Ankenævnet for Forsikring

Den 30. november 2016 blev i sag nr. 89444:

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 A/S. Hun klager ved sin advokat over størrelse af den erstatning, som selskabet har udbetalt i anledning af et ulykkestilfælde. Hun klager endvidere over, at selskabet har afvist at yde dækning for advokatomkostninger.

Klageren tegnede i 1992 ulykkesforsikring via sit pengeinstitut. Hun blev den 26/7 2010 smidt af en hest, og pådrog sig derved facetledsfraktur på C6/C7-niveau. Hun anmeldte skaden den 13/12 2010, og selskabet afviste i første omgang at yde erstatning med henvisning til, at klagerens varige mén som følge af ulykken var under 25 %. Efter at sagen havde været forelagt for Arbejdsskadestyrelsen i foråret 2012, vurderede selskabet, at det varige mén udgjorde 25 % og udbetalte erstatning i overensstemmelse hermed. Efter at Arbejdsskadestyrelsen i en ny udtalelse af 15/7 2015 havde fastsat det varige mén til 30 %, udbetalte selskabet yderligere erstatning svarende til et varigt mén på 5 %.

Det er klagerens opfattelse, at selskabets sagsbehandling har gjort det nødvendig at søge advokatbistand. Selskabet har afvist dette krav. Endvidere er parterne uenige om, hvilken dækningssum, der gælder for aftalen.

Klagerens advokat har i breve af 24/5 2016 til nævnet bl.a. anført:

"Kort sagsfremstilling:

[Klageren] kom den 26. juli 2010 til skade ved en rideulykke, hvor hun kom slemt til skade. Codan Forsikring har efter forelæggelse for Arbejdsskadestyrelsen fastsat det varige mén til 30 procent som følge af ulykken.

Der er mellem Codan Forsikring og [klageren] uenighed omkring hvilke forsikringsbetingelser, der er gældende.

Codan Forsikring henviser til, at den gældende ulykkesforsikring har en forsikringssum på kr. 668.000, mens [klageren] af [klagerens pengeinstitut], hvor igennem forsikringen er tegnet, har fået oplyst en forsikringssum på kr. 730.000, jf. vedlagte mail fra [klagerens pengeinstitut].

Codan Forsikring henviser i brev af 30. oktober 2015, jf. vedlagte, til at dette dokumenterer hvilken forsikringsaftale, der er gældende.

Hvad vil de konkret opnå hos selskabet:

At forsikringsselskabet anerkender, at den gældende ulykkesforsikring har en forsikringssum på kr. 730.000. Codan Forsikring har ikke med det fremsendte pr. 30. oktober 2015 dokumenteret hvilken forsikringsaftale, der oprindeligt er indgået med [klageren] og hvilke senere ændringer til denne aftale, der er indgået med hende.

[Klageren] har fremlagt dokumentation fra [klagerens pengeinstitut] på, at hendes ulykkesforsikring indeholder en forsikringssum på kr. 730.000, hvilket Codan Forsikring ikke har modbevist ved det fremsendte.
…
Med henvisning til FAL § 32, stk. 3 gøres det gældende, at [klageren] er berettiget til at få dækket rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand i forhold ulykkesforsikringen.

Codan Forsikring afviste allerede tilbage i 2012 flere gange, at selskabets ménvurdering på 25 procent ikke var korrekt.

Efter selskabet modtog fornyet speciallægeerklæring, afviste selskabet igen den 14. januar 2013, at [klagerens] méngrad var større end 25 procent.

Igen den 31. august 2012 afviste selskabet efter advokatens forespørgsel om en revurdering, at méngraden var højere end 25 procent.

Advokaten bad derfor om, at sagen blev sendt i Arbejdsskadestyrelsen til en vejledende udtalelse.

Efter modtagelsen af nye oplysninger, fastholdt Codan méngradvurderingen, og sagen blev forelagt for Arbejdsskadestyrelsen.

Den 15. juli 2015 vurderede Arbejdsskadestyrelsen det varige mén til 30 procent.

Ifølge Ankenævnet for Forsikrings praksis tilkendes skadelidte advokatomkostninger i sager, hvor advokatens bistand har været nødvendig, og herunder indgår navnlig, om sel-

skabet ved sin handlemåde har givet anledning til, at den sikrede har søgt advokatbistand.

Ovenstående gennemgang af forløbet viser, at [klagerens] henvendelse til selskabet i den grad har været nødvendiggjort, idet selskabet afviser yderligere mén minimum 4 gange efter advokatens henvendelse herom.

Ligeledes må advokaten til sidst bede om at sagen blev forelagt for Arbejdsskadestyrelsen, hvilket skadelidte betalte ½ gebyr for.

Til støtte herfor henvises generelt til Ankenævnet for Forsikrings praksis. Til eksempel kan nævnes 48.392, hvor skadelidte havde krav på dækning af rimelige advokatomkostninger, idet selskabet havde afvist erstatning efter to henvendelser fra advokaten.

Codan Forsikring har afvist yderligere mén 4 gange og nødsaget skadelidte at få sagen forelagt for Arbejdsskadestyrelsen. Der kan således ikke være tvivl om, at selskabet skal dække nødvendige udgifter hertil.

Endvidere henvises til U.1997B.33 hvor advokat … præciserer, at der kan kræves advokatomkostninger dækket, i sager hvor selskabet på forkert grundlag afviser et berettiget krav på forsikringsdækning, hvilker har foranlediget forsikringstageren til at søge bistand til at opnå retmæssig forsikringserstatning.

På den baggrund, gøres det gældende, at Codan Forsikring skal dække 10.000 + moms til advokatomkostninger i sagen."

Selskabet har i brev af 16/6 2016 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**

Forsikrede, [klageren], blev i 1992 omfattet af en forsikringsordning i [andet selskab] gennem hendes pengeinstitut … Ordningen bestod af en gruppelivsforsikring og en kollektiv ulykkesforsikring, der gav dækning ved en méngrad på mindst 25 %. De enkelte forsikrede under den kollektive ulykkesforsikring valgte en sum, som forsikringen blev indtegnet med, og som løbende skulle indeksreguleres.

