Ankenævnet for Forsikring

Den 18. januar 2017 blev i sag nr. 89873:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

If Skadeforsikring
Stamholmen 159
2650 Hvidovre

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Den nu afdøde forsikringstager havde en ulykkesforsikring i If Skadeforsikring. Enken klager ved sin advokat over størrelsen af erstatningen for advokatudgifter.

Den nu afdøde forsikringstager faldt ned ad en trappe den 1/9 2013. Arbejdsskadestyrelsen har vurderet, at følgerne efter ulykkestilfældet svarede til en méngrad på 90 %.

Selskabet afviste indledningsvist at yde forsikringsdækning for det anmeldte ulykkestilfælde med henvisning til undtagelsesbestemmelsen om selvforskyldt beruselse. Senere anerkendte selskabet imidlertid at udbetale ménerstatning og dødsfaldserstatning svarende til mere end 1.400.000 kr.

Efter sagens indbringelse for nævnet har selskabet anerkendt at dække klagerens advokatudgifter med 8.000 kr. med tillæg af moms.

Klagerens advokat kræver, at selskabet dækker hans advokatudgifter med 42.000 kr. med tillæg af moms, svarende til halvt proceduresalær i henhold til landsretspræsidenternes vejledende takster.

I brev af 16/9 2016 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"Hermed skal jeg på vegne af [klager] indbringe Ifs afgørelse om afvisning af dækning af advokatomkostninger i forbindelse med min behandling af hendes ægtefælle, … forsikringssag hos IF.

[Klagers ægtefælle] var den 1. september 2013 udsat for en faldulykke fra trappe i eget hjem, som medførte et varigt men på 90 %. [Klagers ægtefælle] afgik ved døden den 27. januar 2015.

Efter faldulykken anmelder ægtefællen, [klager], skaden til [klagers ægtefælles] ulykkesforsikringsselskab IF.

Min klient modtager den 1. april 2014 afslag på dækning fra IF, jf. bilag 1.

Af brevet fremgår det ikke, at der er mulighed for at påklage afvisningen, men i stedet at man ved spørgsmål er velkommen til at kontakte den pågældende personskademedarbejder pr. telefon, hvilket [klager] gør.

I forlængelse heraf fremsendes der brev af 4. juni 2014, jf. bilag 2, hvori de lægelige oplysninger, som man i forbindelse med telefonsamtalen har henvist til og som man har oplyst danner baggrund for afvisningen, fremsendes til orientering.

Da Ifs brev af 4. juni 2014 ikke medførte en større klarhed over, hvad baggrunden var for afvisningen, rettede [klager] henvendelse til undertegnede med anmodning om min bistand i sagen.

Undertegnede fremsendte den 27. juni 2016 brev til IF, jf. bilag 3.

På baggrund heraf fremsender IF anerkendelse af ulykken i mail af 15. september 2014, jf. bilag 4.

Undertegnede anmoder i brev af 20. oktober 2014 IF om at bekræfte afholdelse af min klients omkostninger med min behandling af sagen under henvisning til forsikringsaftalelovens § 32, stk.3, jf. bilag 5.

Dette afvises af IF i mail af 22. oktober 2014, jf. bilag 6.

IF forsikring oplyser, at de ikke anser det som værende rimeligt, ej heller nødvendigt at min klient har søgt advokatbistand, da de ikke mener, at arbejdet har været udslagsgivende i sagens udvikling.

IF forsikring gør gældende, at [klager] har haft mulighed for at påklage afgørelsen internt i IF, hvorefter min klient ville have opnået det samme resultat, som efter min behandling af sagen.

Dette bestrides i min skrivelse af 28. oktober 2014, jf. bilag 7.

Det gøres gældende, at min klient på intet tidspunkt er vejledt omkring muligheden for at påklage IFs afgørelse til intern klageansvarlig, hvilket heller ikke har kunnet dokumenteres af IF.

IF henviser blot til selskabets forsikringsbetingelser, hvori klagemulighed er beskrevet, jf. bilag 8.

Det er ifølge retspraksis ikke tilstrækkeligt, at klagemulighed er beskrevet i forsikringsbetingelserne.

Det fremgår af Karnovs noter til forsikringsaftaleloven, at der i forbindelse med en vurdering af, hvorvidt selskabet skal afholde den sikredes omkostninger til advokatbistand, skal lægges vægt på kravets omfang og beskaffenhed, samt om det har været rimeligt og nødvendigt, at den sikrede har søgt advokatbistand.

Endvidere fremgår det af Ankenævns praksis, at det skal tillægges vægt, om forsikringsselskabet ved sin handlemåde har givet anledning til, at den sikrede har søgt advokatbistand, herunder om selskabet har forsømt at give klagevejledning.
Der henvises i den forbindelse til ANF1990.27.871 og ANF2003.59.417.

Efter at undertegnede fremsender brev af 27. juni 2014 finder IF åbenbart det nødvendigt at indhente yderligere lægelige oplysninger, på hvilken baggrund IF efterfølgende den 15. september 2014 oplyser, at skaden er omfattet af ulykkesforsikringen.

If henviser i den forbindelse til, at man har modtaget lægelige oplysninger fra skadestuen, til trods for at IF allerede var i besiddelse heraf, og tidligere selv har fremsendt disse oplysninger til min klient.

Oplysningerne dannede på daværende tidspunkt baggrund for en afvisning af dækning, men efterfølgende danner oplysningerne baggrund for, at ulykken er omfattet af forsikringen.

Efter ovenstående forløb har min klient eller dennes ægtefælle på ingen måde haft tiltro til IF, hvorfor det har været nødvendigt med min behandling af sagen frem til sagens afslutning, som medførte en udbetaling af i alt godt kr. 1.600.000,00, jf. bilag 9.

Det kan endeligt oplyses, at undertegnede har været i telefonisk kontakt med IF vedr. dækning af advokatomkostningerne, jf. bilag 10, men der er ved sagens afslutning uenighed om, hvad der blev aftalt, hvorfor sagen først indbringes for Ankenævnet på nuværende tidspunkt.

Opsummering:

Det gøres gældende, at IF er forpligtet til at betale sagens advokatomkostninger, da min klient ikke er blevet oplyst om mulighederne for at indgive klage internt i IF eller ved indbringelse for Ankenævnet for Forsikring, idet det ikke er tilstrækkeligt, at dette fremgår af betingelserne til forsikringen.

Forsikringsselskabet har ved sin handlemåde i høj grad givet anledning til at min klient rettede henvendelse til advokat, idet IF 2 gange afviste forsikringsdækning og ikke har vejledt om klageadgang.

Først da der kommer advokat på sagen og IF bliver anmodet om at dokumentere afvisningsgrundlaget (at min klient skulle være faldet i stærkt ebrieret tilstand) anerkendes det, at ulykken er omfattet af forsikringen.

I henhold til praksis udgør salæret halvt proceduresalær af den udbetalte erstatning svarende til kr. 42.000,00 med tillæg af moms."

Dertil har selskabet i brev af 16/11 2016 til nævnet bl.a. bemærket:

"**Det faktiske forløb**
I skadeanmeldelse modtaget den 10. januar 2014 oplyser kunden, at han er faldet ned af trappe til 1. sal. Faldet medførte kraniefraktur m.m. hvilket fremgår af sygehusjournaler. Vi indhenter det nødvendige journalmateriale fra egen læge og sygehuse.
Den 1. april 2014 afviser vi skaden med den begrundelse, at kunden var stærkt ebrieret på skadetidspunktet og at dette ses som værende årsagen til faldet. Vi afviser skaden fordi det fremgår af sygehus journalerne, at kunden har et intermitterende stort alkoholforbrug. Aktuelt faldet 3 meter ned ad en tappe i ebrieret tilstand. …-årig mand med kendt alkoholafhængighedssyndrom. bilag E. Forsikringen dækker ikke hvis årsagen til faldet skyldes selvforskyldt beruselse.
Den 24. juli 2014 retter advokaten sin første henvendelse til os dateret 27. juni 2014. Advokaten oplyser, at kunden, forud for faldet havde indtaget 3-4 genstande mens han så fodbold i fjernsynet. Da kampen var slut sidst på eftermiddagen spiste klienten aftensmad og gik tidligt i seng. Advokaten beder os se på sagen på ny samt redegøre for og dokumentere den meddelte afvisning af dækning af ulykken.
Den 25. juli 2014 oplyser vi til advokaten, at Vi på nuværende tidspunkt er i gang med at hente yderlige oplysninger fra Hospitalet. Vi meddeler samtidig, at udgift til advokatbistand ikke er dækket af ulykkesforsikringen.

Den 15. september 2014 anerkender vi skaden, da vi ud fra de modtagne lægelige akter ikke med sikkerhed kan bevise, at kundens indtagelse af alkohol er den direkte årsag til faldet. Læge akter i sagen er indhentet af If og ikke advokaten.
Den 22. oktober 2014 modtager vi en ny henvendelse fra Advokat dateret 20. oktober 2014, hvor der kræves udgift til advokatbistand dækket af If. Advokaten mener at det har været nødvendigt og ikke mindst rimeligt, da If, forud for Advokatens indtræden i sagen, afviste at anerkende, at ulykken var omfattet af forsikringen.
Den 28. oktober 2014 oplyser vi til advokaten, at skaden i første omgang er afvist den 1. april 2014 og at dette er skrevet til kunden og endvidere drøftet telefonisk med kunden. Ved samme lejlighed har vi meddelt kunden, at han altid er velkommen til at rette henvendelse ved yderligere spørgsmål.
Den 11. april oplyser vi til advokaten, at vi følger Arbejdskadestyrelsens vurdering af méngrad svarende til 35%.
Den 11. april 2016 anmoder advokaten om betaling af advokatsalær på 42.000 kr. med tillæg af moms.
Vi finder ikke, at méngradens eller forsikringssummens størrelse i sig selv, nødvendiggør advokatbistand. Havde kunden selv rettet henvendelse henvendelse til If, er det almindelig fremgangsmåde, at sagen genvurderes. Hvis en afvisning fastholdes, er det helt almindeligt i If, at informere om klageveje. Hvis skadeafdelingen afgørelse ikke kan godkendes af kunden, findes der altid den mulighed at rette henvendelse til Kundeombudet, Kundepanelet og Ankenævnet for Forsikring. Regler herfor fremgår af punkt 1.16.2 til 1.16.4 i forsikringsvilkårene.
Som vi ser sagen, går tvisten alene på, om vi har informeret kunden korrekt undervejs i forløbet i perioden fra afvisningen den 1. april 2014 til skaden anerkendes den 15. september 2014. I denne korte periode besvarer vi advokatens henvendelser og iværksætter indhentning af diverse lægeakter fra egen læge og sygehuse. Den korrespondance som advokaten fremsender kunne lige så vel være skrevet af kunden selv. Undervejs i samme periode burde vi måske lidt tydeligere have informeret kunden omkring klageveje, herunder hvordan sagen kunne blive vurderet i Kundeombudet i If eller i Ankenævnet for Forsik-

ring. Dette i sig selv berettiger ikke til, at If skal betale det høje advokathonorar, der på ingen måde står mål med sagens problemstilling.
At sagen sendes i Arbejdskadestyrelsen er et almindeligt led i selve sagsbehandlingen, og havde været det samme med eller uden advokatbistand. If har også betalt gebyret til Arbejdskadestyrelsen.
Selv om Ifs klageveje er beskrevet i forsikringsvilkårene, har vi måske ikke været tilstrækkelig tydelig omkring hvilke klage muligheder der foreligger.
Vi har forelagt sagen for Ifs egen advokat til vurdering af salærets størrelse.

Konklusion
Selv om vi ikke finder at det har været nødvendig med advokatbistand i denne sag, er vi indforstået med at betale en mindre del af advokatens honorar. Honorar skal stilles i forhold til hvad kunden selv kunne have opnået, hvis advokaten ikke var blevet kontaktet undervejs i forløbet, fra første afvisning til skaden blev anerkendt som et ulykkestilfælde.
Da vi ikke mener, at advokatomkostninger, som krævet af advokaten, star i rimeligt mål set i forhold til sagens problemstilling, ønsker vi at fastholde, at vi ikke kan godkende det oplyste honorarkrav.
Under anvendelse af de almindelige salærparametre jf. retsplejelovens §126, kan et advokat salær efter vores mening ikke overstige 8.000 kr. med tillæg af moms. Kundens advokat har ikke fremsendt noget time-sags-regnskab. Uanset det faktiske anvendte tidsforbrug berettiger denne sag ikke til et salær i det krævede niveau."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen – herunder:

Patientjournal af 24/9 2013, hvoraf bl.a. fremgår:

"…-årig mand med kendt alkoholafhængighedssyndrom. Tidligere by-pass og iøvrigt kendt med hypertension, diabetes mellitus type 2 samt sequelae til kranietraume i 2001, hvor han var faldet i ebrieret tilstand.
Aktuelt faldet 3 meter ned ad en trappe i ebrieret tilstand."

Skadeanmeldelse af 8/1 2014, hvoraf bl.a. fremgår, at klageren har anført:

" Har du forud for hændelsen indtaget øl, vin, spiritus eller lignende? ☐ Nej ☒ Ja Antal genstande ca. 3-4 "

Brev af 1/4 2014 til forsikringstageren fra selskabet, hvoraf fremgår:

"Du er kommet til skade ved en ulykke den 1. september 2013. Vi må desværre meddele dig, at din Ulykkesforsikring ikke dækker skaden. Vi vil gerne forklare dig hvorfor.

I forsikringsvilkårene side 11, punkt 1.15.2 står:

Forsikringen dækker ikke ulykkestilfælde, som er fremkaldt af den forsikrede eller af en sikret ved:

- *forsætlige handlinger*
- *grov uagtsomhed*
- *selvforskyldt beruselse*

- *påvirkning af narkotika eller andre rusmidler*
- *deltagelse i slagsmål eller ulovligheder*

Det fremgår, at du er faldet i stærkt ebrieret tilstand. Din skade falder altså ind under de nævnte undtagelser, og derfor dækker forsikringen ikke.

Har du spørgsmål, er du velkommen til at ringe til mig. Det vil være en god hjælp, hvis du har dit skadenummer ved hånden. Er jeg ikke til stede, vil en af mine kolleger hjælpe dig."

Patientjournal af 7/4 2014, hvoraf bl.a. fremgår:

"Besøg på Rehab efter [klagers ægtefælle] lige har været indlagt med respirationspneumoni. Er maksimal plejekrævende. Ingen umiddelbar kontakt. Hustru håber måske at han kan komme lidt til sig selv igen, han plejer jo at komme over de mærkeligste ting. Prøver dog at fortælle hende at denne gang ser det ud til at være blivende skader som formentlig ikke sådan lægeligt set ihvertfald har udsigt til at blive bedre. Bliver enige om at der ikke er indikation for genoplivning i tilfælde af hjertestop men familien holder fast i at de ønsker [klagers ægtefælle] indlagt ved lungebetændelse og lignende."

Brev af 4/6 2014 til forsikringstageren fra selskabet, hvoraf fremgår:

"Efter aftale sendes de lægelige oplysninger som du har ønsket.

Har du spørgsmål er du velkommen til at ringe - gerne på mit direkte nummer. Det vil være en god hjælp, hvis du har dit skadenummer ved hånden. Er jeg ikke til stede vil en af mine kolleger hjælpe dig."

Brev af 27/6 2014 til selskabet fra klagerens advokat, hvoraf bl.a. fremgår:

"Min klients ægtefælle, som var sammen med [klagers ægtefælle] på ulykkesdagen og på det pågældende tidspunkt, er uforstående heroverfor, hvorfor jeg venligst skal anmode om modtagelse af dokumentation herfor, samt for deres redegørelse af sagen.

Jeg kan oplyse, at min klient, på ulykkesdagen, havde set en fodboldkamp i fjernsynet og i forbindelse hermed havde indtaget 3-4 genstande.

Han indtog ikke yderligere alkohol den pågældende dag.

Da kampen var slut sidst på eftermiddagen spiste [klagers ægtefælle] aftensmad med sin ægtefælle, i hvilken forbindelse han ikke indtog alkohol.

Herefter lyttede ægtefællerne til musik på computeren, som deres søn havde sent til dem pr. mail.

[Klagers ægtefælle] gik ofte tidligt i seng, således også på ulykkesdagen, hvor [klagers ægtefælle] gik i seng omkring kl. 20. Han var således på vej op i seng på 1. sal, da ulykken indtraf omkring kl. 20.10 og han faldt ned af trappen.

På baggrund af ovenstående hændelsesforløb skal jeg venligst bede Dem se på sagen på ny samt redegøre for og dokumentere den meddelte afvisning af dækning af ulykken."

Mail af 25/7 2014 til klagerens advokat fra selskabet, hvoraf bl.a. fremgår:

> "Vi er på nuværende tidspunkt i gang med at hente yderligere oplysninger fra Hospitalet. Når vi har modtaget oplysningerne og gennemgået dem vil i høre fra os.
>
> Vi skal gøre opmærksom på at ulykkesforsikringen ikke dækker advokatbistand."

Mail af 15/9 2014 til klagerens advokat fra selskabet, hvoraf bl.a. fremgår:

> "Vi har modtaget de lægelige oplysninger fra skadestuen og kan bekræfte, at personskaden er omfattet af ulykkesforsikringen.
>
> **Får din klient det godt igen - eller får han varige følger af ulykken?**
> For at vurdere det varige men har vi brug for de nyeste lægelige oplysninger omkring din klients tilstand.
>
> Du bedes derfor indsende de lægelige oplysninger fra det sidste 1/2 år. Vi vil derefter tage stilling til hvilke oplysninger vi har brug for til at komme bedst muligt videre.
>
> Samtidigt skal vi oplyse, at der ved en ménvurdering vil blive fratrukket for latente sygdomme og tidligere skader. Vi gør opmærksom på at ulykkesforsikringen ikke dækker advokatbistand."

Mail af 7/10 2014 til selskabet fra klagerens advokat, hvoraf fremgår:

> "Med henvisning til jeres mail af 15. september 2014 fremsendes vedlagt kopi af min klients lægejoumal.
>
> Jeg har bedt om at få lægeregningen nedsat, idet denne lød på kr. 500,00. Jeg vil eftersende regningen til jer, så snart jeg modtager ny nedsat regning.
>
> Jeg afventer herefter at høre nærmere fra jer."

Mail af 10/10 2014 til klagerens advokat fra selskabet, hvoraf fremgår:

> "Vi har modtaget de nyeste lægelige oplysninger omkring din klients tilstand.
>
> Alle sagens akter har været forelagt vores lægekonsulent, som efterspørger en statusattest af din klients nuværende helbred samt lægernes prognose er din klients fremtid.
>
> Du bedes venligst indsende os en sådan statusattest. Vi vil derefter vende tilbage i sagen."

Mail af 16/10 2014 til selskabet fra klagerens advokat, hvoraf fremgår:

> "I forlængelse af mit brev af 7. ds. fremsendes vedhæftet kopi af lægeregning samt kreditnota for indhentelse af min klients lægejournal.
>
> Jeg skal venligst bede dig refundere beløbet på kr. 200,00 til mit kontor.

> Beløbet kan indbetales på mit kontors klientkonto reg.nr. … konto nr. …. med angivelse af sagsnr. ….
>
> Med henvisning til din mail 10. ds. kan jeg oplyse, at jeg er i færd med at indhente statusattest samt udtalelse vedrørende prognose for min klient, og jeg vil naturligvis fremsende disse til dig, når jeg modtager dem her på kontoret."

Brev af 20/10 2014 til selskabet fra klagerens advokat, hvoraf fremgår, at klageren kræver dækning for advokatudgifter. Dette krav blev afvist at selskabet ved mail af 22/10 2014. Klagerens advokat fastholdt kravet ved brev af 28/10 2014. Selskabet fastholdt sin afgørelse vedrørende advokatudgifter ved mail af 28/10 2014. I brev af 11/11 2014 meddelte klagerens advokat, at spørgsmålet om dækning for advokatudgifter ville blive indbragt for Ankenævnet for Forsikring. I mail af 30/1 2015 meddelte klagerens advokat at forsikringstageren var afgået ved døden. I mail af 5/2 2015 til klagerens advokat fra selskabet hedder det:

> "Da skadelidte nu er afgået ved døden d. 27. januar 2015, skal jeg anmode om dødsattesten - alle 3 sider samt kopi af journal fra 3 måneder før dødsfaldet."

Dertil har klagerens advokat i brev af 23/3 2015 til selskabet anført:

> "Med henvisning til ovennævnte sag samt din mail af 5. februar 2014 fremsendes vedhæftet 3 sider af dødsattest samt min klients lægejournal.
>
> Endvidere sendes vedhæftet kopi af lægeregning som jeg dags dato har udlagt, hvorfor jeg venligst skal anmode, at der indbetales kr. 200,00 til dækning heraf til mit kontors klientkonto reg.nr. … kontonummer … med angivelse af sagsnr. ….
>
> Idet sagen efterhånden har trukket lang tid ud, håber jeg på en hurtig sagsbehandling og afventer at høre fra jer."

Ved brev af 15/4 2015 anmodede selskabet Arbejdsskadestyrelsen om en udtalelse om forsikringstagerens méngrad efter ulykkestilfældet. Arbejdsskadestyrelsen anførte i brev af 22/2 2016 til selskabet, at forsikringstagerens følger efter ulykkestilfældet efter styrelsens vurdering svarede til en méngrad på 90 %. I mail af 11/4 2016 til klagerens advokat fra selskabet hedder det:

> "Vi har modtaget afgørelsen fra Arbejdsskadstyrelsen. Vores rådgivende lægekonsulent har gennemgået sagen og vi har valgt at følge Arbejdsskadestyrelsens afgørelse.
>
> Forsikringssummen på ulykkesforsikringen var på ulykkestidspunktet 835.000 kr.
>
> Der udbetales derfor 751.500 kr. (90 % af forsikringssummen). Da der er dobbelt erstatning på forsikringen kan vi udbetale dobbelt dette beløb. Der er tidligere udbetalt 208.750

svarende til 25 % varigt mén. De 208.750 bliver fratrukket den erstatningen så der kan udbetales i alt (1.503.000-208.750) 1.294.250 kr..

I henhold til Forsikringsaftalelovens §24 er i berettiget til renter 14 dage efter modtagelsen af dødserklæringen og de nyeste lægelige oplysninger svarende til perioden 9. april 2015 til 9. april 2016. Beløbet udgør 104.629,33 kr. og er sendt den 8. april 2016 pengene bør kunne ses på jeres klientkonto 3-5 hverdage efter afsendelsen og der er henvist til jeres sagsnummer."

Efterfølgende fulgte yderligere korrespondance mellem klagerens advokat og selskabet om dækningen for advokatudgifter.

Nævnet udtaler:

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

Selskabet har efter sagens indbringelse for nævnet anerkendt at dække advokatudgifter med i alt 8.000 kr. med tillæg af moms.

Klagerens advokat har dertil blandt andet anført: "I henhold til praksis udgør salæret halvt proceduresalær af den udbetalte erstatning svarende til kr. 42.000,00 med tillæg af moms."

Selskabet afviste ved brev af 1/4 2014 til den nu afdøde forsikringstager at yde forsikringsdækning for det anmeldte ulykkestilfælde med henvisning til at det "… fremgår, at du er faldet i stærkt ebrieret tilstand".

Selskabet har efter klagerens advokats brev af 27/6 2014 anerkendt, at der er tale om et dækningsberettigende ulykkestilfælde, og har efterfølgende udbetalt omkring 1,5 mio. kr.

Selskabet bad klagerens advokat om kopi af yderligere lægelige oplysninger ved mails af 15/9, 10/10 2014 og 5/2 2015.

10. 89873

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet efter en samlet konkret vurdering, at klageren har krav på, at selskabet erstatter udgifterne til et rimeligt arbejdsvederlag til advokaten. På det foreliggende grundlag, hvor klagerens advokat blandt andet ikke har fremsendt et time/sagsregnskab, finder nævnet ikke at kunne kritisere størrelsen af det af selskabet anerkendte honorar på 8.000 kr. med tillæg af moms. Nævnet bemærker herved, at det fremgår af nævnets vedtægter, at hver part bærer egne advokatomkostninger i forbindelse med indbringelsen af en sag for nævnet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt