Ankenævnet for Forsikring

903/12

Den 14. november 2012 blev i sag nr. 82.135:

xxxx xxxxxxx xxxxxx
xxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring i Tryg Forsikring A/S. Han klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning for hans advokatomkostninger i forbindelse med anmeldelsen af et ulykkestilfælde.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at sagen ikke har nødvendiggjort advokatbistand.

I brev af 27/2 2012 til nævnet fra klagerens advokat hedder det bl.a.:

> "Tryg Forsikringen har afvist at betale advokathonorar under henvisning til, at min klient kunne have haft rettet henvendelse til Forsikringen med sin klage over afgørelsen vedrørende méngradens størrelse, hvorefter Forsikringen vil have henvist til klagemulighederne i form af Arbejdsskadestyrelsen eller Ankenævnet. På denne baggrund har selskabet vurderet, at der ikke kan ydes advokatomkostninger, idet disse klagemuligheder ikke kræver advokatbistand.
>
> Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 32, stk.3, at den sikrede i forbindelse med opgørelse af krav mod selskabet kan kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet.
>
> Der findes en righoldig ankenævnspraksis. I overvejelserne indgår om forsikringsselskabet ved sin handlemåde har givet anledning til, at den sikrede har søgt advokatbistand, herunder om selskabet har forsømt at give klagevejledning, da det fastholdt sit afslag over for den forsikrede. Er der givet klagevejledning og har forsikrede anvendt advokat i stedet for at indbringe sagen for ankenævnet, godtgøres udgifter ikke.

2. 82.135

Forsikringsselskaberne skal i fornødent omfang gøre sikrede/skadelidte opmærksom på muligheden for at få erstattet udgifterne til advokatbistand. Afhængig af den konkrete situation må det antages at følge af god forsikringsskik mv., at der skal gives en sådan vejledning.

Tryg A/S har forsømt at give min klient en klagevejledning og har derved handlet på en sådan måde, som har medført at min klient har anset sig for nødsaget at søge advokatbistand for at få den rette vurdering af sin sag.

Det skal bemærkes, at selskabet indledningsvis anførte, at min klients mén var under 5 %, og sagen først efter min indtræden og forelæggelse for Arbejdsskadestyrelsen resulterede i, at min klient fik tilkendt en méngrad på 8 %.

På den baggrund mener jeg, at selskabets afgørelse ikke er berettiget og at det har været helt nødvendigt og afgørende for min klient at søge advokatbistand til at få den rigtige vurdering af sagen."

Dertil har selskabet i brev af 29/6 2012 til nævnet bl.a. bemærket:

"**Kort sagsfremstilling**
Det fremgår, at ulykkesskaden blev anmeldt til os ultimo januar 2008. Vi anerkendte skaden primo februar 2008.

Primo 2009 modtog vi lægelige akter, som blev forelagt for vores lægekonsulent. Herefter meddelte vi den 19. maj 2009 til kunden, at mengraden efter ulykken var mindre end 5%.

Efter en telefonsamtale med kundens mor den 15. juni 2009 blev sagen blev afsluttet. I forbindelse med denne samtale noterede vi følgende:
'mor ringet - det er en praktikant hos lægen der har udfyldt erklæringen. De mener generne er meget større. Bedt ham kontakte egen læge og såfremt der er graverende fejl på attesten, så må lægen selvfølgelig korrigere oplysningerne, og så må vi have tilsendt erklæringen igen'. Vi hørte dog ikke mere til sagen, og modtog ikke nye oplysninger fra kundens egen læge.

I februar 2010 blev vi kontaktet af kundens advokat, der lige som kunden mente, at kundens egen læge ikke havde givet de korrekte oplysninger.

I april 2010 talte vi med kunden, som oplyste, at han ville fremsende en ny funktionsattest.

Efter at have modtaget nye lægelige oplysninger, gennemgik vi sagen, og meddelte den 21. oktober 2010, at mengraden stadig var mindre end 5%.

I december 2010 modtog vi en orientering om, at et andet forsikringsselskab havde vurderet mengraden til 5%.

Vi tilbød … den 18. december at betale for at sagen blev forelagt for Arbejdsskadestyrelsen.

Arbejdsskadestyrelsens afgørelse forelå den 10. november 2011, og vi udbetalte ved brev af 14. december 2011 erstatning i sagen. Vi har i øvrigt efterfølgende betalt renter efter forsikringsaftalelovens § 24 fra den 30. oktober 2010.

Mine kommentarer

3. 82.135

Efter at have gennemgået sagen må jeg fastholde, at vores sagsbehandling ikke har nødvendiggjort advokatbistand.

Jeg henviser i den forbindelse bl.a. til at vi allerede i juni 2009, da kunden anførte, at egen læge ikke havde gengivet korrekte helbredsoplysninger i sin lægeerklæring, henviste kunden til, at man kunne få egen læge til at komme med en ny erklæring.

Jeg henviser også til, at vi, da andet selskab havde truffet afgørelse om mengraden, umiddelbart efter tilbød at betale for, at sagen blev forelagt Arbejdsskadestyrelsen. Som det fremgår af vores brev af 30. december 2011 vælger vi at betale gebyr til Arbejdsskadestyrelsen, i de sager, hvor andet selskab har fastsat en højere mengrad end os.

Vores kunde kunne selv uden advokatbistand have kontaktet os og givet oplysningerne, hvilket ville have givet samme resultat.

Jeg fastholder derfor vores afgørelse.

Kundens advokat har henvist til forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3. I den forbindelse skal jeg alene bemærke, at der ikke med lovbestemmelsen er tiltænkt nogen ændring af praksis, hvorfor betaling af advokatbistand, stadig beror på, om selskabets sagsbehandling har nødvendiggjort dette. Jeg henviser til kendelserne 76.792 og 77.276.

Der henvises også til, at vi ikke har givet klagevejledning, og at Arbejdsskadestyrelsen ændrede vurderingen af mengraden til gunst for vores kunde.

Hertil skal jeg anføre, at vi ikke i 2009 havde anledning til at yde klagevejledning, idet kunden selv var af den opfattelse, at det lægelige grundlag ikke var tilstrækkeligt, og hvorfor vi afventede, at kunden vendte tilbage. Da vi efterfølgende hørte til sagen, havde kunden allerede antaget advokatbistand. Endelig kan det bemærkes at fx muligheden for at klage til Ankenævnet for Forsikring fremgår af forsikringsbetingelserne. Jeg henviser til forsikringsbetingelserne. Jeg henviser i den forbindelse til fx kendelser nr. 42.766 og 49.432.

Vedr. Arbejdsskadestyrelsens afgørelse skal jeg anføre, at vi umiddelbart efter at have modtaget orientering fra kunden om det andet selskabs afgørelse, tilbød at betale for, at sagen blev vurderet i Arbejdsskadestyrelsen.

Jeg er i øvrigt helt enig med kundens advokat i, at der er righoldig ankenævnspraksis på området. Og jeg vil da også bestemt mene, at vores afgørelse i denne sag er helt i overensstemmelse med denne praksis.

Herefter skal jeg fastholde vores afgørelse i sagen."

Det fremgår af sagen, at Forsikrings-Aktieselskabet Alka ved brev af 17/11 2010 til klageren meddelte, at hans méngrad var vurderet til 5 %. Ved brev af 29/11 2010 har klagerens advokat fremsendt kopi af brevet fra Forsikrings-Aktieselskabet Alka til det indklagede selskab. Af brevet til det indklagede selskab fremgår bl.a.:

"Jeg skal hermed vende tilbage i ovennævnte sag med kopi af skrivelse af 17. november 2010 fra Alka Forsikring, og jeg skal herefter venligst anmode selskabet om at acceptere Al-

ka's vurdering, eller alternativt sende sagen til Arbejdsskadestyrelsen for en vurdering af sagen på selskabets regning."

Heroverfor har selskabet i brev af 18/12 2010 til klagerens advokat bl.a. oplyst:

"Vi har modtaget dit brev af 8. december 2010, vedlagt afgørelse fra Alka. Sagen er derfor blevet vurderet af vores lægekonsulent igen.

På baggrund af oplysningerne i sagen, må vi fastholde vores tidligere afgørelse, men vi foreslår, at det varige mén bliver vurderet i Arbejdsskadestyrelsen.

Arbejdsskadestyrelsens honorar er 4.900 kr., som Tryg forsikring har valgt at betale."

Det fremgår endvidere af sagen, at selskabet ved brev af 14/12 2011 til klagerens advokat oplyste, at det ville udbetale ménerstatning med renter beregnet fra den 7/11 2011. Klagerens advokat krævede ved brev af 22/12 2011 bl.a., at selskabet skulle udbetale renter af erstatningsbeløbet fra det tidspunkt, hvor selskabet indhentede en ny statusattest. Ved brev af 30/12 2012 anerkendte selskabet at betale renter fra 30/10 2010.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"26. Klagemulighed
26.1
Er du ikke enig i Trygs afgørelse, så kontakt den afdeling, der har behandlet din forsikringssag.

Hvis du efter din henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du kontakte Kvalitetsafdelingen, som er Trygs klageansvarlige afdeling.

Adressen er:
Tryg
…
Fører henvendelsen til Kvalitetsafdelingen ikke til et tilfredsstillende resultat, kan du klage til:
Ankenævnet for Forsikring
…
27. Uenighed om méngradens størrelse
Er du ikke enig i den af Tryg fastsatte méngrad, kan du forlange spørgsmålet om méngradens størrelse forelagt Arbejdsskadestyrelsen. Tryg kan også vælge at forelægge sagen for Arbejdsskadestyrelsen.

Den af parterne, der ønsker sagen forelagt Arbejdsskadestyrelsen, betaler de omkostninger, der er forbundet med forelæggelsen, herunder udgifter til yderligere lægeerklæringer.

Ændrer Arbejdsskadestyrelsen den af Tryg fastsatte méngrad til fordel for dig, betales omkostningerne altid af Tryg."

5. 82.135

Nævnet udtaler:
Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at klageren kan få sagen afgjort i Arbejdsskadestyrelsen. Det indklagede selskab har forelagt spørgsmålet om méngraden for Arbejdsskadestyrelsen og har herefter udbetalt ménerstatning med renter.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabets sagsbehandling ikke har nødvendiggjort advokatbistand. Nævnet finder derfor ikke at kunne kritisere, at selskabet har afvist at dække klagerens advokatomkostninger. Nævnet bemærker dog, at det af forsikringsbetingelserne bør fremgå, at klager over méngrader kan ske til Ankenævnet for Forsikring.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Henning Jønsson