936/14

Den 31. marts 2014 blev i sag nr. 84.963:

xxxxx xxxxxx
xxxxxx xx
xxxx xxxxx

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft ulykkesforsikring i Tryg Forsikring A/S. Han klager over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for et anmeldt ulykkestilfælde den 21/2 2007.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til bl.a., at klagerens eventuelle krav på méngodtgørelse i anledning af det anmeldte ulykkestilfælde er forældet, at det ikke er godtgjort, at der er sket et ulykkestilfælde, samt at klagerens gener i det væsentlige er opstået ved et ulykkestilfælde den 3/12 2006, der dannede baggrund for nævnets kendelse i sag 83.282.

I sin klage til nævnet har klageren bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**
Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag

Straks smerte ned i højre ben, under snerydning, grundet pludselige knækket kosteskaft.
(diskusprolaps opstår ofte i forbindelse med skader eller pludselige bevægelser, og nerveskader mærkes oftest som sviende, brændende, brusende, strammende, sovende, jagende, dybe og borende, kulde/varme) præcis samme symptomer som en blodprop.
Efter 2. dage er smerterne ned i højre ben, uudholdelige og jeg søger lægevagten, som mener, at symptomerne ligner en blodprop så de henviser mig til … Sygehus som 'kun' undersøger mig for dette, da det er en henvisning gennem lægevagten. Smerterne tiltager gennem de næste dage og den 12. marts 2007 opsøger jeg den overlæge som hofteopererede mig i september året før, for at høre om smerterne kunne henføres til operationen. Overlægen bad mig omgående komme til skadestuen, så jeg kunne blive røntgenfotograferet for at sikre sig

at protesen sad rigtigt, 'det gjorde den'. Overlægen sætter undersøgelser i gang, først neurofysiologisk afd. for at se, om der skulle være beskadiget nerver 'og det var der' i ryggen. Overlægen foranlediger en scanning og denne viser en diskusprolaps i lænderyggen, som trykker på nerverne og giver dermed den store udstråling ned i højre ben.
Så jeg forstår ikke, at man fra Tryg's side kan sige, at der ikke er lægelig dokumentation for sagen. Det skyldes sikkert at jeg i mellemtiden har opsat mine forsikringer hos Tryg.
Jeg er kommet til skade, hvilket er klart for enhver, og det skyldes en ulykke med en pludselig udefra kommende hændelse/bevægelse.

1. Sker
2. opsøger lægevagten
3. indlæggelse på … Sygehus
4. skadestuen på … Hospital
5. neurofysiologisk afd. …
6. scanning på … Hospital
7. konstatering af skaden "diskusprolaps i lænderyggen" som giver den store smerteudstråling ned i højre ben.

Jeg forstår simpelthen ikke Tryg!!!

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Tryg skal seriøst lægeligt behandle min anmeldelse og derefter udbetale den méngrad der svarer til, at jeg i dag er medicinsk invalideret efter at have været igennem 4 operationer samt en re-operation."

Ved brev af 2/10 2013 til nævnet har selskabet hertil bl.a. bemærket:

"Kunden har anmeldt en episode den 21. februar 2007, hvor han skulle være kommet til skade med ryggen. Vi har afvist sagen, og denne afgørelse er kunden uenig i.

Tidligere anmeldt under skadedato den 3. december 2006 — kendelse nr. 83.282
Kunden har tidligere anmeldt en ulykkesskade til os. Her gjorde kunden, og dennes tidligere advokat, gældende, at et ulykkestilfælde den 3. december 2006 var årsag til kundens ryggener mv.

Imidlertid var der uenighed mellem os og kunden omkring årsagssammenhæng og méngradens størrelse, og sagen blev derfor indbragt for Ankenævnet for Forsikring. Ankenævnet afsagde kendelse den 15. april 2013 i sag nr. 83.282.

Omkring denne sag kan det ganske kort anføres, at skaden skete den 3. december 2006, og blev anmeldt til os den 15. juni 2007.

Ankenævnet kunne ikke afgøre sagen, men har henvist den til domstolene, hvor der kan ske en bevisførelse, herunder indhentes en udtalelse fra Retslægerådet.

Det fremgår endvidere, at vores kunde bl.a.:

- blev opereret i lænderyggen den 3. oktober 2007
- blev reopereret den 13. maj 2008
- den 15. august 2008 blev undersøgt af en speciallæge i ortopædkirurgi
- har modtaget en ménerstatning på 12 % fra to andre forsikringsselskaber i løbet af 2009
- har modtaget Arbejdsskadestyrelsens udtalelse af 9. maj 2011, hvor Arbejdsskadestyrelsen vurderede méngraden efter ulykken den 3. december 2006 til mindre end 5 %

- var repræsenteret af advokat i juni 2011, idet advokaten korresponderede med Arbejdsskadestyrelsen
- har modtaget Arbejdsskadestyrelsens udtalelse 15. september 2011
- indbragte denne sag for Ankenævnet for Forsikring (AK nr. 83.282) den 24. september 2012
- modtog kendelse afsagt den 15. april 2013

Aktuelle sag, hvor der anføres en ny skadedato 21. februar 2007
Efter at have modtaget kendelsen af 15. april 20, anmeldte vores kunde den 25. april 2013 til os, at han havde været udsat for et ulykkestilfælde under skovling af sne den 21. februar 2007. Det blev bl.a. oplyst, at skaden skete "pludseligt grundet knækket kosteskaft".

I kundens brev af 6. maj 2013 til os hedder det bl.a.:

> 'Denne anmeldelse er en del af en anden anmeldelse af et uheld som jeg var ude for den 3. december 2006, hvor jeg var så uheldig at komme til skade, da jeg træder på et brønddæksel som desværre drejer rundt og jeg falder halvt ned i brønden og får et kraftigt vrid i ryggen. Denne sag har været til vurdering i Arbejdsskadestyrelsen, som har vurderet at der ikke er årsagssammenhæng mellem uheldet og skaden.
> Dette har selvfølgelig gjort, at jeg har været nødsaget til at vurdere og evaluere alle hændelser som kan have haft indflydelse på årsagssammenhænget mellem en hændelse og skaden som jeg har fået.
> Derfor har jeg nu anmeldt skaden fra den 21. februar 2007, hvor jeg får et smæld/jag, straks smerte, ned i højre underben i forbindelse med snerydning, hvor jeg nærmest står på hovedet da kosteskaftet pludselig knækker.
> Jeg har på intet tidspunkt tillagt denne hændelse nogen værdi, og jeg har heller ikke lagt den til vurdering, da jeg i forvejen havde smerter i ryg og højre underben, men jeg ser nu årsagssammenhænget mellem denne hændelse, tidspunktet og skaden.
> Det var jo rent faktisk, også umiddelbart herefter, at smerterne tiltog i styrke.'

Vi gjorde kunden opmærksom på, at sagen kunne være forældet.

Efter at have behandlet sagen, meddelte vi kunden, at det ikke var godtgjort, at han havde været udsat for et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Sagen er indbragt for Ankenævnet for Forsikring, og efter at have modtaget klagen, har vi gennemgået sagen på ny.

Et evt. krav er forældet, jf. forsikringsaftalelovens § 29
Den omhandlede episode skulle være indtruffet den 21. februar 2007, anmeldt til os ultimo april 2013, og først indbragt for Ankenævnet for Forsikring den 27. august 2013.

Jeg har forstået, at de ryggener mv., som kunden ønsker erstatning for, er de samme, som der er behandlet i den tidligere ankenævnssag, nr. 83.282. Det fremgår bl.a. af denne sag, at kunden i 2009 modtog ménerstatning fra to andre forsikringsselskaber for de omhandlede gener. Vedr. disse gener henviser jeg til de efterfølgende afsnit.

Alene for god ordens skyld gør jeg gældende at ethvert krav, der - *ud over de tidligere behandlede gener i AK 83.282 - evt.* måtte kunne henføres til en episode den 21. februar 2007, er forældet.

Det fremgår af den tidligere sag, at kunden fuldt ud var bekendt med sine personskader - *i hvert fald* - senest i januar 2010, og forældelsesfristen må derfor senest regnes fra dette

tidspunkt. Et evt. krav er derfor også forældet ved sagens indbringelse for Ankenævnet for Forsikring i august 2013 efter den 3-årige forældelsesregel i forældelseslovens § 3, stk. 1, jf. forsikringsaftalelovens § 29.

Det er ikke godtgjort, at der er sket et ulykkestilfælde
Jeg fastholder vores afgørelse, om at kunden ikke har godtgjort et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Jeg henviser til vores breve af 25. juli og 12. august 2013. Vi har bl.a. anført, at der intet fremgår af de lægelige akter om en episode den 21. februar 2007.

Vi fastholder kundes første forklaring
Vi finder endvidere, at sagen skal afgøres på baggrund af kundens første forklaring, som fremgår af kendelse nr. 83.282.

Arbejdsskadestyrelsen har i sin udtalelse af 9. maj 2011 bl.a. orienteret om såkaldte brosymptomer. Af skrivelsen fremgår bl.a.: 'Ved brosymptomer forstås symptomer, der 'danner bro' mellem en skade og de senere konstaterede følger. Brosymptomerne opstår i forbindelse med skaden eller umiddelbart derefter, varer ved hele sygdomsforløbet (kan veksle i intensitet), og skal være til stede, når det varige men vurderes.'

Videre anføres det af Arbejdsskadestyrelsen: 'Vi vurderer ikke, at der er årsagssammenhæng mellem den aktuelle hændelse den 3. december 2006 og de beskrevne gener i hofte, ryg og ben. Vi har lagt vægt på, at der ikke er sandsynliggjort symptomdebut i nær tidsmæssig sammenhæng med hændelsen i december 2006 eller brosymptomer, idet der først opsøges lægelig behandling i februar 2007.'

Det er først efter modtagelsen af ankenævnets kendelse af 15. april 2013, at kunden i 2013 anmelder den nye episode (den 21. februar 2007), som tidsmæssigt ligger tæt på lægekontakten den 23. februar 2007.

Under de foreliggende omstændigheder, hvor bl.a. henses til kundens første forklaring og vurderingen af sagen i Arbejdsskadestyrelsen, gør jeg gældende, at vores kunde står i en bevismæssig vanskelig situation i forhold til nu at godtgøre, at et (nyt) ulykkestilfælde, skulle være årsag til generne. Jeg finder, at det må komme kunden til skade, at han - efter at have fastholdt i en periode fra juli 2007 og frem til april 2013, næsten 6 år, at generne skulle henføres til et ulykkestilfælde den 3. december 2006 - nu oplyser, at generne skal henføres til en hændelse små 3 måneder senere, nemlig den 21. februar 2007. Jeg bemærker, at det er vores kunde, der har bevisbyrden for rigtigheden af sit krav. Det betyder, at kunden i første omgang skal godtgøre ulykkestilfældet, og derefter at der er årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og generne.

Ulykkesforsikringen dækker ikke forudbestående lidelse
Såfremt vores kunde kan løfte bevisbyrden for, at han den 21. februar 2007 var udsat for at dækningsberettigende ulykkestilfælde, gør vi - igen for god ordens skyld - gældende, at generne var opstået *før* dette tidspunkt, jf. i det hele vores brev til ankenævnet i kendelse nr. 83.282.

Af forsikringsbetingelsernes stk. 3.1. fremgår det, at 'For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskade. Det vil sige, om hændelsen i sig selv er nok til at forårsage/forklare skaden'.
Af forsikringsbetingelsernes stk. 3.2.1 fremgår det, at følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er bestående sygdom eller sygdomsanlæg ikke er dækket.

5. 84.963

Af forsikringsbetingelsernes stk. 3.2.2 fremgår det, at forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom ikke er dækket.
Af forsikringsbetingelsernes stk. 9.1.4 fremgår det, at méngraden som følge af ulykkestilfældet skal være 5 % eller derover for at der udbetales erstatning.
Af forsikringsbetingelsernes stk. 9.2.1 fremgår det, at gener svarende til et i forvejen bestående men eller en lidelse, herunder degenerative forandringer, uanset om den ikke tidligere har været symptomgivende. Endvidere kan dette ikke bevirke, at méngraden fastsættes højere, end hvis et sådant mén eller lidelse ikke eksisterede.

Som det fremgår af punkt 9.1.4 dækker ulykkesforsikringen først evt. mén efter en hændelse den 21. februar 2007 - efter fradrag af forudbestående lidelse - når méngraden er 5 %.

Sagen skal henvises til domstolene
På baggrund af det ovenfor anført finder jeg, at vi må få medhold i, at kunden ikke har godtgjort et dækningsberettigende krav i relation til en episode den 21. februar 2007.

Subsidiært gør jeg gældende, at når der er tale om samme gener, som behandlet i kendelse nr. 83.282, må aktuelle sag også henvises til domstolene.

Der er ikke fremkommet nye lægelige oplysninger, der giver grundlag for komme til et andet resultat.

Nævnet udtalte i kendelse 83.282 bl.a., at Arbejdsskadestyrelsens læge ikke var enig i flere af de behandlende læger, hvorfor sagen blev henvist til domstolene, hvor der kan ske en bevisførelse og indhentes en udtalelse fra Retslægerådet.

Herefter fastholder jeg, at vores kunde ikke har krav på udbetaling af erstatning.

Afslutningsvis skal jeg venligst bemærke, at jeg ikke er bekendt med, om kunden via sin advokat har kontaktet en evt. retshjælpsforsikring med henblik på at få sagen afgjort ved domstolene.

Til det af kunden anførte om, at vores afgørelse muligvis er grundet i, at han har opsagt sine forsikringer i selskabet, vil jeg venligst bemærke, at det er helt uden betydning for vores vurdering, at forsikringerne er opsagt. Sagen er alene afgjort på baggrund af relevante sagsoplysninger og akter."

I brev af 10/10 2013 til nævnet har klageren hertil bl.a. anført:

"At insinuere at jeg skriver/taler usandt, når jeg anmelder den hændelse af 21. februar 2007, forbavser mig ikke.

At jeg anmelder hændelsen af 21. februar 2007 så sent som jeg gør, skyldes udelukkende, at korrespondancen med Arbejdsskadestyrelsen har kørt helt frem til den 19. august 2013.
(Jeg vedlægger en kopi, der dokumenterer dette, så man ligeledes kan se at jeg tituleres med **'tilskadekomne',** og det gør man vel ikke fra Arbejdsskadestyrelsen, hvis man ikke har været ude for en ulykke).

Jeg har jo hele tiden været af den overbevisning at min skade/gener skyldes hændelsen den 3. december 2006, men da Arbejdsskadestyrelsen konkluderer, at der ikke er årsagssammenhæng mellem den hændelse og mine gener, så har jeg naturligvis været nødsaget til at kigge på, hvad det så kan skyldes.

6. 84.963

Jeg har i perioden fra 3. december 2006 og frem til, at man finder årsagen til mine gener, været udsat for 2 hændelser, som kan være årsagen til min skade/gener, og hvis den ene udelukkes, så er der jo faktisk kun den anden tilbage.
Det er jo rent faktisk ikke en skade jeg har påført mig selv, men en 'diskusprolaps i lænderyggen' som alle ved, oftest opstår i forbindelse en pludselig hændelse. Typisk vil smerten stråle ud i et ben, og der vil være variation i smerterne alt efter hvordan man bevæger ryggen, præcis de symptomer jeg havde den 23. februar 2007, da jeg tog til lægevagten, som dog i første omgang troede at det var en blodprop i benet.

Jeg har ikke yderligere kommentarer, da jeg ved, det ikke er til nogen nytte.

Jeg har mistet ca. 30 % af min erhvervsevne, tager stærkt smertestillende medicin og er i dagligdagen afhængig af diverse hjælpemidler, og jeg ved, det skylles en ulykke/hændelse i tidsrummet fra 3. december 2006 til og med den 21. februar 2007, så det er bare **ulykkeligt,** at jeg på det givende tidspunkt havde valgt at have min ulykkesforsikring hos Tryg, men man bliver åbenbart klogere af skade."

Nævnet udtaler:

Af det foreliggende materiale fremgår, at der i alt fald i det væsentlige er tale om de samme gener som efter ulykkestilfældet den 3/12 2006. Efter det oplyste modtog klageren méngodtgørelse for sine ryggener mv. fra to andre selskaber i 2009.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet at måtte lægge til grund, at klageren har haft så markante gener siden den anmeldte hændelse den 21/2 2007, at nævnet må erklære sig enigt med selskabet i, at hans eventuelle krav er forældet forud for anmeldelsen til selskabet i april 2013, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, jf. forældelseslovens § 3.

På denne baggrund

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen