Ankenævnet for Forsikring

Den 12. oktober 2016 blev i sag nr. 89566:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Alm. Brand Forsikring A/S
Midtermolen 7
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring i Alm. Brand Forsikring A/S. Hun klager ved sin advokat over, at selskabet har afslået at dække hendes udgifter til advokatbistand i forbindelse med et anmeldt ulykkestilfælde.

Selskabet har afvist at dække advokatomkostninger med henvisning til, at det ikke har været nødvendigt for klageren at være repræsenteret ved advokat, og at advokatens arbejde har været af ren administrativ karakter.

Det fremgår af sagen, at klageren kom til skade den 25/3 2012 ved en rideulykke, hvor hun pådrog sig brud på lænderyggen og et hovedtraume, der medførte koncentrations- og hukommelsesproblemer. Hun anmeldte skaden til selskabet den 27/3 2012. Hun havde også ulykkesforsikring i et andet selskab. Hendes advokat henvendte sig til det indklagede selskab den 9/2 2015.

I klagen af 23/6 2013 har klagerens advokat bl.a. anført:

> "[Klagerens] advokat hjalp hende i forbindelse med fastsættelsen af det varige men efter rideulykken, og stod for korrespondancen med forsikringsselskabet.
>
> Ønsker at opnå ved selskabet:
>
> At selskabet skal anerkende, at [klageren] er berettiget til dækning af advokatomkostninger i forbindelse med sagens behandling på 15.000 + moms.

…
Begrundelse:
Det gøres gældende, at [klageren] er berettiget til dækning af advokatomkostninger, i det advokatens arbejde har været af andet end administrativ karakter. Der er tale om en lægelig kompliceret sag, hvor advokaten har foranlediget indhentet og fremlagt relevante speciallægeerklæringer og øvrig dokumentation til beskrivelse af [klagerens] gener. Herunder særligt udtalelser fra hjernekoordinator og fra … Rehabiliteringscenter og indhentelse af yderligere speciallægeerklæring hos [speciallæge].

Det fastholdes derfor, at [klageren] er berettiget til dækning af advokatomkostninger i forbindelse med indhentelse af disse erklæringer."

I brev af 12/7 2016 til nævnet har selskabet bl.a. anført:

"Vi modtog kundens anmeldelse den 3. april 2012 og anerkendte hændelsen som værende dækningsberettiget på ulykkesforsikringen. Samtidig oplyste vi kunden, at såfremt hun havde varige følger efter hændelsen skulle hun kontakte os inden marts 2013, ellers ville sagen blive afsluttet, da vi så ville gå ud fra, at der ingen varige følger var efter hændelsen.

Kunden kontaktede os den 4. marts 2013 og oplyste, at hun fortsat var under udredning hos en neurolog. Vi indhentede efterfølgende journaloplysningerne fra neurologen. Den 22. marts 2013 kontaktede kunden os pr. telefon for at oplyse, at hun fortsat ikke var afsluttet af lægerne endnu og vi udsatte derfor behandlingen af sagen.

Efterfølgende hørte vi ikke yderligere fra kunden, hvorfor sagen blev afsluttet den 25. marts 2014, altså ca.1 år efter vi var i telefonisk kontakt med kunden.

Den 2. marts 2015 modtog vi henvendelse fra [klagerens advokat], som nu repræsenterede kunden.

Vi registrerede advokaten som part i sagen og sendte kopi af sagens akter til advokaten. Vi oplyste advokaten, at der aldrig var blevet foretaget en egentlig ménvurdering i sagen, da kunden havde bedt om udsættelse af sagen, hvorefter vi aldrig hørte yderligere fra kunden og sagen blev afsluttet.
Samtidig gjorde vi advokaten opmærksom på, at ulykkesforsikringen ikke dækkede advokatomkostninger.

Den 1. december 2015 modtog vi en mail fra advokaten med information om, at kundens anden forsikring hos [forsikringsselskab] havde sendt sagen til vurdering hos Arbejdsskadestyrelsen og at der i den forbindelse var blevet udarbejdet speciallægeerklæringer, som var vedhæftet mailen.

Sagen blev forelagt for vores lægekonsulent til vurdering. Vi udbetalte herefter 5 % aconto erstatning til kunden. Samtidig informerede vi advokaten om, at vi havde brug for en ny speciallægeerklæring og kom med forslag til valg af speciallæge.

Forinden modtagelsen af speciallægeerklæringen sendte advokaten kopi af Arbejdsskadestyrelsens udtalelse fra sagen hos [det andet forsikringsselskab]. Vi forelagde herefter sagen for vores lægekonsulent til vurdering.

Vi udbetalte herefter yderligere 10 % aconto erstatning til kunden og oplyste, at vi fortsat ønskede at afvente den kommende speciallægeerklæring før yderligere stillingtagen til sagen.

Den 19. februar 2016 modtog vi speciallægeerklæringen fra overlæge …, hvorefter vi forelagde sagen for vores lægekonsulenter. Vi vurderede herefter, at vi kunne følge Arbejdsskadestyrelsens udtalelse på 35 % varigt mén.

Den 18. marts 2016 udbetalte vi restbeløbet op til de 35 % mén samt dobbelterstatning jf. forsikringsbetingelserne. Herefter betragtede vi sagen som afsluttet.

Den 29. marts 2016 modtog vi henvendelse fra advokaten som ønskede dækning af salær, svarende til 15.000 kr. + moms. Vi oplyste advokaten, at vi ikke kunne imødekomme kravet og henviste til praksis samt tidligere ankenævnskendelser på området.
…
Begrundelse
Ulykkesforsikringen dækker som udgangspunkt ikke omkostninger til advokatbistand.

Generelt set vil der ikke være behov for at en forsikringstager lader sig bistå af en advokat i en ulykkessag - heller ikke selv om sagen indbringes for Ankenævnet. Dette må også gælde i nærværende sag, som ikke væsentligt adskiller sig fra en typisk ulykkesforsikringssag jf. ovenstående beskrivelse af sagen.

Ifølge FAL § 32 stk. 3. dækkes rimelige og nødvendige udgifter til advokat bistand - dette er dog betinget af, at der skal præsteres et reelt juridisk stykke arbejde, før ulykkesforsikringen dækker disse udgifter.

Da der i denne sag alene er tale om arbejde, som er af ren administrativ karakter, finder vi ikke grundlag for, at dække omkostningerne på ulykkesforsikringen. Advokaten har ikke udført et stykke arbejde, som kunden ikke selv ville have kunne klare. Hvis kunden selv havde kontaktet os og informeret os om, at sagen ligeledes blev behandlet hos [andet forsikringsselskab] og Arbejdsskadestyrelsen, ville forløbet have været fuldstændig det samme og kunden ville have opnået samme resultat ved henvendelse til os. Kunden kunne enten selv have sendt os kopi af lægeoplysningerne eller blot informeret os om at de fandtes, hvorefter vi selv kunne have indhentet oplysningerne - dette behøver man ikke en advokat for.
…
Konklusion
På baggrund af ovenstående oplysninger må vi fastholde vores påstand om, hvad der må anses for at være rimeligt og nødvendigt, i forhold til dækning af advokatomkostninger på ulykkesforsikringen.

Det stykke arbejde som advokaten i sin klage henviser til at have foretaget sig i forbindelse med sagen, giver ikke anledning til dækning fra ulykkesforsikringen. Da advokaten hverken har ændret på forløb eller afgørelse, fastholder vi, at der ikke er grundlag for at betale honoraret.

Vi henviser i øvrigt til en lignende ankenævnssag under sagsnr.: 85872."

Nævnet har fået forelagt bilag, herunder korrespondance, fra sagen. Et uddrag gengives i det følgende.

Af selskabets brev af 9/5 2012 til klageren fremgår bl.a.:

> "**Hændelsen er dækket**
> Vi har modtaget din anmeldelse af hændelsen den 25. marts 2012, hvor du kom til skade med ryggen.
>
> **Varige mén**
> Det er vores erfaring, at det normalt er muligt at vurdere eventuelle varige mén, når der er gået ca. 1 år efter hændelsen. Du skal derfor kontakte os inden marts 2013…
> …
> **Du kan søge om á conto erstatning**
> Hvis du har et varigt mén efter hændelsen på 5% eller derover, kan du søge om en á conto erstatning. For at vi kan vurdere, om der kan udbetales á conto erstatning, skal vi have journaloplysninger fra din egen læge eller fra hospitalet, hvor det fremgår, at skaden er varig."

Af klagerens advokats brev af 9/2 2015 til selskabet fremgår bl.a.:

> "I ovennævnte sag retter jeg hermed henvendelse, idet skadelidte, [klageren], har anmodet om min assistance i forbindelse med følgerne efter ulykken den 25. marts 2012.
>
> De bedes notere på sagen, at undertegnede repræsenterer [klageren] og sende fremtidig korrespondance direkte til mit kontor.
>
> Jeg beder venligst om at modtage kopi af de på sagen værende akter, herunder lægelige akter, korrespondance, eventuelle anmeldelsesskemaer, attester samt lægeerklæringer m.v.
>
> Endvidere anmoder jeg om en oversigt over, hvilke beløb der indtil dato måtte være udbetalt til [klageren], og jeg tager i den forbindelse forbehold for yderligere krav på godtgørelse og erstatning.
>
> De bedes venligst tage stilling til, om forældelsesfristen kan suspenderes til 1 år fra den 25. marts 201 5, med henblik på revurdering af min klients varige mén."

Af selskabets brev af 9/3 2015 til klagerens advokat fremgår bl.a.:

> "Vi har modtaget brev af 9. februar 2015 og noteret os, at den fremtidige korrespondance skal sendes til dit kontor.
>
> Vi kan oplyse, at vi har anerkendt hændelsen og indhentet lægeoplysninger, men aldrig nået at foretage en egentlig ménvurdering, da skadelidte bad om udsættelse af sagen, hvorefter vi ikke hørte yderligere. Der er således ikke udbetalt erstatningsbeløb til skadelidte i sagen.
>
> Forsikringssummen var på skadetidspunktet 1.206.481 kr. og vi vedlægger kopi af alle sagens oplysninger for nuværende.
>
> I forhold til spørgsmålet om forældelsen, så kan vi godt suspendere til 1 år fra den 25. marts 2015.
>
> Til orientering dækker ulykkesforsikringen ikke advokatomkostninger."

Af klagerens advokats mail af 1/12 2015 til selskabet fremgår bl.a.:

> "I denne sag kan jeg oplyse, at min klients anden ulykkesforsikring [forsikringsselskab] har sendt sagen til Arbejdsskadestyrelsen for at få en vejledende udtalelse. I den forbindelse er der indhentet speciallægeerklæringer hos neuropsykolog og neurokirurg. Jeg vedhæfter disse to speciallægeerklæringer.
>
> Endvidere vedhæfter jeg udtalelse fra hjernekoordinator, som også bør indgå i sagen…"

Af selskabets brev af 4/12 2015 til klagerens advokat fremgår bl.a.:

> "Vi vender hermed tilbage til sagen om hændelsen den 25. marts 2012, da vi har modtaget jeres mail med lægeoplysninger i form af to speciallægeerklæringer.
>
> Sagen har efterfølgende været forelagt vores lægekonsulent, som har vurderet, at [klageren] har et sikkert mén efter hændelsen. Vi kan derfor udbetale en aconto-erstatning svarende til 5 % mén.
> …
> Da der er tale om en kompliceret sag med flere skader, er det vores lægekonsulents vurdering, at vi har brug for en ny speciallægeerklæring. Vi foreslår erklæringen laves af D."

Af klagerens advokats brev af 7/12 2015 til selskabet fremgår bl.a.:

> "Jeg henviser til din mail af i dag og kan godkende, at [klageren] undersøges af L. Alternativt en af disse speciallæger:
> …"

Af selskabets mail af 25/1 2016 til klagerens advokat fremgår bl.a.:

> "Vi har modtaget Arbejdsskadestyrelsens udtalelse af den 18. januar 2016.
>
> Sag har efterfølgende været forelagt vores lægekonsulent, som har vurderet, at vi kan udbetale aconto erstatning svarende til yderligere 10 % mén. (Vi har tidligere udbetalt 5 % i aconto erstatning)
> …
> Vi vender tilbage til sagen, når speciallægeerklæringen fra overlæge L er modtaget. Herefter tager vi stilling til evt. yderligere udbetaling."

Af selskabets brev af 18/3 2016 til klagerens advokat fremgår bl.a.:

> "Vi vender hermed tilbage til sagen om hændelsen den 25. marts 2012, da vi har modtaget speciallægeerklæringen fra overlæge L.
>
> Sagen har efterfølgende været forelagt vores lægekonsulent, som ud fra erklæringen har vurderet, at vi kan følge Arbejdsskadestyrelsens afgørelse, svarende til 35 % mén.
>
> Da vi tidligere har udbetalt aconto erstatning svarende til 15 % mén fratrækkes tidligere udbetalte beløb.
> …
> Ifølge Forsikringsaftalelovens § 24 skal vi betale renter 14 dage efter modtagelse af de seneste lægelige oplysninger. Beregningen er vedlagt."

Nævnet udtaler:

Klageren var udsat for en rideulykke den 25/3 2012 og anmeldte skaden til selskabet den 27/3 2012. Selskabet anerkendte forsikringsdækning den 9/5 2012 og bad klageren vende tilbage omkring årsdagen for ulykken for vurdering af de varige følger. Selskabet vejledte klageren i brevet om muligheden for at søge om á conto erstatning. I marts 2013 kontaktede klageren selskabet og oplyste, at hun ikke var afsluttet af lægerne, og selskabet udsatte behandlingen af sagen. Næste henvendelse var den 2/3 2015 fra klagerens advokat, der oplyste, at hun nu repræsenterede klageren.

Klagerens udgift til advokat udgør 15.000 kr. + moms.

Klageren har ved sin advokat anført, at advokatbistand har været nødvendig, fordi der var tale om en lægelig kompliceret sag, hvor advokaten har foranlediget indhentet og fremlagt relevante speciallægeerklæringer og øvrig dokumentation for klagerens gener.

Selskabet har anført, at advokatens arbejde har været af ren administrativ karakter.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3, at sikrede kan kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet.

Nævnet har gennemgået sagen og finder, at selskabets behandling af sagen ikke har været af en sådan karakter, at advokatbistand har været nødvendig.

Nævnet har bl.a. lagt vægt på, at advokatens arbejde alene ses at have bestået i at fremsende speciallægeerklæringer mv. samt udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen, som klagerens andet ulykkesforsikringsselskab havde indhentet, at godkende den speciallæge, som selskabet havde foreslået, og at modtage erstatningsudbetalinger. Selskabet har oplyst, at det ville have indhentet erklæringerne mv. hos det andet forsikringsselskab, hvis klageren selv havde henvendt sig. Nævnet finder, at advokatens arbejde ikke

går ud over, hvad klageren uanset sin hjerneskade selv kunne have foretaget eller bedt selskabet gøre.

Nævnet kan på denne baggrund ikke kritisere, at selskabet har afvist at dække klagerens advokatomkostninger.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand