Ankenævnet for Forsikring

Den 6. december 2017 blev i sag nr. 89022:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Codan Forsikring A/S
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring i Codan Forsikring. Han klager over selskabets beregning af renter af en udbetalt ménerstatning. Han klager også over, at selskabet har afvist at dække behandlings- og transportudgifter.

Klageren kom ud for en ulykke 21/2 2013 under skiferie og pådrog sig knoglebrud i foden.

Klageren har i klageskema af 31/1 2016 til nævnet bl.a. anført:

> "Jeg anmoder om, at Codan Forsikring udbetaler
> - erstatning for medicinsk invaliditet (varigt mén) svarende til 5% af invalidesummen ved 100%
> - behandlings- og genoptræningsudgifter som følge af ulykken
> - renter i henhold forsikringsaftalelovens bestemmelser"

Selskabet har efterfølgende meddelt, at det vil udbetale erstatning for en méngrad på 5%.

Klageren har i mail af 3/2 2017 til nævnet yderligere bl.a. anført:

> "Det er endvidere min opfattelse, at renter af erstatning for invaliditet i denne sag skal beregnes fra den 7. januar 2015, hvor jeg anmeldte skaden til Codan Forsikring. Dette krav har Codan Forsikring imidlertid også afvist. I anmeldelsen gav jeg Codan Forsikring adgang til alle relevante lægelige og øvrige oplysninger i sagen, herunder funktionsattest. Jeg gav endvidere selskabet hjælp til sagsbehandlingen ved at oplyse, at både … og … i

forvejen havde anerkendt min méngrad på 5% på de ulykkesforsikringer, som jeg har i disse selskaber. Sagen blev med andre ord ved anmeldelsen serveret på et sølvfad for Codan Forsikring.

Der er ikke efter den 7. januar 2015 fremkommet nye oplysninger af relevans for sagen, uanset at Codan Forsikring efterfølgende både har betalt gebyr til Arbejdsskadestyrelsen, udgifter til speciallægeerklæring samt interne sagsbehandlingsomkostninger. Forsinkelsen af sagsbehandlingen i Codan Forsikring kan efter min vurdering tilskrives sagsbehandlere og lægekonsulenter uden den fornødne faglige kompetence. Alternativt kan Codan Forsikring være modstander af at tage ved lære af kollegerne i … og …, som har behandlet samme ulykkessag hurtigt og professionelt.

Ad krav på dækning af behandlingsudgifter
Codan Forsikring har ikke i brevet af 16. januar d.å. anerkendt, at selskabet er forpligtet til at dække behandlingsudgifter som følge af ulykken. Det fremgår dog af forsikringsbetingelserne, at selskabet er forpligtet til at dække udgifter til lægebehandling. Det samme gælder udgifter til fysioterapi/kiropraktor. Jeg har derfor i klagen til Ankenævnet for Forsikring den 31. januar 2016 krævet dækning af behandlings- og genoptræningsudgifter, hvilket Codan Forsikring ikke har forholdt sig til. Jeg lægger derfor til grund, at Codan Forsikring også her vil afvise dækning.

Ad krav på dækning af transportudgifter
Codan Forsikring har eksplicit afvist at dække transportudgifter i forbindelse med undersøgelser og behandling hos læge, fysioterapeut og lægeordineret genoptræning. Det er imidlertid en afvisning, der først er dukket op i Codan Forsikrings brev af 16. januar 2017 - mere end to år efter, at jeg i skadesanmeldelsen af 7. januar 2015 skriftligt fremsatte kravet.

Det er min opfattelse, at selskabet ved at udvise total passivitet overfor det fremsatte krav stiltiende har anerkendt det. Det er først i brevet af 16. januar 2017, at selskabet med henvisning til forsikringsbetingelserne nu forsøger at begrænse sit ansvar til kun at omfatte transportudgifter fra ulykkesstedet til nærmeste behandlingssted. Under alle omstændigheder har selskabet efter min opfattelse undladt at opfylde sine forpligtelser, herunder vejledningspligt og øvrige pligter i forhold til bekendtgørelsen om god skik for finansielle virksomheder. Det er min opfattelse, at der herved er tale om en ansvarspådragende forsømmelse fra selskabets side."

Selskabet har i brev af 24/2 2017 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"**Sagsfremstilling**

Klager anmeldte den 7. januar 2015, at han den 21. februar 2013 var kommet til skade i forbindelse med en skiferie, hvor han havde fået et brud på venstre fod. Af skadeanmeldelsen fremgik, at skaden også var anmeldt til ulykkesforsikringer i … og ... Han oplyste også, at han havde haft udgifter til behandling hos fysioterapeut og til kørsel i egen bil i forbindelse med behandlinger. Desuden anførte han, at egen læge havde udarbejdet en attest til ...

…

Endvidere anfører klager, at vi har forhalet sagen, og at sagen allerede var fuldt oplyst på anmeldelsestidspunktet den 7. januar 2015. Følgelig mener klager, at erstatningen skal forrentes fra den 7. januar 2015.

Hertil skal vi oplyse, at forrentning skal ske 14 dage efter det tidspunkt, hvor selskabet har været i stand til at indhente de oplysninger, der er nødvendige til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse, jf. FAL § 24. Vi modtog i forbindelsen med skadeanmeldelsen den 7. januar 2015 ingen lægelige (eller øvrige) bilag. Vi havde alene en skadeanmeldelse.

Som anført anmodede vi herefter … om at fremsende sagens akter, som vi modtog den 27. januar 2015. Dette er det tidligste tidspunkt, hvor vi havde grundlag for at vurdere méngraden. Vi har derfor anerkendt at betale renter fra 14 dage efter dette tidspunkt svarende til den 11. februar 2017 [2015]. Det skal bemærkes, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring ikke fandt dette grundlag tilstrækkeligt og altså ønskede egen læges journal samt en speciallægeerklæring for at kunne udtale sig om méngraden. Vi har dog som anført anerkendt at betale renter allerede fra den 11. februar 2017 [2015]. Rentesatsen udgør den til enhver tid gældende diskonto + 7 %...

Klager gør endvidere gældende, at han har ret til dækning af behandlingsudgifter. Klager anførte i skadeanmeldelsen, at han havde haft sådanne udgifter, men han har på intet tidspunkt vendt tilbage med oplysninger herom før hans e-mail af 15. januar 2017 (ca. 2 år efter skadeanmeldelsen), hvor han oplyste, at han ville vende tilbage med opgørelse over behandlingsomkostninger og transportomkostninger. Klager har fortsat ikke fremsat et konkretiseret krav eller fremlagt nogen dokumentation i form af fakturaer fra behandlingssteder. Endvidere har han ikke oplyst, om disse udgifter er afholdt af nogle af hans andre forsikringer. Vi har derfor fortsat ikke noget grundlag for at vurdere dækning for eventuelle behandlingsudgifter.

I relation til transportudgifter har klager i skadeanmeldelsen anført, at han har haft udgifter til kørsel i egen bil i forbindelse med behandlinger. Han har på intet tidspunkt fremsat et krav eller i øvrigt vendt tilbage hertil før hans e-mail af 15. januar 2017. Vi afviste ved brev af 16. januar 2017 at dække transportudgifterne med henvisning til, at forsikringen alene dækker udgifter til transport fra ulykkesstedet til nærmeste behandlingssted og ikke transportudgifter til efterfølgende behandlinger, jf. forsikringsbetingelsernes pkt. 11. Vi må blankt afvise, at vi stiltiende skulle have accepteret hans (stadig ikke fremsatte) krav eller i øvrigt at have udvist en ansvarspådragende forsømmelse."

Det fremgår af sagen, at selskabet har sendt klageren følgende oversigt over renteberegningen af klagerens erstatning for ménskade:

Renter:		
Fra og med dato	:	11 02 2015
Til og med dato	:	17 01 2017
Af beløb	:	40850.00
Rente	:	6390.58

Klageren har i mail af 30. juni 2017 til nævnet fremsendt oversigt over behandlings- og transportudgifter, hvori indgår udgifter til fysioterapeut og transport fra bopæl til diverse behandlingssteder.

Selskabet har i brev af 11/7 2017 til nævnet bl.a. anført:

> "Klager har oplyst, at han har haft udgifter til fysioterapibehandlinger den 11. april og den 28. maj 2013 med i alt 262,65 kr. Han har fortsat ikke fremlagt dokumentation herfor i form af fakturaer fra behandlingsstederne. Endvidere har han fortsat ikke oplyst, om disse udgifter er afholdt af nogle af hans andre forsikringer. Dette trods vores opfordringer i vores brev af 24. februar 2017 til nævnet. Vi har derfor fortsat ikke grundlag for at udbetale erstatning for behandlingsudgifter.
>
> Klager har ligeledes rettet krav om betaling af transportudgifter. Forsikringen dækker alene udgifter til transport fra ulykkesstedet til nærmeste behandlingssted, jf. forsikringsbetingelsernes pkt. 11, men ikke andre udgifter, jf. pkt. 13. Vi dækker således ikke omkostningerne til transport til efterfølgende behandlinger, genoptræning mv. Vi har dækket udgiften til udarbejdelsen af speciallægeerklæringen (honoraret til speciallægen), men vi dækker ikke transportomkostninger i den forbindelse, ligesom en skadelidte heller ikke får kompensation for sit tidsforbrug i forbindelse med speciallægeundersøgelsen."

Af selskabets forsikringsbetingelser for Kollektiv Ulykkesforsikring fremgår det bl.a.:

> "9. Fysioterapeut/kiropraktor
> I det omfang, den tilskadekomne ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side, dækkes de udgifter, den tilskadekomne - som følge af et ulykkestilfælde omfattet af forsikringen - har afholdt til:
> Behandling hos fysioterapeut, hvis behandlingen er ordineret af en læge.
> …
> 11. Befordring
> I det omfang den tilskadekomne ikke har ret til dækning af udgifterne fra anden side, dækkes rimelige og nødvendige udgifter til transport fra ulykkesstedet til nærmeste behandlingssted."

Nævnet udtaler:

Klageren kom ud for en ulykke 21/2 2013 under skiferie. Selskabet har anerkendt en méngrad på 5 % og har udbetalt erstatning herfor. Klageren ønsker erstatningen forrentet fra den 7/1 2015, hvor skaden blev anmeldt til selskabet. Ligeledes ønsker klageren erstatning af behandlings- og transportudgifter.

Renter

Selskabet har afvist at betale renter for perioden før den 11/2 2015. Selskabet har henvist til, at det ikke havde grundlag for at vurdere méngraden før den 27/1 2015, hvor det modtog sagens lægelige bilag fra et andet forsikringsselskab, og at det i overensstem-

melse med forsikringsaftalelovens § 24 har udbetalt renter fra 14 dage efter dette tidspunkt.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har sandsynliggjort, at selskabet modtog relevant lægeligt materiale før den 27/1 2015. Nævnet kan på denne baggrund ikke kritisere selskabets forrentning. Nævnet bemærker, at det ikke kan føre til andet resultat, at klageren i anmeldelsen oplyste, at andre selskaber havde fastsat méngraden til 5 %. Nævnet finder det heller ikke godtgjort af klageren, at der skulle være fejl i selskabets renteberegning.

Behandlings- og transportudgifter

Selskabet har afvist at betale for behandlings- og transportudgifter. Selskabet har henvist til, at klageren ikke har fremlagt dokumentation for sine udgifter til behandling, ligesom han ikke har oplyst, om disse udgifter er afholdt af nogle af hans andre forsikringer.

Selskabet har yderligere henvist til, at forsikringen alene dækker transportudgifter vedrører transport fra ulykkesstedet til nærmeste behandlingssted, og at klagerens krav på transportudgifter alle vedrører anden transport i forbindelse med hans tilskadekomst.

Af selskabets forsikringsbetingelser for Kollektiv Ulykkesforsikring fremgår, at i det omfang den tilskadekomne ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side, dækkes de udgifter, som den tilskadekomne har afholdt til fysioterapeut.

Det fremgår yderligere, at i det omfang den tilskadekomne ikke har ret til dækning af udgifterne fra anden side, dækkes rimelige og nødvendige udgifter til transport fra ulykkesstedet til nærmeste behandlingssted.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren efter det foreliggende ikke har godtgjort, at han har krav på behandlings- eller transportudgifter, der er omfattet af forsikringens dækninger.

Det af klageren i øvrigt anførte kan ikke føre til andet resultat.

6. 89022

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Da selskabet efter klagens indbringelse for nævnet delvist har opfyldt klagerens krav, tilbagebetales klagegebyret.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt