Ankenævnet for Forsikring

Den 3. februar 2016 blev i sag nr. 88504:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Privatsikring
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring i Privatsikring. Han klager ved sin advokat over selskabets afslag på at dække advokatomkostninger på 12.000 kr. + moms i forbindelse med et ulykkestilfælde i 2012, hvor klageren var involveret i et færdselsuheld.

Selskabet har henvist til, at sagen ikke har nødvendiggjort advokatbistand.

I klageskema af 29/9 2015 til nævnet er det bl.a. anført:

> "Jeg sender hermed min bemærkninger til klage over forsikringsselskabet Privatsikrings afslag af 23. juni 2015 på dækning af advokatomkostninger i sagen.
>
> [Klageren] anmeldte sin tilskadekomst til selskabet den 23. oktober 2012, og den 9. december 2014 afviste selskabet, at hans varige mén som følge af ulykken var større end 5 procent.
>
> [Klagerens] advokat rettede derfor henvendelse til Privatsikring A/S i forhold til en revurdering af méngraden efter afvisningen.
>
> Den 22. januar 2015 kom selskabet på baggrund af advokatens bemærkninger frem til, at [klagerens] varige mén som følge af ulykken var 8 procent.
>
> Det gøres gældende, at [klageren] er berettiget til at få dækket advokatomkostninger i forhold til revurderingen ved selskabet.
>
> Hjemlen hertil følger direkte af FAL § 32, stk., hvorefter sikrede kan få dækket rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand. Der lægges navnlig vægt på, om selskabet ved sin handlemåde, har givet anledning til, at sikrede har søgt advokatbistand.

Først da [klagerens] advokat fremkom til bemærkninger til en revurdering, ændrede selskabet vurderingen af méngraden fra under 5 procent til 8 procent.

Advokaten arbejdet var således på grund af selskabets handlemåde nødvendig.

På den baggrund gøres det gældende, at [klageren] er berettiget til dækning af rimelige og nødvendige af advokatomkostninger i forbindelse hermed på 12.000 kr. med tillæg af moms."

Hertil har selskabet i brev af 22/10 2015 til nævnet bl.a. bemærket:

"Vi anerkender modtagelsen af jeres brev af 5. oktober bilagt klage fra [advokatfirma], der på vegne vores forsikringstager [klageren] klager over vores afgørelse vedrørende en ulykkesforsikring.

Forsikringstageren anmeldte d. 23.10.2012, at han var kommet til skade ved et færdselsuheld d. 18.10.2012, og bl.a. fået smerter i nakken.

Vi har i brev af 05.11.2012 anerkendt, at der er tale om et dækningsberettigende ulykkestilfælde, og bedt forsikringstageren vende tilbage, hvis der måtte vise sig varige følger. Vi har endvidere orienteret om, at vi kan tilbyde behandlinger hos fysioterapeut.

I brev af 27.09.2013 oplyste klageren v/[klagerens advokat], at hun repræsenterede forsikringstageren og at al henvendelse i sagen fremover skulle sendes til hende. Vi bekræftede i brev af 16.10.2013 modtagelsen heraf, og gjorde samtidig opmærksom på, at forsikringen ikke dækker et evt. honorar til klageren.

Med brev af 17.02.2014 fremsendte klageren diverse bilag i sagen, herunder journal fra forsikringstagerens læge. Efterfølgende modtog vi fra modpartselskabet kopi af speciallægeerklæring, der var indhentet af det selskab, der repræsenterer modparten.

Vi forelagde sagen for vores lægekonsulent, der vurderer méngraden i anledning af ulykkestilfældet til mindre end 5 %. Han henviste til de beskedne objektive fund samt til speciallægens vurdering af, at forsikringstagerens gener skønnes at aftage over tid.

Vi har derfor i brev af 09.12.2014 til klageren meddelt, at forudsætningen for erstatningsudbetaling ikke er til stede, men at sagen kan genoptages, hvis forsikringstagerens tilstand forværres.

Klageren anmodede i brev af 23.12.2014 om en revurdering af méngraden.

Vi forelagde herefter sagen for lægekonsulenten på ny. Efter en revurdering anslog han forsikringstagerens méngrad til 8 %. Vi har orienteret klageren herom i brev af 22.01.2015.

Klageren rejste herefter i brev af 28.01.2015 krav om betaling af honorar på 12.000 kr. ekskl. moms.

Vi afviste i brev af 02.02. dette krav begrundet i, at forsikringstageren ville have opnået samme udfald, hvis han selv havde henvendt sig.

Vi har i efterfølgende korrespondance fastholdt vores afgørelse.

Foranlediget af klagen har vi gennemgået sagen på ny, men finder ikke grundlag for at ændre vores afgørelse.

Indledningsvis skal vi pointere, at forsikringstageren har valgt allerede i 2013 at være repræsenteret ved advokat, muligvis som følge af, at der ligeledes var krav at rejse overfor en ansvarlig modpart.

Endvidere skal vi bemærke, at det fremgår af punkt 8 i betingelserne for Invaliditetsdækning ved ulykkestilfælde, at bl.a. udgifter til advokatbistand er undtaget.

Vi finder ikke, at vores indledende sagsbehandling har nødvendiggjort antagelse af bistand. Den omstændighed, at vi har ændret vores méngradsvurdering, nødvendiggør heller ikke en sådan bistand. Vi forelægger efter fast praksis altid indsigelser, eksempelvis over méngradsvurderinger, for vores lægekonsulenter, og hvis en sådan genforelæggelse munder ud i en fastholdelse af vurderingen, vil vi orientere om muligheden for at indhente en udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen samt om muligheden for at indbringe en klage til Ankenævnet for Forsikring. Det skal tilføjes, at det ligeledes fremgår af betingelserne, at der kan rettes henvendelse til såvel Arbejdsskadestyrelsen som Ankenævnet, se punkt 24 og 26 i Fællesbetingelser for Privatsikrings Ulykkesforsikring.

Vi må fastholde, at klagerens bistand ikke har været nødvendig, og at forsikringstageren ikke har opnået et resultat, som han ikke ville have opnået ved selv at rette henvendelse til Privatsikring. Klagerens brev af 23.12.2014 indeholder intet nyt, men er alene en anmodning om revurdering. Forudsætningen for dækning af honorar i medfør af Fal § 32, stk. 3 er således ikke til stede.

Til støtte for vores afgørelse skal vi henvise til AK 80711, AK 85301 samt AK 85857."

Nævnet har fået forelagt sagens bilag:

I selskabets brev af 5/11 2012 til klageren, er det bl.a. anført:

"**Ulykkesforsikring** - **anmeldelse af skade**

Vi har modtaget anmeldelsen vedrørende skaden, der skete den 18. oktober 2012.

Ud fra oplysningerne har vi vurderet, at skaden er dækket af ulykkesforsikringen - vi skal dog gøre opmærksom på, at forsikringen ikke dækker forudbestående invaliditet.

Hvis du får brug for lægehenviste behandlinger hos en fysioterapeut eller behandlinger hos en kiropraktor, kan vi som udgangspunkt tilbyde, at betale for 10 behandlinger.

Det er endnu for tidligt at vurdere, om du får varige følger og kan få udbetalt erstatning. Vores erfaringer viser, at der oftest vil gå omkring et år, før tilstanden er stationær - det vil sige, når tilstanden hverken er blevet værre eller bedre i mindst 3 måneder.

Hvis du stadig har følger af ulykken, når der er gået et år - altså omkring oktober måned 2013 - skal du kontakte os igen.

I nogle tilfælde, vil det være muligt, at udbetale en acontoerstatning. Dette kræver dog, at vi allerede nu kan vurdere, at skaden med sikkerhed, vil efterlade et varigt mén på 5% eller derover.

Hvis du ønsker, at vi skal tage stilling til et forskud på erstatningen, skal du indsende lægelig dokumentation (journalkopi eller lign.).

Hvis der er/bliver udstedt en erklæring eller attest til et andet selskab, vil denne måske kunne bruges til afgørelse af denne sag. Hvis du ønsker at vi skal bruge disse oplysninger, beder vi dig sende os en kopi, eller oplyse til hvilket selskab og under hvilket skadenummer oplysningerne kan indhentes.

Hører vi ikke fra dig inden 1 år efter ulykken, afslutter vi skadebehandlingen. Men den kan genoptages, hvis dit helbred senere forværres som følge af ulykken. Så skal du blot kontakte os med det samme, ved at sende en skriftlig redegørelse for forværringen og oplyse os om hvor og hvornår du er blevet behandlet/undersøgt for forværringen."

I brev af 27/9 2013 fra klagerens advokat til selskabet hedder det bl.a.:

"I ovennævnte sag tillader jeg mig herved at rette henvendelse til forsikringsselskabet, idet skadelidte [klageren] har anmodet om min bistand i forbindelse med følgerne efter ulykken den 18. oktober 2012.

Jeg skal bede forsikringsselskabet notere på sagen, at undertegnede repræsenterer skadelidte, og at fremtidig korrespondance sendes til mit kontor, ligesom jeg skal anmode om, at I sender mig kopi af de på sagen værende akter, herunder eventuelle anmeldelsesskemaer, attester samt lægeerklæringer m.v.

Endvidere skal jeg anmode om at modtage kopi af forsikringsvilkårene tillige med oplysning om forsikringssummen.

Jeg skal samtidig bede om en oversigt over, hvilke beløb der indtil dato måtte være udbetalt til skadelidte."

I selskabets brev af 16/10 2013 til klagerens advokat er det bl.a. anført:

"Vi har modtaget dit brev af 22. september 2013.

Vi vedlægger en kopi af forsikringsbetingelserne. Vi kan oplyse at forsikringssummen på skadetidspunktet var kr. 1.177.000. Sluttelig kan vi oplyse, at vi har betalt for 10 fysioterapibehandlinger.

For god ordens skyld gør vi opmærksom på, at ulykkesforsikringen ikke dækker skadelidtes udgifter for din ekspedition af sagen."

I brev af 17/2 2014 fra klagerens advokat til selskabet, er det bl.a. bemærket:

"I fortsættelse af tidligere korrespondance sender jeg hermed til brug for Deres behandling af sagen følgende bilag:

- kopi af politirapport

- ambulancejournal
- kopi af journal fra egen læge
- kopi af udtalelse fra fysioterapeut."

I selskabets brev af 9/12 2014 til klagerens advokat hedder det bl.a.:

"**Jeres j.nr. BJ/19310-001**

Vi har modtaget sagen tilbage fra vores læge vedrørende den skade [klageren] fik i forbindelse med en ulykke 18. oktober 2012.

Efter at have set på de lægelige oplysninger, har vi vurderet, at [klagerens] følger efter ulykken ikke er af en sådan størrelse, at de kan fastsættes til en invaliditetsgrad på mindst 5%. Vi har lagt vægt på følgende oplysninger:

Følger efter trafikulykke hvor skadelidte klager over hovedpine, nakkesmerter, træthed og koncentrationsbesvær. Den objektive undersøgelse viser beskedne fund.

Da invaliditetsgraden er under 5%, kan vi ikke udbetale erstatning - ifølge forsikringsbetingelserne skal invaliditetsgraden være mindst 5% før der kan udbetales erstatning. Invaliditetsgraden er fastsat på baggrund af lægeerklæringen og Arbejdsskadestyrelsens retningslinjer for området.

Bliver [klagerens] helbred senere forværret som følge af ulykken, skal vi kontaktes med det samme. Der skal indsendes en skriftlig beskrivelse af forværringen af generne og der skal vedlægges en kopi af [klagerens] journal, der dokumenterer forværringen. Vi vil herefter se på sagen igen.

Hvis du har spørgsmål til sagen, er du velkommen til at ringe eller skrive til mig."

I brev af 23/12 2014 fra klagerens advokat til selskabet er det bl.a. anført:

"Under henvisning til brev af 9. december 2014 skal jeg anmode Privatsikring om en revurdering af méngraden som følge af ulykken.

Privatsikring har således vurderet det varige mén efter ulykken til mindre end 5 procent under henvisning til genernes begrænsede omfang og de beskedne objektive fund.

[Klageren] har imidlertid siden ulykken den 18. oktober 2012 haft betydelige hovedpine-og nakkegener. Der henvises til de helbredsmæssige oplysninger, herunder speciallægeerklæringen af 2. september 2014, jf. afsnittet 'aktuelle klager'.

Det bestrides således, at generne har et begrænset omfang. For så vidt angår det i speciallægeerklæringen anførte om, at der fortsat er mulighed for spontan remission, har denne udtalelse endvidere formodningen imod sig, idet [klageren] ikke har oplevet en bedring i generne i mere end to år efter ulykken. I øvrigt bør der tages stilling til méngraden på det foreliggende grundlag.

For så vidt angår det anførte, om at der er beskedne objektive fund, bemærkes det, at der ved nakke-og kognitive gener sjældent er betydelige objektive fund. Selve traumemeka-

nismen - den voldsomme trafikulykke - taler derimod for, at [klageren] har fået betydelige nakke- og kognitive gener som følge af ulykken.

Jeg skal på den baggrund anmode om en revurdering og kan i øvrigt oplyse, [andet forsikringsselskab] har udbetalt 10% mén og at skadevolder, [skadereguleringsbureau] har udbetalt 8% mén."

I selskabets brev af 22/1 2015 til klagerens advokat er det bl.a. bemærket:

"[Klageren] skal have udbetalt **94.160 kr.** i erstatning for den skade, der skete i forbindelse med ulykken 18. oktober 2012. Vi sender beløbet en af de nærmeste dage.

På baggrund af de oplysninger vi har fået om skaden, og Arbejdsskadestyrelsens méntabel (kan ses på www.ask.dk), har vi fastsat invaliditetsgraden til 8%.

Vi har vurderet ménet efter et skøn med udgangspunkt i Arbejdsskade- styrelsens méntabel. Skadens følger fremgår ikke direkte af tabellen, men kan sammenlignes med følgende punkt:

B.1.1.2: Hyppige, svære nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning.

B.1.1.3: Middelsvære, daglige nakkesmerter uden eller med let bevæge-indskrænkning, eventuelt med udstrålende armsmerter, og eventuelt lettere somatiske, kognitive og affektive ledsagesymptomer.

Vi har ud fra en samlet vurdering af generne og deres sværhedsgrad vurderet, at generne er værre end angivet i punkt B.1.1.2, men knapt så udtalte som angivet i punkt B.1.1.3.

Vi har derfor skønsmæssigt vurderet ménet til 8%.

Forsikringen dækker medicinsk invaliditet. Det vil sige, at erstatningen dækker de daglige gener og ulemper, [klageren] har som følge af ulykken - forsikringen dækker altså ikke tab af erhvervsevne.

Udbetalingen er beregnet ud fra invaliditetsgraden og forsikringssummen, der på skadetidspunktet var på 1.177.000 kr.

Hvis skadelidte sætter erstatningen ind på en særskilt konto i en bank eller sparekasse, er pengene beskyttet mod udlæg fra kreditorer. Det vil sige, at kreditorer ikke kan kræve, at erstatningen bruges til indfrielse af skadelidtes eventuelle gæld. Skadelidte kan eventuelt kontakte sin bank eller sparekasse.

Vi har også udbetalt 2.337,78 kr. i renter. Renterne er beregnet fra 14 dage efter at vi har modtaget de seneste oplysninger i sagen. Vi gør opmærksom på, at vi indberetter renterne til SKAT.

Hvis [klagerens] gener senere bliver forværret som følge af skaden, skal vi kontaktes med det samme. Der skal indsendes en skriftlig beskrivelse af forværringen af generne og vedlægges en kopi af [klagerens] journal, der dokumenterer forværringen. Vi vil herefter se på sagen igen."

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**Uenighed om forsikringen**

24. Arbejdsskadestyrelsen

Hvis en af parterne ønsker det, kan Arbejdsskadestyrelsen afgive en vejledende udtalelse om invaliditetsgradens størrelse, og om der er årsagssammenhæng mellem den anmeldte lidelse og skaden.

Arbejdsskadestyrelsens gebyr betales med 50% af hver af parterne, idet Privatsikring dog betaler det fulde gebyr, hvis Arbejdsskadestyrelsen fastsætter en invaliditetsgrad, der er højere end den, Privatsikring har fastsat.

25. Voldgift

Ved en evt. uoverensstemmelse omkring en skades opgørelse kan forsikringstager kræve, at skaden opgøres endeligt af upartiske vurderingsmænd. Forsikringstager og Privatsikring vælger hver sin vurderingsmand, og inden sagen påbegyndes vælger de en opmand. Ved en evt. uenighed herom udpeges opmanden af Det Danske Voldgiftsinstitut.

Opmanden træder kun til, hvis vurderingsmændene ikke kan enes om opgørelsen, og afgør da erstatningen inden for grænserne af vurderingsmændenes ansættelse og i nøje overensstemmelse med policens bestemmelser, herunder de skadesopgørelsesprincipper, der er fastsat af Forsikring og Pension. Voldgiftsretten beslutter selv, hvordan voldgiftens omkostninger skal fordeles, og begrunder i sin kendelse, hvorledes resultatet nås. Efter enhver parts begæring skal voldgiftsretten fremlægge de beregninger, der ligger til grund for kendelsen.

Aftales en voldgiftsafgørelse efter at uoverensstemmelsen er opstået, er aftalen bindende for begge parter.

26. Ankenævn

Bliver De og Privatsikring uenige om forsikringsforholdet, eller en skade De har anmeldt, og fører en fornyet henvendelse til Privatsikring ikke til enighed, kan De indbringe sagen for:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V.

Telefon 33 15 89 00
mellem 10.00 og 13.00

De skal klage på et særligt skema, som De kan få hos Ankenævnet, Privatsikring, Forbrugerrådet, de lokale forbrugerkontorer eller Forsikringsoplysningen."

8. 88504

Nævnet udtaler:

Klageren var i 2012 involveret i et færdselsuheld, hvor han pådrog sig personskade. Selskabet meddelte den 2/11 2012 klageren, at ulykken var dækket af forsikringen og bevilligede klageren 10 behandlinger hos en fysioterapeut.

Den 27/9 2013 indtrådte klagerens advokat i sagen og fremsendte den 17/2 2014 diverse materiale til brug for selskabets videre vurdering af sagen, herunder kopi af politirapport, ambulancejournal, lægejournal og en udtalelse fra klagerens fysioterapeut.

Den 9/12 2014 meddelte selskabet afslag på dækning for varigt mén, da klagerens méngrad efter selskabets vurdering ikke oversteg 5 %. Ved brev af 23/12 2014 anmodede klagerens advokat selskabet om at genoptage sagen. Den 22/1 2015 meddelte selskabet, at klagerens mén kunne fastsættes til 8 %.

Ved uenighed om invaliditetsgradens størrelse har klageren efter betingelserne mulighed for at anmode Arbejdsskadestyrelsen om at afgive en vejledende udtalelse. Derudover følger det af betingelserne, at klageren kan klage til Ankenævnet for Forsikring i tilfælde af uenighed.

Efter forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3, kan klageren kan kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet.

Henset til sagens omfang og beskaffenhed finder nævnet det ikke nødvendigt, at klageren har søgt advokatbistand. Klageren kunne således også uden advokatbistand havde anmodet selskabet om at genoptage sagen eller få spørgsmålet om invaliditetsgraden indbragt for Arbejdsskadestyrelsen.

9. 88504

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand