold intet har med ulykkessagen at gøre. Netop derfor er det usagligt og i strid med god forsikringsetik, at Codan har sat min anerkendte ulykkessag i bero med henvisning til en såkaldt kundekontrol. Når forholdene ingen relevans har, burde ulykkessagen aldrig være sat i bero.

Codans advokat anfører, at præmieforhøjelser ikke har relevans for min ulykkessag. Ikke desto mindre har Codan selv sat ulykkessagen i bero med henvisning til en intern 'kundekontrol' og efterfølgende fordoblet præmier på en ellers skadesfri bilforsikring – med baggrund i tidligere og afsluttede kundeforhold. Dette skete samtidig med, at jeg sagde nej til at underskrive et bredt og ubegrænset samtykke. Det fremstår derfor, som om jeg bliver straffet for at afvise et samtykke, jeg ikke er forpligtet til at give. Når Codans advokat samtidig selv gør gældende, at præmier og kundeforhold intet har med ulykkessagen at gøre, må det konkluderes, at ulykkessagen aldrig burde have været sat i bero.

At anvende kundekontrol som begrundelse for at pause en anerkendt ulykkessag er usagligt og i strid med god forsikringsetik. Ulykkessagen skulle aldrig have været sat i bero.

Jeg må derfor anmode Ankenævnet om at lægge vægt på, at sagen nu er fuldt oplyst og dokumenteret, herunder med nye oplysninger om stationær tilstand. Det må forventes af Codan, at sagen nu afsluttes med en samlet og retvisende afgørelse frem for yderligere forsinkelser og krav om irrelevante samtykker.

Jeg bemærker også, at Codans advokat i sit indlæg ikke forholder sig til substansen i mine bemærkninger eller den fremlagte dokumentation, men i stedet affejer dem som uden relevans. Jeg finder denne tilgang nedladende og usaglig.

Min anerkendte ulykkessag er fuldt oplyst og kan vurderes af Codans lægekonsulent og afsluttes til fuld og endelig afgørelse. På samme måde er sagen hos Ankenævnet tilstrækkeligt oplyst og kan nu afsluttes.

Jeg beder Ankenævnet lægge vægt på de faktiske oplysninger og den medicinske dokumentation, som tydeligt viser, at ulykkesagen er veldokumenteret og må behandles aktivt og retvisende uden krav om et bredt ubegrænset samtykke.

Jeg anmoder derfor Ankenævnet om at lægge til grund, at Codan ikke kan kræve et bredt og ubegrænset samtykke som betingelse for at behandle min anerkendte ulykkesag."

I breve af 27/10 2025 og 27/10 2025 er klageren kommet med yderligere bemærkninger, der er forelagt for nævnet.

Nævnets sekretariat har den 30/10 2025 skrevet følgende til selskabet:

"Sekretariatet lægger til grund, at klageren er blevet bedt om at udfylde den samtykkeerklæring, der fremgår af bilaget 'Samtykke 2'. For en god ordens skyld vedlægger vi samtykkeerklæringen igen. Se dokumentet 'Kopi af bilaget Samtykke 2'.

Det er sekretariatets vurdering, at samtykket fremstår mere omfattende og komplekst, end hvad der er nødvendigt for at undersøge en kundes indtegningsforhold. Det gælder særligt, fordi erklæringen giver mulighed for at videregive kundedata til samarbejdspartnere og til lande uden for EU.

Det er sekretariatets umiddelbare vurdering, at selskabet gerne må undersøge, om klageren er korrekt indtegnet, men at det bør kunne ske på baggrund af en samtykkeerklæring, der er mere begrænset og i bedre overensstemmelse med GDPR-reglerne.

Vi skal derfor høre, om selskabet er indforstået med at udarbejde en ny, mere afgrænset samtykkeerklæring til klageren. Hvis selskabet er enig heri, vil vi derefter høre klageren, om hun ønsker at underskrive den nye erklæring".

Selskabet har i brev af 31/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har modtaget ankenævnets skrivelse og kan tilslutte sig de anførte betragtninger om samtykkets vide omfang.

Selskabet fremlægger derfor som Bilag S en ny samtykkeerklæring til klagerens underskrift, som er afgrænset til formålet i den konkrete sag."

I breve af 31/10 2025 og 3/11 2025 er klageren kommet med yderligere bemærkninger, der er forelagt for nævnet.

Nævnet sekretariat har den 3/11 2025 skrevet følgende til klageren:

"Selskabet har fremsendt en ny samtykkeerklæring. Du kan finde samtykkeerklæringen under fanen 'Dokumenter'.

Det er sekretariatets umiddelbare vurdering, at selskabet gerne må undersøge, om du er korrekt indtegnet, idet selskabet i henhold til forsikringsaftalelovens reglerne har mulighed for at gøre urigtige oplysninger gældende.

Sekretariatet vurderer umiddelbart ikke, at du tidligere har afgivet et samtykke, der giver selskabet mulighed for at indhente relevante oplysninger til denne undersøgelse.

Sekretariatet skal derfor høre, om du vil underskrive selskabets nye samtykkeerklæring.

Hvis du ønsker at underskrive samtykkeerklæringen, bedes du underskrive og uploade erklæringen på din sag på portalen. Sekretariatet vil herefter dele samtykkeerklæringen med selskabet.

Hvis du ikke ønsker at underskrive samtykkeerklæringen, vil sagen blive behandlet på det foreliggende grundlag."

Klageren har i brev af 4/11 2025 til nævnet bl.a. anført:

"For god ordens skyld skal jeg oplyse, at jeg allerede har givet de samtykker, jeg som forsikrings-tager er forpligtet til – både ved indtegnings og i forbindelse med den anerkendte ulykkessag. Jeg kan derfor ikke underskrive yderligere samtykker.

Det samtykke, som Codan nu har fremsendt, adskiller sig i øvrigt ikke væsentligt fra det tidligere, som Ankenævnet allerede har taget stilling til. Et samtykke af denne karakter er ikke nødvendigt for at kunne behandle min ulykkessag.

Jeg anmoder derfor Ankenævnet om at træffe afgørelse i sagen på det foreliggende grundlag."

Selskabet har i brev af 5/11 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet skal kort bemærke, at der ikke tidligere i sagen har været kommunikation eller tvist omkring indholdet af side 2 og 3 i 'Samtykke 2'. Det har været samtykkets formål (at indhente oplysninger vedrørende tidligere forsikringsforhold), der har været tvistepunktet. Havde klageren påpeget over for selskabet, at hun fandt formuleringerne på side 2 og 3 for vidtrækkende, havde selskabet allerede på dette tidspunkt tilrettet samtykket, som det nu er sket under ankenævns-sagen på baggrund af ankenævnets bemærkninger.

Selskabet har under skadebehandlingen vurderet, at det samtykke, som klageren underskrev i forbindelse med indtegningen, ikke længere var gyldigt/var tilbagekaldt, da selskabet ønskede at indhente oplysninger fra tidligere selskaber primo 2025. Derfor bad selskabet klageren om at underskrive et nyt samtykke."

Klageren har i brev af 5/11 2025 til nævnet bl.a. anført:

# Ankenævnet for Forsikring

24.

103476

"Codan har haft lejlighed til at udtale sig i sagen, og der foreligger ingen nye oplysninger, som kan ændre sagens faktiske grundlag.

Jeg skal for god ordens skyld præcisere, at jeg ikke har tilbagekaldt nogen af de samtykker, jeg har underskrevet. Jeg har dermed givet Codan de samtykker, jeg som forsikringstager er forpligtet til, og yderligere samtykker er ikke nødvendige for, at Codan kan behandle og afslutte min ulykkes-sag.

Min ulykkessag er veldokumenteret af speciallæger på [hospital], og Codan har således det fulde grundlag for sagsbehandling og vurdering.

Sagen i Ankenævnet må derfor anses for fuldt oplyst, og jeg anmoder derfor Ankenævnet om, at sagen nu afgøres på det foreliggende grundlag."

I brev af 1/12 2025 er klageren kommet med yderligere bemærkninger, der er forelagt for nævnet.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår bl.a. af selskabets lægekonsulents lægesvar af 11/3 2025:

"[50'erne] kvinde, der d. 25.10.2024 indbringes som traumepatient efter fald. Pådrager sig en fraktur sv.t. basis af 5. mellemhåndsknogle, der opereres. Efterforløbet præget af smerter, hvorfor pt. er blevet MR-skannet med fund af partiel SL-skade, en ledbåndsskade i håndroden. Desuden mistanke om TFCC-læsion, meniskskade i håndroden. På MR-skanningen er der ligeledes rejst mistanke om, hvorvidt frakturen sv.t. basis af 5. metakarp er helet.

Slog endv. hagen, hvor et sår under hagen blev syet.

Samme dag skriver skl. mail til egen læge og fortæller om hændelsen, angiver endv. en let hjerne-rystelse. Skl.s journal efterfølgende med talrige kontroller af hånden angiver dog intet yderl. om følger efter slag mod hovedet. Ingen oplysninger om en hjernerystelse med efterfølgende symptomer på postcommotionelt syndrom.

Sagen skal på årsdagen afgøres på baggrund af indhentning af yderl. journal fra egen læge og formodentlig en ortopæd attest.

Vi kan udbetale akonto 5%."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 12/5 2025:

## **"Udbetaling af erstatning - Forskud på varigt men**

Vi har nu vurderet din skade med henblik på udbetaling af et forskud på erstatning for varigt men. Den 24-februar-2025 modtog vi journalen fra din praktiserende læge.

Din sag har efterfølgende været ved en lægekonsulent, med henblik på vurdering af et forskud på varigt men.

Vi har fastsat dette ud fra retningslinjerne i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende men-tabel, sammenholdt med de oplysninger, vi på nuværende tidspunkt har om skaden og dine ge-ner.

Din forsikring dækker medicinsk invaliditet. Det vil sige, at erstatningen dækker de daglige gener og ulemper, du har som følge af ulykken - forsikringen dækker altså ikke tab af erhvervsevne.

## **Erstatningen**

Vi kan på nuværende grundlag udbetale et forskud på erstatning for et varigt men svarende til 5%.

Da forsikringens sum er på 1.314.406 kr., er du på nuværende tidspunkt berettiget til forskud på 65.721 kr."

Det fremgår bl.a. af journal fra telefonkonsultation fra ortopædkirurgisk håndklinik på hospita-let af 23/4 2025:

"Beskrivelse: Jeg har fået en opgave fra pt.'s ergoterapeut om, at pt.'s CRPS desværre er under opblusning efter pausering af medicin. Pt. er trappet ud af blandt andet Prednisolon og Arcoxia, har været under mistanke for et mavesår, og på baggrund af dette skal hun ikke opstarte det me-dicin igen.

Tidligere har [overlæge 2] tilbudt hende neuroleptika. Det har [klageren] dog i første omgang sagt nej til.

Jeg har i dag en god samtale med [klageren]. Vi gennemgår forløbet. [Klageren] er fuldstændig med på og har fuld forståelse for, at på nuværende tidspunkt er det vedvarende ikke kirurgi, der er løsningen. At hånden skal have været i fuldstændigt ro i min. et halvt år inden man overhove-det overvejer det, og [klageren] er informeret om, at det både er min og [overlæge 2's] holdning.

[Klageren] er naturligvis frustreret og ked af det lange forløb. Hun har en hånd, der ikke har det særlig godt. Er helt klar over den alvorlige diagnose. [Klageren] går i tænkeboks omkring opstart af neuroleptika og hun vil sandsynligvis kontakte [overlæge 2] herom.

Hun fortsætter med træningen hos [ergoterapeut]. Vi bibeholder hende her på [hospitalet] i vores ergoterapi, indtil der er sikker fremgang. Det har hun simpelthen behov for, og hun har et godt samarbejde med [ergoterapeut]. Hun følger sine træninger til punkt og prikke.

Fastholder tid hos ut. d. 19.05.2025, hun er velkommen til at kontakte mig før ved behov.

Jeg har i dag talt med [overlæge 2] omkring [klageren] og hendes situation. Han er enig i ovenstå-ende betragtninger, samt at hun er velkommen til at kontakte ham i givet fald, hun ønsker at gen-optage medicinsk behandling."

Det fremgår bl.a. af journal fra hospitalets ergoterapeut af 13/5 2025:

**"Lægens notat**

Beskrivelse: Patienten oplever ikke at der er nogen forandring siden sidste fremmøde. Vil gerne have en ny isotonerhandske. Oplever ikke det er godt, at få hånden i varmt vand derhjemme. Det er gået godt med at bruge silikone-rullen (blå) derhjemme.

Objektivt: Hånden ser umiddelbart ud som ved sidste fremmøde.

**Plan:**

Beskrivelse: Ses til kontrol ved behandlende læge i næste uge. Patienten kontakter afdelingen før ved behov.

**Aktivitetstræning af fysisk funktion:**

Beskrivelse: Samtale om at fortsætte med at træne hjemme i det omfang det er muligt.

**Apparaturbehandling af lidelse i bevægeapparatet:**

Beskrivelse: Afprøver (PM-maskine i ca. 4 min, med et meget lille bevægeudslag (0-50 fordelt på de tre led i fingrene). Det går ok med at bevæge fingrene, men trykket på hånden er for stort. Patienten bliver utilpas i hele kroppen og det sortner for hendes øjne. Kommer ned at ligge og får noget at drikke. Får det hurtigt godt igen, men oplever at der er ømhed/smerter i mellemhånden. Aftaler at denne træning desværre er for tidlig.

**Ødembehandling og ødemprofylakse:**

Beskrivelse: Får en ny isotonerhandske str. L med hjem."

Det fremgår bl.a. af journal fra ortopædkirurgisk håndklinik på hospitalet af 20/5 2025:

**"Diagnose(r):**

A DS623 Fraktur af anden spec. metakarpalknogle

+ TUL 1 højresidig

B DS633 Traumatisk ruptur af ligament i håndled eller hånd

+ TUL 1 højresidig

**Epikrise:**

*Resume af behandlingsforløb*

Journalnotat

Tilstanden uforandret. Stadig ramt af svær CRPS. Hun er efterhånden nået til den erkendelse, at hun har brug for noget smertestillende medicin, og vil tage kontakt til [overlæge 2] omkring opstart af dette.

Hun har planlagt sommerferie dels i Europa, dels i .... Anbefaler hende at afvente den store ... tur, så længe hun har aktivitet i sin CCPR. Hun skal ligeledes være bevist om, at i tilfælde af hun rejser, skal det være clearet med rejseforsikringen, for sker der en opblussen under turen, og hun får behov for lægehjælp i relation til hendes CRPS, vil de helt klart ikke dække hende.

**Plan**

Hun tager fat i [overlæge 2] omkring opstart af neuroleptika.

rp. kontrol hos undertegnede om 6 mdr.

Hun fortsætter med at træne hos [ergoterapeut].

De positive på nuværende tidspunkt er, at hun har fået en accept og en bedre forståelse for sin situation, omend hun stadig føler, at hun har mistet en stor del af sin krop, og at hånden er helt anderledes, end hun er vant til. Jeg kan kun give hende ret, det er en svær situation, hun er i. Bekræfter hende i, at hun skal fortsætte træningen, samt opstarte medicin.

Ligeledes snakker vi om muligheden for, at hun skal tage imod gastroskopien, og få bekræftet om hun har mavesår eller ej, for hvis hun ikke har mavesår, kan man måske overveje en anden medicinsk behandling på ny."

Det fremgår bl.a. af udateret uddrag journal fra hospitalets ergoterapeut:

"Beskrivelse: Det er nu ½ år siden patienten pådrog sig skader på højre hånd. Patienten har en periode med medicinsk behandling haft bedring i sine symptomer, men efter hun er udtrappet af medicinen er der igen tiltagende symptomer. Patienten beskriver at der er konstante smerter svarende til de

områder, hvor der er skader (4+5. stråle, TFCC, SL) og generelt ved bevægelse af underarm, håndled og de 5 fingre. Der er igen farveskift (bleg, blålig), kuldefornemmelse, øget sensibilitet og ødem af hånden. Det har de sidste dage ikke været muligt at træne sensibiliteten ved brug af børste. Omfang om kno leddene højre: 17,5, venstre: 18,5. Der er tiltagende 'klik' svarende til ulnarett i håndleddet ved bevægelse. Der er generelt stivhed svarende til rotation af underarmen, håndled og de 5. fingre (1 +2. finger er der bedre funktion end i 3.-5.)"

Det fremgår bl.a. af journal fra hospitalets ergoterapeut af 15/8 2025:

## "Lægens notat

Beskrivelse: 25.10.24: Fraktur basis af højre metacarp  
feb. 2025: CRPS

Patienten har været på en lang ferie. Det har været godt at være væk fra dagligdagen, men det har også været en anderledes ferie end hun plejer at være på, da hun ikke har kunne deltage som hun plejer. Patienten fortæller at det har været godt for hende at være i vandet, dog har hun på varme dage oplevet at temperaturforskellene har forstærket hendes symptomer. Hun har haft dage hvor det har været meget smertefuldt for hende og har under ferien været i kontakt med [overlæge 2] ang. behandling.

Patienten fortæller at det er svært at finde ud af hvordan hun træner bedst, da hånden hurtigt hæver op og der er øget smerter. Hun bruger pincet grebet til få meget lette daglige aktiviteter, men bruger mest den anden hånd til de fleste ting. Hun har stor gavn af isotoner handsken om natten og på gåture. Oplever at det klikker mere i håndleddet og der er konstant smerter i dette led, som beskrives som en anden type smerte end den der er i resten af hånden.

Der er fortsat farve forskel og ødem af hele hånden men der er en linje over proximale falanx hvor fingrene distalt for denne er mere hævet og blege.

## Plan:

Beskrivelse: Patienten tager kontakt til [overlæge 2]. Der bookes en tid om ca. 2 uger til opfølgning samt afprøvning af at smørre en bolle eller lave kaffe.

**Aktivitetstræning af fysisk funktion:**

Beskrivelse: Vi aftaler at flytte fokus fra øvelser til daglige aktiviteter.

Afprøver om patienten kan holde omkring en kniv med vinkletskaft (brødkniv, da den vejer mindst). Dette er muligt hvis der er viklet to skumklude rundt om skaftet, så kan 3. finger også nå med ind på kniven. Aftaler at patienten starter med en blød frugt f.eks. en banan. Starter med at holde kniven og se om hun kan skære noget igennem bananen. Dette ses som en daglig træning. Patienten fortsætter med at forsøge at samle små genstande op med pincetgrebet.

**Ødembehandling og ødemprofylakse:**

Beskrivelse: Får en ny isotonerhandske str. L, da den gamle er slidt op. Denne bruge om natten og på gåture, men ikke hele dagen.

**Generelle pædagogiske interventioner:**

Beskrivelse: Patienten opfordres til at fortsætte med at bruge og inddrage hånden så meget som muligt. Opfordret til at tage kontakt til overlæge [overlæge 2]."

Det fremgår bl.a. af selskabets samtykkeerklæring af 31/10 2025:

"Jeg giver hermed samtykke til, at Codan – en del af Alm. Brand Forsikring A/S (Codan), i forbindelse med behandlingen af min ulykkesforsikringssag vedrørende personskade pådraget ved ulykkestilfælde den 25. oktober 2024, må indhente oplysninger om min police- og skadeshistorik hos mine nuværende og tidligere forsikringsselskaber med henblik på at verificere de oplysninger, som jeg har afgivet i forbindelse med indtegnning af mine forsikringer hos Codan.

Jeg er opmærksom på, at samtykket gælder i et år, og at samtykket til enhver tid kan tilbagekaldes med fremadrettet virkning ved at skrive til e-mailadressen: ...

Jeg er opmærksom på, at et manglende samtykke har indflydelse på behandlingen af sagen, da sagsbehandlingen er sat i bero frem til det tidspunkt, hvor Codan har modtaget ovenstående oplysninger om mine forsikringsforhold.

Jeg kan læse mere om, hvordan Codan behandler mine personoplysninger inde på Codans hjemmeside i Codans privatlivspolitik ([www.codan.dk/privatlivspolitik/](http://www.codan.dk/privatlivspolitik/))."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

**"Invaliditet ved ulykke**

For Invaliditet ved ulykke gælder følgende betingelser og Fællesbestemmelser.

**1 Vi dækker**

Vi udbetaler erstatning, hvis du i forsikringstiden er udsat for et ulykkestilfælde, som er direkte årsag til, at du får et fysisk varigt men\*.

Det fremgår af din police, om vi udbetaler erstatning for varigt men fra 5, 8, 10 eller 11 %.

Forsikringen dækker også et psykisk varigt men efter et ulykkestilfælde, hvis du har været udsat for fysisk personskade eller direkte fare for fysisk personskade.

## 2 Vi dækker ikke

Forsikringen dækker ikke følgende tilfælde og men:

- Ulykkestilfælde, der skyldes sygdom.
- Varigt mén, der skyldes enhver sygdom, forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, uanset om den har givet symptomer før ulykken eller ej.
- Varigt mén, der skyldes følger af åreforkalkning, blodpropper, årebetændelse og blødninger i hjernen.
- Varigt mén, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde.
- Varigt mén, som udelukkende er en forværring af en forudbestående lidelse.

## 3 Fastsættelse af erstatning

...

### 3.1 Tidspunkt for fastsættelse af erstatning

Vi fastsætter erstatningen, når de endelige følger efter ulykkestilfældet kan bestemmes, dog senest 3 år efter ulykkestilfældet."

## Nævnet udtaler:

Klageren fik ulykkesforsikring pr. 1/10 2024. Den 25/10 2024 anmeldte klageren, at hun var kommet til skade med højre hånd og ansigtet ved et fald. Selskabet anerkendte ulykkestilfældet og betalte strakserstatning på 12.000 kr. for håndledsbruddet. Den 12/3 2025 tilkendte selskabet a conto-erstatning på 65.721 kr. svarende til en méngrad på 5 %. Selskabet oplyste, at det samlede varige mén ville blive vurderet, når tilstanden var stationær. Den 14/3 2025 anerkendte selskabet dækning af tandskader. Selskabet overdrog efterfølgende sagen til en skadeinspektør for nærmere undersøgelse, og det blev vurderet, at der var grundlag for at foretage en kontrol af indtegningsoplysningerne. Selskabet bad klageren om at give samtykke til, at oplysninger fra tidligere forsikringselskaber kunne indhentes. Klageren har ikke ønsket at underskrive yderligere samtykkeerklæring.

Klageren ønsker genoptagelse af ulykkessagen, herunder tandbetalingen, indhentelse af speciallægeerklæring og betaling af yderligere erstatning for varigt mén, da der skal foretages en samlet vurdering af generne. Klageren ønsker ophævelse af selskabets krav om samtykke til indhentelse af oplysninger om tidligere forsikringsforhold, da dette ikke er relevant for behandlingen af ulykkessagen. Klageren ønsker, at selskabet pålægges at betale godtgørelse for den

periode, hvor sagen har været uretmæssigt blokeret, og compensation for den skade selskabets praksis har påført hende.

Klageren har anført, at selskabet ikke har forholdt sig til den lægelige dokumentation i sagen, og at sagsbehandling har været mangelfuld. Klageren har anført, at "sagen nu er fuldt oplyst og dokumenteret, herunder med nye oplysninger om stationær tilstand. Det må forventes af Codan, at sagen nu afsluttes med en samlet og retvisende afgørelse frem for yderligere forsinkelser og krav om irrelevante samtykker". Klageren har anført, at tidligere skader ikke har betydning for følgerne efter ulykkestilfældet den 25/10 2024. Klageren har anført, at "et selskab ikke må suspendere en skadebehandling alene på baggrund af, at kunden ønsker gennemsigtighed og en retfærdig vurdering". Klageren har anført, at selskabet i strid med reglerne om god skik har bedt om samtykke til indhentelse af oplysninger om tidligere forsikringsforhold, og at "det fremsendte samtykkekrav giver Codan adgang til at indhente oplysninger om samtlige mine tidligere og nuværende forsikringsforhold – også oplysninger uden relevans for ulykken. Samtykket er uden tidsmæssig eller indholdsmæssig begrænsning og giver tillige mulighed for videregivelse til tredjeparter, herunder lande uden for EU". Klageren har anført, at "et forsikrings-selskab ikke lovligt kan stille krav om bredt samtykke til uvedkommende oplysninger som betingelse for at behandle en aktiv og anerkendt ulykkessag".

Klageren har oplyst, at selskabet har "meddelt væsentlige præmieforhøjelser på flere af mine forsikringer – herunder en fordobling af præmien på min hundeforsikring, en tilsvarende fordobling af min ulykkesforsikring og en markant forhøjelse af min skadefrie bilforsikring. Dette er ude af proportion med skadehistorikken og kan ikke forklares som almindelige præmiejusteringer. Den tidsmæssige sammenhæng – kort efter at jeg har afvist at underskrive det brede, ubegrænsede samtykke – understøtter indtrykket af, at præmieforhøjelsen fungerer som et presmiddel i den verserende ulykkessag. Jeg anfører dette ikke for at anmode Ankenævnet om at tage stilling til selve præmieniveauet, men fordi timingen og begrundelsen viser et mønster af pres og usaglig behandling i forbindelse med ulykkessagen".

Selskabet har anført, at klageren på nuværende tidspunkt ikke er berettiget til yderligere a conto-erstatning, og at selskabet afventer, at klagerens gener manifesterer sig i en sådan grad, at det endelige varige mén kan vurderes. Selskabet har anført, at mange faktorer har indflydelse på fastsættelsen af det varige mén, herunder årsagssammenhæng og forudbestående forhold, og at klagerens adfærd taler for, at yderligere udbetaling afventer sædvanlig speciallægeundersøgelse mv., så det sikres, at der ikke udbetales på baggrund af et øjebliksbillede fra klageren og dennes behandler. Selskabet har anført, at selskabet er berettiget til at sætte sagsbehandlingen i bero frem til, at klageren har underskrevet samtykke til verificering af oplysningerne afgivet i forbindelse med indtegningen. Selskabet har anført, at de afgivne oplysninger ved indtegningen har betydning for hele grundlaget for forsikringsaftalen, herunder ulykkesforsikringen. Selskabet har anført, at det nuværende ophold i sagsbehandlingen er begrundet i, at den endelige ménvurdering afventes, og at klageren ikke vil underskrive samtykket. Selskabet har afvist, at der er en sammenhæng mellem nærværende klagesag og klagerens præmiestigninger.

Nævnets sekretariat har forespurgt, om selskabet er indforstået med at udarbejde en ny, mere afgrænset samtykkeerklæring til klageren.

Selskabet har oplyst, at de anførte betragtninger om samtykkets vide omfang kan tilsluttes. Selskabet har fremlagt en ny samtykkeerklæring til klagerens underskrift, som er afgrænset til formålet i den konkrete sag. Selskabet har oplyst, at "det samtykke, som klageren underskrev i forbindelse med indtegningen, ikke længere var gyldigt/var tilbagekaldt, da selskabet ønskede at indhente oplysninger fra tidligere selskaber primo 2025. Derfor bad selskabet klageren om at underskrive et nyt samtykke".

Klageren har anført, at "jeg allerede har givet de samtykker, jeg som forsikringstager er forpligtet til – både ved indtegnings og i forbindelse med den anerkendte ulykkessag. Jeg kan derfor ikke underskrive yderligere samtykker. Det samtykke, som Codan nu har fremsendt, adskiller sig i øvrigt ikke væsentligt fra det tidligere, som Ankenævnet allerede har taget stilling til. Et sam-

tykke af denne karakter er ikke nødvendigt for at kunne behandle min ulykkessag. Jeg anmoder derfor Ankenævnet om at træffe afgørelse i sagen på det foreliggende grundlag."

Det fremgår af selskabets samtykkeerklæring af 31/10 2025, at "jeg giver hermed samtykke til, at Codan – en del af Alm. Brand Forsikring A/S (Codan), i forbindelse med behandlingen af min ulykkesforsikringssag vedrørende personskade pådraget ved ulykkestilfælde den 25. oktober 2024, må indhente oplysninger om min police- og skadeshistorik hos mine nuværende og tidligere forsikringsselskaber med henblik på at verificere de oplysninger, som jeg har afgivet i forbindelse med indtegning af mine forsikringer hos Codan. Jeg er opmærksom på, at samtykket gælder i et år, og at samtykket til enhver tid kan tilbagekaldes med fremadrettet virkning ved at skrive til e-mailadressen: ... Jeg er opmærksom på, at et manglende samtykke har indflydelse på behandlingen af sagen, da sagsbehandlingen er sat i bero frem til det tidspunkt, hvor Codan har modtaget ovenstående oplysninger om mine forsikringsforhold. Jeg kan læse mere om, hvordan Codan behandler mine personoplysninger inde på Codans hjemmeside i Codans privatlivspolitik ([www.codan.dk/privatlivspolitik/](http://www.codan.dk/privatlivspolitik/))".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet er berettiget til at undersøge, om klageren har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med indtegningen, og at selskabet i den forbindelse kan bede klageren om at underskrive den i oktober 2025 fremsendte samtykkeerklæring. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har sat ulykkessagen i bero. Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets sagsbehandling, og at selskabet ikke har pådraget sig et ansvar på erstatningsretligt grundlag.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at oplysninger afgivet i forbindelse med indgåelsen af en forsikringsaftale kan have betydning for, om selskabet er bundet af forsikringsaftalen, jf. forsikringsaftalelovens §§ 4-7, og at selskabet i forbindelse med en sådan undersøgelse har brug for klagerens samtykke til indhentelse af oplysninger om tidligere forsikringsforhold.

Nævnet har videre lagt vægt på, at selskabet efter GDPR-reglerne kun må indhente oplysninger om klagerens police- og skadeshistorik hos klagerens nuværende og tidligere forsikringsselskaber, hvis selskabet har fornøden hjemmel hertil, hvilket som udgangspunkt forudsætter, at klageren giver samtykke til at selskabet kan indhente de pågældende oplysninger.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at klageren ikke har godtgjort, at selskabet allerede er i besiddelse af et brugbart/gyldigt samtykke til indhentning af de pågældende oplysninger, ligesom klageren ikke har godtgjort, at selskabets samtykkeerklæring af 31/10 2025 ikke opfylder reglerne til samtykke, som beskrevet i GDPR-reglerne, herunder databeskyttelsesforordningen.

Nævnet bemærker i den forbindelse, at Datatilsynet er rette myndighed i forhold til at afgøre, om selskabet måtte have overtrådt offentligretlige regler på databeskyttelsesområdet.

Nævnet bemærker, at klageren – ved ikke at underskrive samtykkeerklæring – har forhindret selskabet i at foretage den nærmere undersøgelse af indtegningsforholdene.

Nævnet finder på baggrund af ovenstående, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet på nuværende tidspunkt alene har betalt a conto erstatning svarende til en méngrad på 5 %.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

---

Klageren får ikke medhold.

# Ankenævnet *for* Forsikring

34.

103476

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Hans-Jørgen Nymark Beck', written in a cursive style.

Hans-Jørgen Nymark Beck