Ankenævnet for Forsikring

902/12

Den 24. oktober 2012 blev i sag nr. 82.625:

xxxxx xxxxxxxx
xxx xxxx
xxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har tegnet heltidsulykkesforsikring i Tryg Forsikring A/S. Han klager over, at selskabet ikke har reageret på hans anmeldelse af et ulykkestilfælde og hans efterfølgende henvendelse. Han har over for nævnet fremsat krav om, at selskabet skal dække hans udgifter til fysioterapibehandling samt udbetale godtgørelse for varigt mén.

Selskabet gør gældende, at der er tale om en arbejdsskade, og at behandlingsudgifterne derfor skal betales af arbejdsskadeforsikringen og ikke af det indklagede selskab, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 10.2. For så vidt angår godtgørelse for varigt mén, har selskabet anmodet klageren om at vende tilbage, når Arbejdsskadestyrelsens vurdering foreligger.

Klageren, der er født i 1966, blev som fører af en postcykel påkørt af en lastbil i sin arbejdstid den 30/7 2010. Han pådrog sig herved personskade i form af bl.a. masning af højre lårmuskel. Efter det oplyste blev skaden anmeldt til arbejdsskadeforsikringen.

Af klageskemaet, der er underskrevet af klageren den 23/5 2012, fremgår bl.a.:

> "1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …
> 22. marts anmeldes skade til min ulykkesforsikring (med detaljer). 27. april rykkede jeg for svar, og klagede over manglende svar og bad om fysioterapi dækning. I dag 23. maj 2012 har jeg fortsat intet svar. Forsikringsoplysningen har 22. maj oplyst at jeg skal klage til jer, om

end det ikke drejer sig om en afgørelse. Min klage består i, at jeg ikke har nogen henvendelse fra Tryg på trods af klage 27. april, som indeholdt krav om (vedlagt) dækning af fysioterapi. Hvad skal man med en forsikring, der intet foretager sig, og blot modtager præmiebetalinger?

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
- Betaling af fysioterapiregninger (11 udestående pt.)
- Stillingstagen til mén."

Heroverfor har selskabet i brev af 1/7 2012 til nævnet anført:

"Der er tale om ulykkesforsikring, hvor vi den 23. marts 2012 har modtaget en anmeldelse af et ulykkestilfælde sket den 30. juli 2010.

Sagsfremstilling
Vores kunde har indsendt skadeanmeldelse, som vi modtog på mail den 23. marts 2012.

På grund af stor travlhed på kontoret fik vi ikke behandlet den indsendte anmeldelse.

Den 30. april 2012 modtog vi endnu en henvendelse fra kunden, i form at et brev dateret den 27. april 2012, vedlagt fysioterapiregninger. Det fremgår af kundens brev, at kunden stod uforstående overfor ikke at have hørt fra os.

Den 19. maj 2012 behandlede vi sagen og der blev fremsendes et anerkendelses brev til kunden. Af brevet fremgår det at behandlingsudgifterne skal dækkes af arbejdsskadeforsikringen.

Da der er tale om en arbejdsskade, dækker forsikringen ikke behandlingsudgifter, disse udgifter skal kunden have dækket af arbejdsskadesforsikringen. Dette jævnfør forsikringsbetingelserne punkt 10.2. forsikringen dækker ikke udgifter, der kan betales ad anden vej, fx den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring.

De indsendte regninger skal derfor betales af den arbejdsskadeforsikring som kunden er omfattet af.

Såfremt skaden var sket i fritiden, ville behandlingsudgifter til fysioterapi- eller kiropraktorbehandlinger, være dækket i op til 12 måneder efter at skaden er sket.

Vi beklager vores lange sagsbehandlingstid."

Af det omtalte og vedlagte brev af 19/5 2012 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"**Ulykken er dækket**

Vi har modtaget din anmeldelse af ulykken den 30. juli 2010, hvor du kom til skade med højre lår, hofte og lænd.

Arbejdsskade
Du har oplyst i anmeldelsen, at skaden er sket i din arbejdstid. Skaden skal derfor anmeldes til din arbejdsgivers arbejdsskadeforsikring. Skaden vil så blive behandlet af Arbejdsskade-

styrelsen. Når sagen er anmeldt til arbejdsskadeforsikringen, skal du kontakte os om selskab og skadenummer.

Når Arbejdsskadestyrelsen har vurderet et eventuelt men, beder vi dig sende os en kopi af afgørelsen inklusiv begrundelsen og evt. lægeligt materiale.
Vi gør opmærksom på, at det er en betingelse for erstatning, at generne ud fra en lægelig vurdering er opstået som følge af uheldet, og ikke skyldes andre forhold, herunder forudbestående gener.

Evt. krav om dækning af behandlingsudgifter skal også rettes mod arbejdsskadeforsikringen.

Du kan søge om á conto erstatning
Hvis du har et men efter skaden, kan du søge om en å conto erstatning. For at vi kan vurdere, om der kan udbetales å conto erstatning, skal vi have journaloplysninger fra din egen læge eller fra hospitalet, hvor det fremgår, at skaden er varig."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**7. Invaliditetsdækning**
…
7.1. Hvis et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen, bevirker, at den forsikrede bliver varigt invalideret, betales en erstatning med udgangspunkt i forsikringssummens størrelse på ulykkestidspunktet.

7.2. Invaliditetens omfang, også kaldet méngraden, afgør erstatningens størrelse. Erstatningen udgør en procentdel af forsikringssummen svarende til den fastsatte méngrad. Udbetalingen sker som et engangsbeløb.

7.3. Méngraden fastsættes, når de endelige følger efter ulykkestilfældet kan bestemmes. Af policen fremgår det, om forsikringen giver ret til udbetaling af erstatning ved en méngrad på mindst 5 % eller mindst 8 %. Méngraden kan højst være 100 % pr. ulykke.
…
10. Behandlingsudgifter
…
10.1. I forbindelse med dækningsberettiget ulykkestilfælde jf. afsnit 2, dækker forsikringen udgifter til behandling hos fysioterapeut og kiropraktor.

Udgifterne er dækket indtil méngraden er fastsat, dog maksimalt i 12 måneder regnet fra skadedatoen.

Det dækker forsikringen ikke
10.2. Udgifter, der kan betales ad anden vej, fx den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring."

4. 82.625

Nævnet udtaler:
Nævnet finder det kritisabelt, at selskabet ikke har besvaret klagerens henvendelser inden rimelig tid, hvilket selskabet da også har beklaget.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet som ubestridt at kunne lægge til grund, at der er tale om en arbejdsskade. Det må derfor antages, at behandlingsudgifterne dækkes af arbejdsskadeforsikringen. På den baggrund kan nævnet ikke pålægge selskabet at dække klagerens udgifter til behandling hos fysioterapeut, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 10.2.

Nævnet kan ikke kritisere, at selskabet afventer Arbejdsskadestyrelsens vurdering af méngraden, inden der tages stilling til en eventuel godtgørelse for varigt mén.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand

udskriften bekræftes

Henning Jønsson