[Andet selskab] ønskede ikke at videreføre ordningen med den kollektive ulykkesforsikring, der derfor blev opsagt med udgangen af første kvartal 2007. De forsikrede blev tilbudt at videreføre ulykkesforsikringen med dækning ved 25 % varigt mén i Codan, og dette tilbud benyttede [klageren] sig af. Til orientering vedlægges kopi af breve udsendt i forbindelse med tilbuddet om at videreføre ordningen i Codan (bilag 1-2). Det bemærkes, at datoerne på brevene i vores computersystem automatisk ændres til den dag, de er udskrevet.

Forsikrede anmeldte den 13. december 2010, at hun den 26. juli 2010 var kommet til skade i forbindelse med fald fra en hest. Det fremgik af anmeldelsen, at hun ved ulykken havde pådraget sig ustabile frakturer på C6, C7 og Th1, og at hun havde fået en stabiliserende operation. Hun havde fortsat mange gener i form af føleforstyrrelser ud i den ene arm/hånd, nedsat bevægelighed og smerter.

Vi anerkendte ved brev af 14. december 2010, at der på baggrund af anmeldelsen var tale om et ulykkestilfælde, der var omfattet af ulykkesforsikringen.

Vi modtog efterfølgende statusattest fra forsikredes praktiserende læge, journalmateriale samt en neurologisk speciallægeerklæring af 7. oktober 2011.

På baggrund af det lægelige materiale vurderede vi, at forsikredes varige mén som følge af ulykken udgjorde 20 %. Da forsikringen som anført først giver ret til dækning ved en méngrad på mindst 25 %, gav vi ved brev af 15. november 2011 forsikrede afslag på erstatning.

Forsikrede ringede samme dag til os, da hun var utilfreds med vores vurdering. Hun oplyste, at hun ville kontakte en advokat. Hun blev ved telefonsamtalen oplyst om, at forsikringen ikke dækker advokatomkostninger (se bilag 8).

Forsikrede sendte herefter en mail af 26. november 2011, hvor hun skrev, at hun inden længe ville sende en klage med præcisering af, hvorfor hun var uenig i méngradsvurderingen.

Herefter modtog vi et brev af 5. december 2011 fra forsikredes advokat vedlagt nogle bemærkninger fra forsikrede.

Vi forelagde sagen for en anden lægekonsulent og fastholdt på baggrund heraf ved brev af 28. december 2011 vores vurdering af, at méngraden var under 25 %. Vi tilbød at indbringe sagen for Arbejdsskadestyrelsen og i den forbindelse at betale halvdelen af gebyret.

Forsikredes advokat orienterede os ved brev af 6. januar 2012 om, at [klagerens forsikringsselskab2] havde forelagt sagen for Arbejdsskadestyrelsen.

Arbejdsskadestyrelsen traf den 14. maj 2012 afgørelse om, at forsikrede havde et varigt mén på 25 % efter ulykken. På baggrund heraf meddelte vi ved brev af 31. maj 2012, at vi udbetalte erstatning for et varigt mén på 25% med tillæg af renter.

Forsikredes advokat fremsendte ved brev af 10. december 2012 en ortopædkirurgisk speciallægeerklæring indhentet af Patientforsikringen i forbindelse med en patientforsikringssag.

Vi forelagde speciallægeerklæringen for vores lægekonsulent og anførte ved brev af 14. januar 2013, at vi fortsat vurderede det varige mén til 25 %. Vi tilbød at indbringe sagen for Arbejdsskadestyrelsen til en fornyet vurdering og i den forbindelse at betale halvdelen af gebyret.

Forsikredes advokat fremsendte herefter en ny ortopædkirurgisk speciallægeerklæring og i juni 2013 yderligere lægeligt materiale, hvoraf det fremgik, at forsikrede oplevede en forværring af sine gener.

Vi fastholdt ved brev af 31. august 2013 vores vurdering af méngraden. Vi tilbød igen at indbringe sagen for Arbejdsskadestyrelsen til en fornyet vurdering og at betale halvdelen af gebyret.

Den 13. november 2013 oplyste klagers advokat, at hun ønskede sagen genforelagt for Arbejdsskadestyrelsen. Vi tilbød ved e-mail af 21. november 2013 at gøre det. Advokaten

ønskede imidlertid selv at sende sagen til Arbejdsskadestyrelsen, hvilket skete ved brev af 28. november 2013.

Arbejdsskadestyrelsen vurderede ved udtalelse af 15. juli 2015, at forsikrede havde et varigt mén på 30 % som følge af ulykken.

Forsikredes advokat anmodede herefter Codan om at betale 10.000 kr. med tillæg af moms for forsikredes advokatudgifter. Dette afviste vi ved e-mails af 4. og 13. august 2015.

Vi udbetalte ved brev af 28. august 2015 erstatning for de yderligere 5 % varigt mén med tillæg af renter.

Forsikredes advokat anmodede herefter om at modtage forsikringsbetingelserne. Ved en fejl sendte vi ved e-mail af 31. august 2015 nogle forkerte forsikringsbetingelser med police, der ikke er gældende for forsikrede. Efter disse forsikringsbetingelser og police er der dækning allerede ved en méngrad på 10 % og tillægserstatning ved en méngrad over 30 %, ligesom der var angivet en forsikringssum på 792.000 kr.

Forsikredes advokat anmodede herefter ved brev af 1. oktober 2015 om erstatning med udgangspunkt i de forkerte betingelser og police, ligesom hun anmodede om 10.000 kr. for forsikredes advokatomkostninger. Dette afviste vi ved e-mail af 5. oktober 2015, hvor vi fremsendte de korrekte forsikringsbetingelser. Vi oplyste endvidere, at forsikringssummen på skadestidspunktet var 668.000 kr., som var det beløb, de udbetalte erstatninger var opgjort i overensstemmelse med.

Herefter fulgte yderligere korrespondance, som er vedlagt som bilag 31-34. Forsikredes advokat har efterfølgende indbragt sagen for ankenævnet.

For ovenfor anført vedrører klagen to forhold: dels afslag på erstatning for advokatomkostninger, dels størrelsen af forsikringssummen.

Advokatomkostninger

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

Det er vores opfattelse, at sagen ikke har nødvendiggjort advokatbistand, og at forsikrede derfor ikke har krav på dækning af advokatomkostninger, jf. FAL § 32, stk. 3. Vi har lagt vægt på følgende forhold:

Efter at have modtaget vores afslag på erstatning af 15. november 2011 blev forsikrede ved telefonsamtale samme dag opfordret til at indsende sine kommentarer skriftligt, så vi kunne forelægge dem for vores lægekonsulent. Ved e-mail af 26. november 2011 oplyste hun, at hun inden længe ville sende en klage til os med præcisering af, hvorfor hun var uenig i méngradsvurderingen. Allerede herefter - på et tidspunkt hvor vi ikke havde modtaget nærmere oplysninger om, hvorfor vores méngradsvurdering skulle være forkert - antog forsikrede advokat. Det er vores opfattelse, at der intet grundlag var for at antage advokat allerede på dette tidspunkt og forvente omkostningerne hertil dækket.

Heller ikke det efterfølgende sagsforløb har efter vores vurdering nødvendiggjort advokatbistand. Således har tvisten mellem forsikrede og Codan alene vedrørt méngradens stør-

relse og ikke et mere kompliceret spørgsmål såsom fortolkning af forsikringsbetingelser eller lignende.

Hertil kommer, at vi løbende har orienteret om muligheden for at indbringe sagen for Arbejdsskadestyrelsen til afgørelse af méngraden. Vi har herudover løbende tilbudt at varetage det praktiske i forbindelse med indbringelsen af sagen for Arbejdsskadestyrelsen samt at betale halvdelen at gebyret. Vi har således allerede fra sagens begyndelse og løbende orienteret om klagemulighederne, og forsikrede kunne blot have anmodet os om at indbringe sagen for Arbejdsskadestyrelsen.

Vi vil i øvrigt fremhæve, at det ikke var forsikredes advokat, men derimod [klagerens forsikringsselskab2], der første gang indbragte sagen for Arbejdsskadestyrelsen. Da forsikrede ønskede sagen forelagt Arbejdsskadestyrelsen igen, tilbød vi at gøre dette, men forsikredes advokat ønskede selv at stå for det.

Vi mener derfor ikke, at advokaten har udført arbejde, som forsikrede ikke selv kunne have udført - eventuelt med vores bistand i forbindelse med forelæggelse af sagen for Arbejdsskadestyrelsen.

Endvidere vil vi fremhæve, at forsikrede allerede ved sin første henvendelse den 15. november 2011 blev orienteret om, at forsikringen ikke dækker advokatomkostninger.

På denne baggrund finder vi ikke, at forsikrede har ret til at få sine advokatomkostninger dækket. Det forhold, at forsikrede har ønsket advokatbistand, muligvis fordi hun - ud over forsikringen i Codan - tilsyneladende også var omfattet af en forsikring i [klagerens forsikringsselskab2], ligesom der har verseret en patientforsikringssag, kan således ikke bevirke, at vi skal afholde advokatomkostningerne.

Vi skal i øvrigt henvise til ankenævnets praksis på området, herunder kendelse 85.301, 83.472 og 80.711.

Forsikringssummens størrelse

Som ovenfor anført er ulykkesforsikringen en kollektiv forsikring. Forsikringsaftalen er indgået med [klagerens pengeinstitut] som forsikringstager, og [klageren] er forsikret. I den tidligere ordning med [andet selskab] var erstatning betinget af en méngrad på mindst 25 %, og dette vilkår er ligeledes gældende i ordningen hos Codan, således som det fremgår af brevet til [klagerens pengeinstitut] og tilmeldingsblanketterne vedlagt som bilag 1-2.

Tilmeldingen til ordningen foregik i banken, og de forsikrede skulle i den forbindelse vælge en forsikringssum, som løbende indeksreguleres. Hvert år sender banken os en oversigt over de kunder, der er omfattet af ordningen, med angivelse af bl.a. forsikringssummen for de enkelte kunder for det pågældende år. I 2010 var forsikringssummen på [klagerens] forsikring 668.000 kr. ifølge den oversigt, vi har modtaget fra banken. Det er dette beløb, vi korrekt har taget udgangspunkt i ved opgørelsen af erstatningen.

Forsikrede har af en medarbejder i [klagerens pengeinstitut] fået oplyst en forsikringssum på 730.000 kr., jf. bilag 33. De 730.000 kr. er imidlertid forsikringssummen i 2015. Det relevante beløb for ulykkestilfældet er derimod 668.000 kr., der som nævnt var forsikringssummen i 2010, hvor ulykken skete. Vi henviser til [klagerens pengeinstituts] brev af 8. juni 2016 vedlagt som bilag 35.

> For så vidt angår beløbet på 792.000 kr., der er anført i policen fremlagt af forsikredes advokat, skal vi bemærke, at det er den maksimale opregulerede forsikringssum, som det var muligt for de forsikrede at vælge i år 2017. Dette beløb er dog som redegjort for ikke gældende for forsikredes dækning."

Nævnets sekretariat har i brev af 11/7 2016 til selskabet anmodet om en uddybning og dokumentation vedrørende påstanden om, at "beløbet på 792.000 kr., der er anført i policen […] er den maksimale opregulerede forsikringssum, som det var muligt for de forsikrede at vælge i år 2017". Selskabet har i brev af 27/7 2016 til nævnet heroverfor bl.a. anført:

> "Som anført er der tale om en kollektiv forsikring, hvor en lang række forsikrede (bankkunderne) er dækket under **én** police. Det var ved indtegningen muligt for de forsikrede at vælge mellem forskellige niveauer af forsikringssummer. Dette fremgår også af den indtegningsblanket, som [klagerens] advokat har fremsendt i forbindelse med ankenævnssagen. De forskellige niveauer er så løbende blevet indeksreguleret i takt med årene.
>
> Policen, der ikke er udstedt eller udsendt til de enkelte forsikrede, er som anført én samlet police, der dækker alle de forsikrede med deres forskellige summer. Vores computersystem er indrettet således, at det automatisk anfører det højeste beløb, som det var muligt for de forsikrede at vælge tilbage ved indtegningen i 1990'erne, og dette beløb er så automatisk opreguleret til år 2017. Sådan er systemet indrettet. Da [klagerens] advokat i august 2015 anmodede om og fik tilsendt en udskrift af policen, blev policen derfor automatisk udskrevet med beløbet 792.000 kr.
>
> Da der som anført er én samlet police for alle de forskellige sikrede - med forskellige forsikringssummer - er beløbet på 792.000 kr. således ikke gældende for [klageren].
>
> Ordningen fungerer således, at banken hvert år sender os en oversigt over, hvilken sum der er gældende for hvert enkelt forsikret. Dette beløb var i skadeåret 2010 for [klagerens] vedkommende 668.000 kr., og det er det beløb, vi kontinuerligt i forbindelse med vores sagsbehandling har taget udgangspunkt i ved beretningen af ménerstatningen.
>
> Til orientering vedlægges skema fra min kollega, der viser oplysningerne, vi har fået fra [klagerens pengeinstitut] om [klagerens] dækning. Det fulde skema fra [klagerens pengeinstitut] indeholder personoplysninger om alle de ca. 460 forsikrede på ordningen, som vi derfor ikke vedhæfter.
>
> Efter at [klagerens] advokat modtog den generelle police med beløbet på 792.000 og på baggrund af denne rettede krav om yderligere erstatning (jf. brev af 1. oktober 2015), gjorde vi hende med det samme (jf. e-mail af 5. oktober 2015) opmærksom på, at beløbet ikke var gældende for [klageren], men at det derimod var 668.000 kr., som også var det beløb, der hele tiden var anvendt i forbindelse med erstatningsudmålingen.
>
> Som dokumentation for, at den rette sum i 2010 var 668.000 kr., har vi i vores sidste brev til ankenævnet af 16. juni 2016 vedlagt [klagerens pengeinstituts] brev af 8. juni 2016 (bilag 35).

> Vi skal afslutningsvis pointere, at uklarheden om forsikringssummens størrelse er opstået efter, at advokaten i juli 2015 anmodede os om at betale for hendes honorar på 10.000 kr. i forbindelse med fastsættelsen af méngraden. Uklarheden om forsikringssummens størrelse blev som anført afklaret af os allerede fire dage efter modtagelsen af advokatens brev af 1. oktober 2015."

Da selskabet ikke har fremlagt en kollektiv police, der har nogen tilknytning til forsikringsbetingelserne af 16/11 2006, har nævnets sekretariat herefter anmodet selskabet om, at dokumentere, at det var disse betingelser, der var gældende for aftalen. Selskabet har i brev af 29/9 2016 hertil bl.a. anført:

> "Der har i al den tid, den kollektive forsikringsordning med [forening af pengeinstitutter] har været i Codan, kun været to versioner af forsikringsbetingelser tilknyttet forsikringsordningen: version 1 og version 2.
>
> [Forening af pengeinstitutters] brev af 1. november 2006 (tidligere fremlagt i sagen og nu gen-fremlagt som bilag 37 - bemærk at datoen automatisk ændres til den dag, brevet er udprintet) blev fremsendt til bankerne sammen med forsikringsbetingelserne i version 1 (bilag 38). Som dokumentation for, at det var disse forsikringsbetingelser, der blev sendt sammen med dette brev, kan vi henvise til forsikringsbetingelsernes punkt 15:
>
> **'15. Forsikringens ikrafttræden**
>
> *Forsikringen træder i kraft fra 1. april 2007, under forudsætning af, at forsikrede har underskrevet en tilmeldingsblanket og senest 15. december 2006 sendt tilmeldingsblanketten til pengeinstituttet.*
>
> Dette stemmer overens med, hvad der er anført i brevet af 1. november 2006 om, at kunderne inden 15. december 2006 skulle returnere en svarblanket til bankerne for at videreføre forsikringen."
>
> ***
>
> Ved brev af 16. november 2006 orienterede [forening af pengeinstitutter] de enkelte banker om status vedrørende tegning af ulykkesforsikringerne i Codan. Bemærk at datoen også på dette brev i vores computersystem automatisk ændres til den dag, det er udskrevet. Brevet er genfremlagt som bilag 39.
>
> Af brevet fremgår, at forsikringsbetingelsernes pkt. 15 er ændret, således at *"det ikke længere fremgår, at en betingelse for at beholde forsikringen, at der er underskrevet en tilmeldingsblanket inden 15. december 2006. Nu fremgår det blot af betingelserne forsikringen træder i kraft 1. april, som aftalt med pengeinstituttet. De nye forsikringsbetingelser er vedlagt dette brev.'*
>
> De forsikringsbetingelser, der var vedlagt brevet, er dem, vi allerede har fremlagt i sagen som bilag 30. De genfremlægges som bilag 40. Nederst på forsikringsbetingelserne fremgår datoen 16.11.2006. Af disse forsikringsbetingelsers punkt 15 fremgår:
>
> **'15. Forsikringens ikrafttræden**
> *Forsikringen træder i kraft fra 1. april 2007 som aftalt med pengeinstituttet.'*

Indholdet af forsikringsbetingelserne (bilag 40) svarer således til det, der er anført i brevet af 16. november 2006. Vi mener, at dette dokumenterer, at forsikringsbetingelserne er fremsendt til [forening af pengeinstitutter] - og videre til bankerne.

Det bemærkes, at forsikringsbetingelserne er sendt til forsikringstager - og ikke til de enkelte forsikrede (f.eks.[klageren]).
Der er ikke efterfølgende sendt andre forsikringsbetingelser til [forening af pengeinstitutter] - og videre til bankerne (forsikringstager).

***

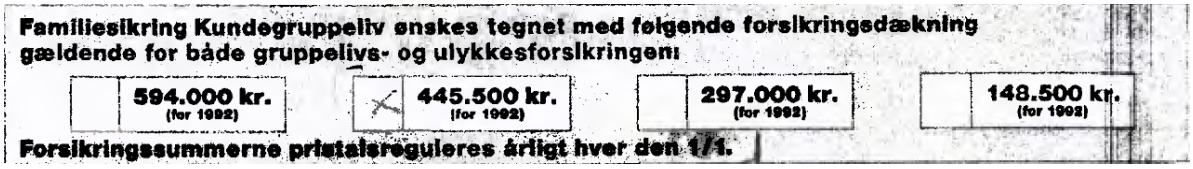
Vi mener på denne baggrund, det er dokumenteret, at det var disse forsikringsbetingelser (bilag 40), der var de gældende på skadestidspunktet den 26. oktober 2010.
Dette er også disse forsikringsbetingelser, vi fremsendte til [klageren] ved vores e-mail af 5. oktober 2015."

Af det vedlagte uddrag fra skema fremgår bl.a.:

"Tilmeldingsblanketten, og dermed hvad kunden har valgt og skrevet under på, findes i pengeinstituttet.
Vi får hvert år en oversigt over de kunder, der aktuelt er omfattet af ordningen (der nytegnes ikke til ordningen, så der bliver gradvis færre) – oversigten pr. 1.4.2010 indeholder 460 kunder i [klagerens pengeinstitut], bl.a. klageren, med følgende data:
…

Navn	**Sum 2010**	**Start**	**Ophør**	**Præmie 2010**
[Klageren]	668.000	16-03-2007	31-12-9999	220,44"

Af begæring om gruppelivs- og gruppeulykkesforsikring dateret 12/5 1992 fremgår bl.a.:


Familiesikring Kundegruppeliv ønskes tegnet med følgende forsikringsdækning gældende for både gruppelivs- og ulykkesforsikringen:
☐ 594.000 kr. (for 1992) ☒ 445.500 kr. (for 1992) ☐ 297.000 kr. (for 1992) ☐ 148.500 kr. (for 1992)
Forsikringssummerne prisregureres årligt hver den 1/1.

I fejldateret brev som (ifølge selskabet fra den 16/11 2006) fra en forening af pengeinstitutter til selskabet, fremgår bl.a.:

"Kombinationsforsikring – Status vedrørende tegning i Codan

Den 1. november sendte vi et brev til jer med oplysning de praktiske opgaver, der udestår i forbindelse med afvikling af ulykkesforsikringerne i PFA. Vedlagt brevet var endvidere et udkast til kundebrev til de kunder, der tilbydes at fortsætte kombinationsforsikringen i regi af Codan samt tilhørende forsikringsbetingelser.
…
Udkastet til brev fremsendt den 1. november indeholder en frist for kundernes accept til den 15. december. Foreningen har efterfølgende fået en række henvendelser vedrørende fristen med ønske om forlængelse. Blandt andet på den baggrund har vi sammen med Codan ændret betingelsernes pkt. 15, så det ikke længere fremgår, at en betingelse for at beholde forsikringen er, at der underskrevet en tilmeldingsblanket inden 15. december 2006. Nu fremgår det blot af betingelserne forsikringen træder i kraft 1. april, som aftalt med pengeinstituttet. De nye forsikringsbetingelser er vedlagt dette brev.
…"

I mail af 1/12 2010 fra selskabet til klageren hedder det bl.a.:

> "Jeg kan oplyse, at hvis der på en kollektiv ulykkesforsikring som denne alene udstedes police, så sker det alene til forsikringstageren, ikke til den enkelte forsikrede.
> I dette tilfælde er der tale om en sådan særlig ordning, at der ikke udstedt police til forsikringstageren, men alene forsikringsbetingelser og en administrativ vejledning.
>
> Det du som kunde kan få af information, er selvfølgelig de forsikringsbetingelser,der knytter sig til ordningen. Oplysning om forsikringssummens størrelse går vi ud fra fremgår af dit engagement med [klagerens pengeinstitut] - alternativt kan det oplyses af os (pr. 1.4.2010: 668.000 kr.)."

Af selskabets telefonnotat af 15/11 2011 fremgår bl.a.:

> "Beskrivelse
> TALT MED SKL. SOM ABSULUT IKKE ER ENIG I VORES VURDERING AF SAGEN, OG ØNSKER VORES LÆGES UDTALELSE, OPLYST AT VORES LÆGES VURDERING STÅR I VORES BREV AF 15. NOVEMBER 2011 OG KAN IKKE SENDE YDERLIGERE OPLYSNINGER, END SPEC.ERKL. SO, HUN ALLEREDE HAR MODT.
> HUN FAR FAT I EN ADV. DA HUN ER MEGED UTILFREDS.
> OPLYST VI IKKE DÆKKER ADV. SALÆR. MEN HUN MÅ SKRIVE TIL OS, HVAD HUN IKKE ER ENIG I."

I brev fra selskabet til klageren af 15/11 2011 hedder det bl.a.:

> "Efter at have set på de lægelige oplysninger, har vi vurderet at dine følger efter ulykken ikke er af en sådan størrelse, at de kan fastsættes til en invaliditetsgrad på mindst 25%.
> …
> Da invaliditetsgraden er under 25%, kan vi ikke udbetale erstatning - ifølge forsikringsbetingelserne skal invaliditetsgraden være mindst 25%, før der kan udbetales erstatning. Invaliditetsgraden er fastsat på baggrund af lægeerklæringen og Arbejdsskadestyrelsens méntabel. (kan ses på www.ask.dk).
>
> Bliver dit helbred senere forværret som følge af ulykken, skal du 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.
>
> Hvis du har spørgsmål til sagen, er du velkommen til at ringe eller skrive til mig."

I brev fra selskabet til klageren af 28/11 2011 hedder det bl.a.:

> "Vi har modtaget svaret fra vores rådgivende lægekonsulent, vedrørende den skade, du fik i forbindelse med en ulykke 26. juli 2010. På baggrund af oplysningerne har vi nu gennemgået sagen igen. Vi bedømmer stadig invaliditetsgraden til 20%. Derfor kan vi ikke udbetale erstatning.
> …
> Hvis du ikke er enig i bedømmelsen, kan vi bede Arbejdsskadestyrelsen give en vejledende udtalelse om invaliditetsgradens størrelse.

Arbejdsskadestyrelsen er en uvildig statslig institution, og en udtalelse koster 4.900 kr. Du skal indbetale halvdelen af gebyret, så betaler vi den anden halvdel.

Hvis du ønsker, at Arbejdsskadestyrelsen skal gennemgå sagen, skal vi bede dig ringe eller skrive til os.
Fastsætter Arbejdsskadestyrelsen en invaliditetsgrad, der er højere end den, vi har fastsat, refunderer vi din andel af gebyret.

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

I brev fra selskabet til klageren af 31/5 2012 hedder det bl.a.:

"Vi har modtaget Arbejdsskadestyrelsens vejledende udtalelse om den skade, du fik i forbindelse med en ulykke 26. juli 2010. Arbejdsskadestyrelsen har fastsat invaliditetsgraden til 25%. Du skal have udbetalt 167.000 kr. i erstatning - vi sender beløbet en af de nærmeste dage via din advokat iht. fuldmagt fra dig.

Din forsikring dækker medicinsk invaliditet. Det vil sige, at erstatningen dækker de daglige gener og ulemper, du har som følge af ulykken - forsikringen dækker altså ikke tab af erhvervsevne.

Udbetalingen er beregnet ud fra invaliditetsgraden og forsikringssummen, der er på 668.000 kr.

Vi har også udbetalt 7.665,29 kr. i renter. Renterne er beregnet fra 14 dage efter at vi har modtaget de seneste lægelige oplysninger. Vi gør opmærksom på, at vi indberetter renterne til SKAT.

Bliver dit helbred senere forværret som følge af ulykken, skal du 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.

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

Af brev fra klagerens advokat til selskabet af 10/12 2012 fremgår bl.a.:

"Jeg sender speciallægeerklæring udarbejdet af … på foranledning af Patientforsikringen. Erklæringen bærer præg af, at … ikke er skulderspecialist og der har derfor været primær fokus på lænderyg problematikken.

Der står bl.a. i erklæringen anført, at skadelidte ikke har ømhed over rotatorcuffen og der er ganske god kraft i begge skulderled. Dette er ikke korrekt.

Sagen afventer p.t. yderligere undersøgelse ved … for så vidt angår skuldre, samt neurokirurgisk undersøgelse til belysning af den cervikale problemstilling.

Det kan oplyses, at skadelidte er scannet i lænderyggen og har været til yderligere undersøgelse ved … Jeg medsender journalmaterialet.

Når yderligere undersøgelser er på plads, forbeholder jeg mig at vende tilbage. Får de nye erklæringer betydning for ménvurderingen, vil jeg forbeholde mig at søge udgifterne til speciallægeerklæringerne refunderet."

I brev fra selskabet til klagerens advokat af 14/1 2013 hedder det bl.a.:

"Vi bedømmer stadig invaliditetsgraden til 25% udfra oplysningerne i sagen, og kan derfor ikke udbetale yderligere erstatning.

Vores lægekonsulent udtaler, at han finder speciallægeerklæringerne i sagen fyldestgørende og fuldt dækkende.

Hvis der tilkommer sagen yderligere nye lægelige oplysninger bedes du fremsende en kopi af disse, hvorefter vi vil se på sagen igen.

Hvis skadelidte ikke er enig i bedømmelsen, kan vi bede Arbejdsskadestyrelsen give en vejledende udtalelse om invaliditetsgradens størrelse.

Arbejdsskadestyrelsen er en uvildig statslig institution, og en udtalelse koster 5.400 kr. Du eller skadelidte skal indbetale halvdelen af gebyret, så betaler vi den anden halvdel.

Hvis skadelidte ønsker, at Arbejdsskadestyrelsen skal gennemgå sagen, skal vi bede dig ringe eller skrive til os.
Fastsætter Arbejdsskadestyrelsen en invaliditetsgrad, der er højere end den, vi har fastsat, refunderer vi skadelidtes andel af gebyret.

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

Af brev fra klagerens advokat til selskabet af 14/6 2013 fremgår bl.a.:

"Jeg sender nu lægeligt vedrørende de yderligere undersøgelse skadelidte har gennemgået. Som anført i brevet af 10.12.2012 forbeholder jeg mig fortsat at kræve betaling for indhentelse af speciallægeerklæringerne dækket, såfremt disse måttet føre til en ændret mén vurdering"

I brev fra selskabet til klagerens advokat af 31/8 2013 hedder det bl.a.:

"Vores lægekonsulent har nu set på sagen vedrørende skaden, som [klageren] fik 26. juli 2010.

Vi bedømmer stadig invaliditetsgraden til 25% udfra oplysningerne i sagen, og kan derfor ikke udbetale yderligere erstatning.

Vi har lagt vægt på følgende oplysninger:

Der er lagt vægt på delvis skade på plexus brachialis og ledskred i skulderhøjdeleddet på venstre side.

Hvis skadelidte ikke er enig i bedømmelsen, kan vi bede Arbejdsskadestyrelsen give en vejledende udtalelse om invaliditetsgradens størrelse.

> Arbejdsskadestyrelsen er en uvildig statslig institution, og en udtalelse koster 5.100 kr. Du skal indbetale halvdelen af gebyret, så betaler vi den anden halvdel.
>
> Hvis skadelidte ønsker, at Arbejdsskadestyrelsen skal gennemgå sagen, skal vi bede dig ringe eller skrive til os.
> Fastsætter Arbejdsskadestyrelsen en invaliditetsgrad, der er højere end den, vi har fastsat, refunderer vi skadelidtes andel af gebyret.
>
> Hvis du har spørgsmål til sagen, er du velkommen til at ringe eller skrive til mig."

Arbejdsskadestyrelsen fastsatte i ny udtalelse den 15/7 2015 klagerens varige mén skønsmæssigt til 30 %. I brev fra selskabet til klagerens advokat af 28/8 2015 hedder det herefter bl.a.:

> "[Klageren] skal have udbetalt 33.400 kr. i erstatning for den skade, der skete i forbindelse med ulykken 26. juli 2010. 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 30%. Vi har lagt vægt på følgende lægelige oplysninger:
>
> Vi er enige med afgørelsen fra Arbejdsskadestyrelsen.
>
> 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.
>
> Da forsikringssummen på tidspunktet for skaden var på 668.000 kr. og invaliditetsgraden er på 30%, er erstatningen på 200.400 kr. Da vi tidligere har udbetalt 167.000 kr. i erstatning for denne skade, er restbeløbet på 33.400 kr.
> …
> Vi har også udbetalt 4693,99 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.
>
> Vi har også betalt 2550 kr. retur, som i tidligere har betalt for at få sagen i Arbejdsskadestyrelsen.
>
> 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."

Klagerens advokat anmodede i mail af 31/8 2015 selskabet om at fremsende aftalegrundlaget, hvilket selskabet imødekom samme dag. Af den fremsendte police fremgik bl.

14. 89444

a.:

"Forsikringen dækker	Beskæftigelse Alle erhverv	Antal personer 600
	Hele døgnet dvs. ved ulykkestilfælde i såvel arbejdstid som fritid.	
		Dækningen træder ikraft den:
Forsikringen omfatter:	Invaliditetsdækning fra 10% medicinsk invaliditet	01.04.2007
Forsikringen omfatter ikke:	Dødsfaldsdækning Invaliditetsdækning fra 5% medicinsk invaliditet Tandskadedækning Strakserstatning	
Forsikringssummer:	Invaliditetssum fra 10% medicinsk invaliditet	792.000 kr.
Øvrige forhold:	Forsikringen omfatter ikke tillægserstatning Forsikringstageren har ved tegningen af forsikringen valgt at forsikringen, mod en billigere præmie, først yder invaliditetserstatning ved en medicinsk invaliditetsgrad på 10% eller derover."	

Af de tilhørende forsikringsbetingelser fremgår bl.a.:

"**Hvad omfatter invaliditetsdækningen?**

3. Ulykkestilfælde der medfører medicinsk invaliditet

Når et ulykkestilfælde, se fællesbetingelsernes pkt. 2, er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (= mén) fastsættes til mindst 5% eller mindst 10%, udbetales der erstatning.

Af policen fremgår det, om der ydes erstatning fra en medicinsk invaliditetsgrad på mindst 5% eller om der først ydes erstatning fra en medicinsk invaliditetsgrad på mindst 10%.

Invaliditetsgraden fastsættes i overensstemmelse med den méntabel, som Arbejdsskadestyrelsen benytter på skadetidspunktet, med de begrænsninger, der er anført nedenfor og i pkt. 4.

Hvis invaliditetsgraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel, fastsættes den tilskadekomnes medicinske invaliditetsgrad efter tilsvarende principper som er lagt til grund for méntabellen, på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

I alle tilfælde fastsættes invaliditetsgraden på et rent medicinsk grundlag, uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, tilskadekomnes specielle erhverv, eller andre individuelle forhold.

Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte invaliditetsgrad.
…
Tillægserstatning

5. Tillægserstatning fra 30% invaliditet

Medfører ulykkestilfældet en invaliditetsgrad på 30% eller derover, udbetales en tillægserstatning. Tillægget er af samme størrelse som den ordinære erstatning, således at der i disse tilfælde betales dobbelt erstatning."

Af brev fra klagerens advokat til selskabet af 1/10 2015 fremgår bl.a.:

"Dertil kommer, at det ikke ses af udbetalingsmeddelelsen fra den 29. oktober 2015, at Codan Forsikring har beregnet tillæg for dobbeltdækning ved 30 procent méngrad. [Klageren] er ifølge de fremsendte forsikringsbetingelser, jf. mail af 31. august 2015 berettiget til dobbeltdækning ved en invaliditetsgrad på 30 procent.

Yderligere er godtgørelsen ikke beregnet ud fra en invaliditetssum på kr. 792.000 som det ellers er anført i den gældende police fremsendt af selskabet den 31. august 2015.

Selskabet bedes således udbetale dobbeltdækning af godtgørelsen, samt beregne godtgørelsen ud fra den korrekt invaliditetssum, jf. de til skadelidte fremsendte forsikringsbetingelser."

I mail af 5/10 2015 fra selskabet til klagerens advokat fremgår bl.a.:

"Jeg må beklage, at det er den forkerte police og forkerte betingelser jeg har sendt.
Jeg vedhæfter den korrekte her.
…
Det er en kollektiv forsikring og summen på forsikringen var på skadestidspunktet 668.000 kr. Det er oplysninger vi har modtaget fra banken, som er forsikringstager.

Ud fra sagens oplysninger, kan vi ikke tilbyde at betale for jeres omkostninger.

Vi har vurderet sagen flere gange og henvist til klagemuligheder i Arbejdsskadestyrelsen, hvilket ikke er blevet ændret af jeres tilstedeværelse i sagen.

Sagen har været vurderet i Arbejdsskadestyrelsen via [klagerens forsikringsselskab2] i første omgang og vi har fulgt afgørelsen på 25%.

I 2014 kom sagen i Arbejdsskadestyrelsen igen og de er kommet med en ny afgørelse her i 2015 og den har vi også fulgt og betalt yderligere i erstatning.

Der er ikke nogen tillægserstatning på denne forsikring og heller ikke på den forkerte jeg havde sendt."

16. 89444

Af de fremsendte betingelser fremgår bl.a.:

"**Hvad forstås ved et ulykkestilfælde?**

3. Som ulykkestilfælde betragtes:

- en pludselig hændelse
- der forårsager personskade

Hvad omfatter invaliditetsdækningen?

4. Ulykkestilfælde der medfører mindst 25% medicinsk invaliditet

Når et ulykkestilfælde, se pkt. 3, er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (= mén), fastsættes til mindst 25%, udbetales der erstatning.

Méngraden fastsættes i overensstemmelse med den méntabel, som Arbejdsskadestyrelsen benytter på skadetidspunktet, med de begrænsninger, der er anført nedenfor og i pkt. 6.

Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel, fastsættes den méngraden efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen, på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

I alle tilfælde fastsættes méngraden på et rent medicinsk grundlag, uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, tilskadekomnes specielle erhverv, eller andre individuelle forhold.

Ved méngrader mellem 25% og 50% udgør erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte méngrad. Ved méngrader på 50% og derover udgør erstatningen den fulde forsikringssum.
…
Hvornår dækker forsikringen fra?

15. Forsikringens ikrafttræden

Forsikringen træder i kraft fra 1. april 2007 som aftalt med pengeinstituttet
…"

Af screenshot fra klagerens selvbetjeningsprofil på selskabets hjemmeside af 12/10 2015 af fremgår bl.a.:

"Opdateret af … mandag 12.10.2015
…

Øvrige forsikringer

Aftale	Dækningssum	Udbetales ved	Årlig præmie	Betalt præmie indeværende år
Codan ulykke kr. 730.000 (policenr :)	730.000,00	Ulykke inden aftalt udløb	240,90	240,90

I mail af 10/2 2016 fra klagerens pengeinstitut til klageren af hedder det bl.a.:

> "Ulykkesforsikringen fra Codan ophører 30/6-2061, og dækningssummen er på 730.000 kr."

I brev fra klagerens pengeinstitut til selskabet af 8/6 2016 hedder det bl.a.:

> "Vi kan hermed bekræfte, at dækningsbeløbet i 2010 var kr. 668.000 og præmien var kr. 220,44, og præmien er hævet på [klagerens] konto den 12.05.2010. Beløbet på kr. 730.000 et forsikringssummen for 2015."

Nævnet udtaler:

Klageren blev i 1992 via sit pengeinstitut optaget i en gruppelivs- og gruppeulykkesforsikring i et andet selskab. I 2007 videreførte hun ordningen hos det indklagede selskab.

Klageren anmeldte den 13/12 2010, at hun den 26/7 2010 var blevet smidt af en hest og havde pådraget sig ustabile frakturer i C6, C7 og TH1. Selskabet har ad flere omgange, og efter at sagen har været forelagt for Arbejdsskadestyrelsen to gange, udbetalt erstatning svarende til et varigt mén på 30 %.

Parterne er uenige on, hvorvidt det var rimeligt og nødvendigt for klageren at antage en advokat, samt hvilken dækningssum, der gælder for aftalen.

Aftalegrundlaget

Det fremgår af begæring om gruppelivs- og gruppeulykkesforsikring dateret den 12/5 2012 , at klageren afkrydsede, at hun ønskede en ulykkessum på 445.500 kr., og at summerne pristalsreguleres årligt hver den 1/1. I breve af 31/5 2012 og 28/8 2015, anførte selskabet, at udbetalingen var beregnet ud fra "forsikringssummen, der er på 668.000 kr." Selskabet fremsendte i mail af 31/8 2015 til klagerens advokat en police, i hvilken det var anført, at invaliditetssummen var på 792.000 kr., og at forsikringen ikke omfattede tillægsdækning. Af de fremsendte forsikringsbetingelser fra 10/5 2007 fremgik imidlertid, at der var tillægsdækning fra 30 % invaliditet.

Efter ny henvendelse fra klagerens advokat den 1/10 2015 anførte selskabet den 5/10 2015, at det fremsendte aftalegrundlag var forkert og vedlagde de "korrekte" forsik-

ringsbetingelser, der er dateret den 16/11 2006 og i henhold til hvilke, der ikke er tillægsdækning. Selskabet har som dokumentation for, at det er disse betingelser, der er gældende for aftalen, alene fremlagt breve fra en forening af pengeinstitutter til selskabet, der ifølge selskabet er fra den 1/11 2006 og 16/11 2006. Brevene vedrørte overgangen af porteføljen fra et andet selskab til det indklagede selskab, og til brevene var de pågældende forsikringsbetingelser vedlagt sammen med et udkast til en svarblanket til de berørte kunder.

Selskabet har blandt andet anført, at "den generelle police med beløbet på 792.000 kr. […] ikke var gældende for [klageren], men at det derimod var 668.000 kr." Som dokumentation har selskabet fremlagt et brev fra klagerens pengeinstitut til selskabet af 8/6 2016, hvori pengeinstituttet bekræfter, at "dækningsbeløbet i 2010 var 668.000 kr.". Selskabet har endvidere vedlagt et "uddrag af skema med oplysninger" fra klagerens pengeinstitut, hvori der er anført "Sum 2010 668000".

Selskabet har om policen, som klageren fik tilsendt den 31/8 2015, blandt andet anført, at denne ikke er udstedt eller udsendt til de enkelte forsikrede, men i stedet er en samlet police, der dækker alle de forsikrede med deres forskellige summer. Selskabets computersystem er indrettet således, at det automatisk anfører det højeste beløb, som det var muligt for de forsikrede at vælge tilbage ved indtegningen i 1990'erne, og dette beløb er så automatisk opreguleret til år 2017. Det er ifølge selskabet derfor, at denne police "automatisk" blev udskrevet efter henvendelsen fra klagerens advokat.

Nævnet bemærker indledningsvist, at selskabets ordning med de pågældende pengeinstitutter på flere punkter ikke er gennemskuelig, og at selskabet i sine svar til nævnet heller ikke har været i stand til klart at forklare ordningens indhold, herunder hvornår de to forskellige versioner af forsikringsbetingelserne finder anvendelse. Nævnet finder, at dette er kritisabelt.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet imidlertid, at kunne lægge til grund, at dækningssummen på ulykkestidspunktet den 26/7 2010 udgjorde 668.000 kr.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på oplysningerne fra klagerens pengeinstitut og på det, som selskabet har anført om den omhandlede gruppepolice og om pristalsregulering.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren har fremlagt screenshot fra sin selvbetjeningsprofil på selskabets hjemmeside hvoraf det fremgår, at dækningssummen pr. 12/10 2015 udgjorde 730.000 kr. Dette screenshot giver ikke belæg for at antage, at klagerens dækningssum, som pristalsreguleres, skulle have være på 792.000 kr. på ulykkestidspunktet den 26/7 2010.

Spørgsmålet er herefter, om selskabet ved fremsendelsen af policen den 31/8 2015 har givet klageren en berettiget forventning om, at hun havde en dækningssum på 792.000 kr. på ulykkestidspunktet. Nævnet finder, at dette ikke er tilfældet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet allerede i mail 1/12 2010 oplyste klageren, at forsikringssummens størrelse pr. 1/4 2010 udgjorde 668.000 kr., og at selskabet i breve til klageren af 31/5 2012 og 28/8 2015 anførte, at det ved erstatningsberegningen tog udgangspunkt i en forsikringssum på 668.000 kr.

Det forhold, at selskabet først oplyste, at der forelå en fejl efter henvendelse fra klagerens advokat den 1/10 2015, kan ikke føre til andet resultat.

Advokatomkostninger

Efter det oplyste om selskabets sagsbehandling finder nævnet, at advokatens arbejde i sagen har været rimeligt og nødvendigt, og selskabet skal derfor dække advokatomkostningerne frem til tidspunktet, hvor sagen blev indbragt for nævnet, med 10.000 kr.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at forhold hos selskabet har givet klageren en berettiget tvivl om både dækningssum og betingelserne i aftalen. Nævnet bemærker, at det ikke kan tillægges afgørende betydning, at fremsendelsen af den omhandlede, fejlagtige police først skete efter, at klageren havde antaget advokat. Endvidere har nævnet lagt vægt på, at selskabet ikke i afvisningsbrevet til klageren af 15/11 2011 ydede

klagevejledning. Nævnet bemærker, at selskabet desuden undlod at yde klagevejledning i samtlige henvendelser til klagerens advokat vedrørende både størrelsen af klagerens erstatning, aftalegrundlaget og dækning for advokatomkostninger.

Det forhold, at selskabet under sagsbehandlingen både har oplyst klageren og hendes advokat om, at advokatomkostninger ikke er dækket, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Codan Forsikring A/S, skal erstatte klagerens advokatomkostninger med 10.000 kr. med tillæg af renter i henhold til forsikringsaftalelovens § 24.

I øvrigt får klageren ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels