Ankenævnet for Forsikring

Den 12. september 2018 blev i sag nr. 90077:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 9/11 2016 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"**Sagsfremstilling**
Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.
Mine børn har altid været medforsikret på min police ulykkesforsikring. Mine betalinger til Tryg sker via Pbs, og jeg går ud fra at de kun tager penge fra mig i flg de aftaler jeg har bestilt hos dem. [Barn 1], Sidste år opdager jeg de har oprettet en separat ulykkesforsikring til [barn 1], ved at de har hævet på min konto, på grund af sygdom læser jeg ikke al post. Men ringer til tryg for at spørge hvad det er de har hævet på min konto, og får der oplyst at de har oprettet den forsikring fordi [barn 1] er blevet 18 år, og fordi jeg ikke har reageret på deres separate forsikringsbrev, siger Tryg at jeg hæfter for betaling, selvom jeg aldrig har bestilt det, men jeg havde ikke helbred dengang til at klage, men sagde de skulle annullere det, at jeg ikke ønsker det, og [barn 1] selv henvender sig, hvis [barn 1] har behov og ønsker en forsikring, alligevel har de hævet på min konto igen i Juni 2016, for en forsikring jeg aldrig har bestilt eller bekræftet med underskrift. Og i deres svar på min klage skriver de at jeg ikke kan opsige [barn 1's] forsikring fordi [barn 1] er 18 år, men [barn 1] har jo aldrig bestilt og ønsker ikke Trygs forsikring, og Tryg bliver ved med at hæve penge fra min konto!

[Barn 2], April mdr er jeg mellem 2 boliger, og Tryg sender mig igen en ulykkesforsikring som jeg ikke har bestilt, og da de rykker mig ringer jeg og siger jeg ikke har bestilt nogen forsikring til [barn 2], og de forklare mig at det er fordi [barn] bliver 18 år? [Barn 2] var kun 17 år i april, Jeg aftaler da at de sender et tilbud [barn 2] kan tage stilling til om [barn 2] vil have, det tilbud modtager jeg 30 juni 2016, 7 Juli 2016 ringer jeg og takker nej til tilbud, [barn 2] er allerede forsikret via sit job, der står 14 dage fortrydelse i brevet! [Forsikringsrådgiver] hos Tryg, siger han tager sig af min henvendelse 7 juli, og ringer retur inden kl. 16 samme dag, men han ringer ikke retur, efterfølgende når jeg ringer til Tryg for at få ro på min forsikring, henviser alle jeg taler med til [forsikringsrådgiver] som aldrig ringer retur. Tryg skriver i deres svar at de først har talt med mig 18 juli, men jeg kan dokumentere jeg

har ringet 7 juli! Jeg har 4.11.2016 modtaget brev fra [inkassofirma] kr 1279,71 for [barn 2's] ulykkesforsikring, som vi aldrig har bestilt?

Min forsikring
Der sker hævninger fra min konto som Tryg returnere da jeg ringer og spørg hvad der sker, og som jeg troede var aftalen om de mdl betalinger på min ulykke og indbo da beløb var omtrent de samme, Jeg har betalt de 2 beløb for mine forsikringer som Tryg 26 okt kræver for at jeg kan fortsætte med mdl betaling, til trods for at Tryg ikke ved mdl aftale oplyser mig at jeg allerede havde betalt min indbo forsikring for 1 år 3.6 2016.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Tryg bør returnere de penge som Tryg uberettiget har hævet på min konto for separate forsikringer til mine voksne børn som jeg eller mine børn aldrig har bestilt hos Tryg, men føler man har tvunget mig til at acceptere, ved uden min viden at hæve penge på min konto. Mine børn er myndige, og det er dem der skal bestille og betale deres egne forsikringer. Tryg bør annullere den forsikring på [barn 1] og [barn 2] som vi aldrig har bestilt."

Selskabet har i brev af 19/12 2016 til nævnet bl.a. anført:

"Af klagen fremgår det, at vores kunde er utilfreds med, at vi har oprettet to separate ulykkesforsikringer til hendes børn og hævet penge på hendes konto uden hendes samtykke.

Der er tale om ulykkesforsikringer med betingelsesnummer 0406 og 1506.

Ulykkesforsikring [policenr. 3] – [barn 2]
[Barn 2] er vores kundes hjemmeboende [barn]. [Barn 2] er født … og var frem til d. 1. juni 2016 medforsikret på vores kundes ulykkesforsikring med policenummer [policenr. 1] og betingelser 0406.

I juni 2015 lancerede vi en ny ulykkesforsikring med betingelser 1506, hvor det ikke længere var muligt, at have børn under 18 år medforsikret på forældrenes police.

Som en naturlig del af lanceringen af nye produkter, konverteres gamle forsikringer løbende således at alle kunder tilbydes vores nyeste produkt. Konverteringen foregår på den måde, at vores kunder orienteres om ændringen senest 30 dage før hovedforfald og såfremt kunden ikke reagerer på vores brev, så ændres forsikringen automatisk. Kunden skal således aktivt meddele os, at de ikke ønsker den nye forsikring.

Den 19. april 2016 fremsendte vi et brev til vores kundes e-boks. Af brevet fremgik, at vi havde fået en ny ulykkesforsikring og at vores kundes forsikring ville blive omtegnet pr. hovedforfald 1. juni 2016 således, at der fremover ville være en separat ulykkesforsikring for vores kunde og en separat ulykkesforsikring for [barn 2].

Jeg skal for god ordens skyld oplyse, at vores kundes [barn 2] på daværende tidspunkt ikke var fyldt 18 år og vores kunde blev derfor indsat som forsikringstager og [barn 2] som sikrede på policen. Jeg skal ligeledes oplyse, at det af samme brev fremgik, at vores kundes [barn 2] snart ville fylde 18 år og således ville få mulighed for at få fuld råderet over forsikringen.

Vores kunde reagerede ikke på ovennævnte brev og d. 13. maj 2016 blev policerne på begge ulykkesforsikringer fremsendt til vores kunde e-boks.

Først d. 30. juni 2016 kontaktede vores kunde os telefonisk vedrørende betalingen af ulykkesforsikringerne og begge blev ændret til månedlig betaling. [Barn 2's] forsikring blev ligeledes tilmeldt til betalingsservice med vores kundes kontonummer. Vi har intet registreret omkring et tilbud på ulykkesforsikringen og ej heller oprettet et tilbud i vores system.

Vi kan derfor heller ikke genkende, at vores kunde skulle have kontaktet os d. 7. juli 2016, for at takke nej til tilbuddet. Vi må igen henlede nævnets opmærksomhed på, at der ved konvertering ikke er tale om et tilbud, men en ændring af forsikringen og at man aktivt skal fravælge forsikringen efter de normalt gældende opsigelsesregler.

Vores kunde kontaktede os først d. 18. juli 2016 og meddelte, at de ikke ønskede en ulykkesforsikring til [barn 2] og at denne skulle slettes. Vi bekræftede samme dag på mail, at forsikringen tidligst kunne slettes pr. 1. september 2016 og hun derfor skulle betale præmie fra 1. juni - 1. september 2016.

Vi beklager naturligvis, hvis vores kunde har fået opfattelsen af, at omtegningen af [barn 2's] ulykkesforsikring er sket, fordi [barn 2] fyldte 18 år. Vi må igen henlede nævnets opmærksomhed på, at der har været tale om en konvertering og eftersom vores kundes [barn 2] var under 18 år, har vores kunde fortsat stået som forsikringstager og betaler på forsikringen.

Vores kunde har ikke fortrudt tegningen rettidigt og indenfor 14 dage efter modtagelsen af policen – hverken den første police som blev fremsendt 13. maj 2016 eller den anden police efter ændring af betalingsintervallerne d. 30. juni 2016, og vi må derfor fastholde, at policen først kunne opsiges pr. 1. september 2016.

Ulykkesforsikring [policenr. 2] – [barn 1]
[Barn 1] er vores kundes [barn]. [Barn 1] er født … og var frem til 1. december 2015 medforsikret på vores kundes ulykkesforsikring [policenr. 1].

På daværende tidspunkt var børn medforsikret på forældrenes ulykkesforsikring til førstkommende hovedforfald efter barnet var fyldt 18 år. Derefter skal de have deres egen selvstændige forsikring. Dette fremgår af betingelserne 0406 pkt. 24.1 og vi informerer ligeledes vores kunder umiddelbart inden barnet fjernes fra moderens ulykkesforsikring. I den konkrete sag har vi skrevet til vores kunde d. 3. november 2015, at [barn 1] ville blive fjernet fra hendes ulykkesforsikring d. 1. december 2015.

Ved gennemgang af sagen har vi konstateret, at vores kunde allerede d. 16. april 2015 kontaktede os vedrørende en ulykkesforsikring til [barn 1]. Der blev samme dag oprettet en forsikring med ikrafttræden 1. december 2015 og blev samtidig tilmeldt til betalingsservice til vores kundes konto.

I forbindelse med samtalen med vores kunde noterede vi følgende i vores kundesystem: *'Talt med [klageren]. Tegnet ulykke til [barn 1] – [barn 1] er … og kan ikke selv tage stilling til sine forsikringer. [Barn 1] flytter muligvis i egen værelse efter sommer'.*

På baggrund af ovenstående notat er det vores opfattelse, at vores kunde har tegnet forsikringen til [barn 1] og selv oplyst kontonummeret til hendes egen konto.

Ligeledes kan vi oplyse, at forsikringen er blevet betalt både 1. december 2015 og 1. juni 2016. Betalingerne har fremgået af vores kundes betalingsoversigt. Betalingsservice sen-

der en oversigt til kontoindehaveren, så man har mulighed for at se, hvilke betalinger der vil ske fra den pågældende konto den efterfølgende måned. Man har således mulighed for at stoppe en betaling, inden den bliver trukket fra ens konto.

Vi har noteret os, at vores kunde ikke længere ønsker at betale for [barn 1's] forsikring, men eftersom [barn 1] selv står som forsikringstager, så kan vores kunde ikke opsige eller ændre på forsikringen.

Vi har dog skrevet til vores kundes [barn 1] og gjort opmærksom på, at vores kunde ikke længere ønsker at betale for [barn 1's] forsikring og derfor bedt [barn 1] kontakte os snarest muligt og senest 9. januar 2017, såfremt [barn 1] selv ønsker at overtage betalingen. Såfremt [barn 1] ikke ønsker at overtage betalingen af forsikringen eller vi ikke høre fra [barn 1], så vil forsikringen blive slettet pr. 1. december 2015.

Konklusion
Efter ovenstående gennemgang af forløbet for både [barn 2] og [barn 1's] forsikringsforhold kan vi ikke komme til andet resultat, end at der er indgået aftaler for begge forsikringer, at [barn 2's] forsikring er opsagt pr. 1. september 2016 efter vores kundes henvendelse 18. juli 2016 og at [barn 1's] forsikring er oprettet i henhold til den aftale, der blev indgået med vores kunde d. 16. april 2016.

Vores kunde har telefonisk oplyst, at hun ikke åbner de breve, hun modtager i e-boks. Vi ved ikke, om det samme gør sig gældende for betalingsoversigterne, men skal for god ordens skyld gøre opmærksom på, at det selvfølgelig er vores kunders eget ansvar, at holde øje med den post man modtager elektronisk, uanset om det er i e-boks, netbank eller andre steder."

Klageren har i mail af 9/1 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har optaget samtale 7 juli 2016, med Tryg [forsikringsrådgiver] og her fremgår det at jeg har henvendt mig og sagt vi ikke ønsker Trygs tilbud modtaget 30 juni 2016.

15 marts var jeg mellem 2 boliger, og 1 april flyttede jeg ind i min ny bolig, jeg har i den periode og efterfølgende ikke haft fokus på forsikring da de køre over pbs, men ved jeg var ajour dec 2015, og betalte indbo 3 juni 2016 ca kr1600.00

2 nov 2016 betalte jeg kr 2006.00 og nu i jan igen over kr 1000, de beløb er kun min ulykke og indbo, for 1 person.

Foruden det Tryg har hævet på min konto for mine voksne børn."

Selskabet har i brev af 7/4 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Desværre har vi ikke tidligere modtaget lydfilen og har derfor først haft lejlighed til at høre den nu.

Det fremgår af samtalen fra 7. juli 2016, at vores kunde ønsker at opsige [barn 2's] ulykkesforsikring og at vores medarbejder i den forbindelse oplyser, at han vil undersøge sagen og vende tilbage. Vores kunde giver ikke udtryk for, at hun ønsker at fortryde forsikringen eller at der har været tale om et tilbud om forsikring.

Jeg skal for god ordens skyld oplyse, at [barn 2's] ulykkesforsikring trådte i kraft den 1. juni 2016, hvor der blev fremsendt en forsikringsaftale (police) til vores kunde, samt en opkrævning for perioden 1.6.2016 - 1.6.2017. Den 23. juni 2017 fremsendte vi en rykker, da vi ikke havde modtaget betaling på forsikringen. Først den 30. juni 2016 kontaktede vores kunde os og fik forsikringen ændret til månedlig, der således ikke er tale om et nyt tilbud til kunden, men en ændring af en bestående aftale.

Vi skal selvfølgelig beklage, at vores medarbejder undlod at vende tilbage, men ikke desto mindre, har vores kunde modtaget en bekræftelse d. 18. juli 2016, hvoraf det fremgår, at [barn 2's] ulykkesforsikring blev opsagt d. 1. september 2016. Dette helt i tråd med de almindelige betingelser for opsigelse af en forsikring.

Hvad angår vores kundes oplysning om, at vi uberettiget har hævet penge på hendes konto for børnenes forsikringer, må vi henvise til, at vi ikke har adgang til vores kundes kontooplysninger.

Jeg henviser til vores gennemgang af sagen i brev af 19. december 2016 og kan oplyse, at vi ikke har yderligere kommentarer til sagen."

Klageren har i mail af 1/5 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg skal for en god ordens skyld oplyse at jeg ikke har bestilt nogen separat forsikring til hverken [barn 1] eller [barn 2], det har jeg hverken tænkt på eller budget til. Tryg har uopfordret tegnet dem, de siger det er fordi de blev 18 år, og trukket dem på min konto, det er muligt at de har sendt breve jeg ikke har åbnet og reageret på, da min betaling er via pbs, og ikke ser posten, da jeg er kronisk syg og var optaget af flytning. Men det berettiger ikke til at lade mig hæfte for betaling.

Efter gennemgang på min netbank, og en liste med betaling til Tryg og nye regninger kontakter jeg Tryg 30 juni. 2016, og finder ud af at [barn 1's] forsikring er betalt forud og trukket fra min konto flere gange, siden [barn 1] blev 18 år, da beder jeg Tryg om ikke at trække mere, og lade [barn 1's] forsikring løbe ud, jeg vil ud af det, selvom jeg ikke har bestilt forsikring til at starte med.

30 juni. 2016. Aftaler jeg at Tryg opretter mdl betaling for min egne løbende forsikringer, og Tryg vil samtidig returnere det han kunne se jeg har betalt forud på dem. (Hvilket ikke sker men jeg modtager i stedet et brev om modregning.)

Siden Juni 2016 har jeg betalt yderligere 4600 alene på mine egne forsikringer plus mdl betaling frem til dato.

Jeg har ikke bestilt forsikring til [barn 2] 1 juni 2016, hvilket jeg også oplyser Tryg 30 juni. 2016 hvor jeg siger ja til at Tryg sender et tilbud med mdl betaling for [barn 2] som dengang slet ikke var 18.

[Barn 2] oplyser mig at [barn 2] er forsikret via arbejde, og jeg ringer derfor til Tryg 07.07.2016 og opsiger/annullere det tilbud der efter aftale med mig, er fremsendt til [barn 2] 30.06.2016. Som er inden 14 dage."

Selskabet har i brev af 9/6 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Det er vores opfattelse, at vi allerede har gennemgået både forløbet i forhold til tegning af ulykkesforsikring til vores kundes [barn 1] og omtegningen af vores kundes [barn 2's] ulykkesforsikring, samt at dette er gjort i overensstemmelse med vores kunde og i henhold til gældende varslingsregler.

Jeg skal i den forbindelse bemærke, at vi ikke kan drages til ansvar for, at vores kunde har taget et aktivt valg om ikke at åbne sin post.

Idet jeg henviser til vores tidligere breve fastholdes vores afgørelse i sin helhed."

Klageren har i mail af 27/10 2017 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg finder ud af at tryg har lavet forsikring på [barn 2] som er under 18 år, og hævet på min konto uden jeg har bestilt det. Da jeg taler med Tryg, går jeg med til at Tryg kan sende et tilbud, så vil jeg se på det, det modtager jeg 30 juni 2016, og den 7 juli ringer jeg og siger at vi ikke ønsker deres tilbud til [forsikringsrådgiver], som ikke ringer tilbage som aftalt inden kl 16."

Klageren har i mail af 3/1 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Efter tlf. samtale med Ankenævn i dag, hvor jeg blev oplyst at klagen kun drejer sig om [barn 2] og [barn 1's] forsikring, vedhæfter jeg mail fra Tryg at de sender deres svar på min klage direkte til ankenævn. forstår det som at jeg vil modtage et samlet svar på min klage.

Tryg skriver i svar på klage i anden mail: Skade på din ulykkesforsikring den 29.10.2007 Din sag er ved at blive gennemgået, hvorfor jeg desværre ikke har et svar til dig på nuværende tidspunkt.

Tryg har på nuværende tid endnu ikke svaret på hele klagen sendt 5 okt 2016"

Sekretariatet har ved mail af 4/1 2018 anmodet klageren om at oplyse, om hun har flere klagepunkter end dem, der angår hendes børns ulykkesforsikringer.

Klageren har i mail af 9/2 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Tryg har 19 jan 2012 vurderet min skade i 2007 for lav.

Speciallæge … 7 dec 2011 skriver manglende funktion

Ortopæd kirurg 9 Maj 2012 skriver tæt ved at være 0-arm

21.08.2009 da jeg igen forsøgte at få hjælp til fysisk smerte og stadig skæve skulder, foreslog … jeg blev henvist til psykiatri regi, samme dag blev jeg henvist til Neurolog, og han sendte mig til MR først der fik hjælp til fysisk skade, som min egen læge notere på min skulder i min journal allerede 6 feb 2008. Det er ikke korrekt når både ASK og Retslægerådet skriver min skulder ikke er nævnt i min journal før 2009?

12 sep 2012 efter operationer og jeg så min lægejournal, citeret via jobcenter at jeg skulle lide af ADHD kontakter jeg psykiater, fortæller om forløb efter uheld, hvor hun ændre diagnose til Belastningsreaktion.

2014 Neurolog … udelader kognitiv gener i speciallægeerklæring til tryg, hvilket jeg oplyser tryg om 9. januar 2015, og vedhæfter bilag jeg havde med til undersøgelsen

I årene efter operation forsøger jeg at få hjælp til nakken, som gør ondt ved hvert skridt og bevægelse, jeg bliver MR scan, og afsluttet.

23 feb 2017 er jeg til en objektiv dynamisk røntgen, der viser skaden er større end tidl vurderet skøn, og forklare de gener jeg har levet med siden uheld 2007.

Jeg har mere dok, det har været et langt svært forløb, og sender dette for nu."

Selskabet har i brev af 22/3 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget Ankenævnets brev af 22. februar 2018 vedlagt vores kundes mails af 4. januar og 9. februar 2018. Af de to mails fremgår det, at vores kunde ikke mener, at vi har besvaret hele hendes klage og at hun endvidere vil klage over den opgjorte mengradserstatning efter uheldene d. 29. oktober 2007 og 9. marts 2012.

Vores kunde henviser bl.a. til vores brev af 26. oktober 2016, hvor vi skrev, at skaden fra 2007 var ved at blive gennemgået og at hun ville modtage særskilt brev herom. Jeg vedlægger til orientering vores brev af 6. januar 2017, hvor både skaden fra 2007 og 2012 er gennemgået og hvor der bl.a. henvises til, at sagen har været forelagt AES og at vi på baggrund af deres afgørelse ikke har fundet anledning til at ændre vores afgørelse.

Endvidere henviser hun til vores mail af 2. december 2016, hvor vi har skrevet, at vi vil sende svar direkte til Ankenævnet for Forsikring vedrørende klagen over [barn 2's] og [barn 1's] ulykkesforsikringer og at hun på baggrund heraf har forventet, at vi har svarede på hele hendes klage.

Vores kunde har ikke reageret på brevet af 6. januar 2017 og det er først nu, at vi har fået kendskab til, at hun vil klage over afgørelsen i forhold til den fastsatte mengrad efter de to uheld. Vi har derfor ikke haft mulighed for at tage stilling til dette tidligere og mener ikke, at vores kunde med rette har kunnet forvente dette.

Vi har noteret den fremsendte udtalelse af 23. januar 2018 fra Specialklinikken og kan oplyse, at den er blevet forelagt vores lægekonsulenter og at vi afventer deres vurdering af, om udtalelsen giver anledning til at ændre vores afgørelse.

Når vurderingen er modtaget, vender vi tilbage i sagen.

Vi tillader os at gå ud fra, at forholdene omkring ulykkesforsikringerne til [barn 2] og [barn 1] er fuldt ud belyst og at der ikke er yderligere tilføjelser hertil."

Selskabet har i brev af 6/4 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Vi vender hermed tilbage med svar vedrørende de nye oplysninger omkring [klagerens] ulykkesforsikring og de anmeldte skader fra henholdsvis 29. oktober 2007 og 9. marts 2012.

Vores lægekonsulent har gennemgået det fremsendte materiale fra Specialklinikken.

Det er vores vurdering, at de gener som er beskrevet i materialet, allerede er indeholdt i den tidligere tildelte mengrad.

Vi henviser derfor til bilagene vedlagt vores brev af 22. marts 2018, herunder udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen af 7. december 2015."

Klageren har i mail af 20/4 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg vil gerne tilføje at 29.10.2007 i skadestue journal er netop C5/C6 omtalt.

Objektiv undersøgelse på specialklinikken viser præcis skadens omfang af netop C5/C6, og de følger jeg fik i 2007, og at mengrad er sat for lavt.

Fordi jeg ikke straks fik MR scan H skulder, men røntgen, og efterfølgende kun blev tilbudt symptombehandling, i form af fysisk træning og medicin jeg blev syg af, brød jeg 2009 sammen hos min læge, der ville henvise mig til psykiatri, og kun fordi jeg samtidig forlangte henvisning til speciallæge fik jeg i 2009 første gang en MR scan. Jeg gjorde siden Okt 2007 hvad jeg kunne for at få lægehjælp.
Forud for 29 okt 2007 har jeg ALDRIG fejlet noget i hverken skulder eller nakke."

Klageren har i mail af 24/4 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Her står at mine børn er medforsikret til de er 18 år, som Tryg har ændret fra 21år, fra min oprindelige police. Alligevel vil Tryg tvinge igennem at jeg skal betale før de er 18 år og hævet på min PBS."

Selskabet har i brev af 31/5 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Vi vender hermed tilbage med svar vedrørende de nye oplysninger omkring vores kundes børns ulykkesforsikringer, og de anmeldte skader på hendes egen ulykkesforsikring.

I kundens mail af 20. april 2018 er der vedlagt et journalnotat omhandlende hendes skade fra den 29. oktober 2007.

Journalnotatet er allerede indeholdt i egen læges journal, som vi indhentede i 2008. Det fremsendte materiale er derfor tidligere indgået i vores vurdering af sagen.

Vi har ikke yderligere kommentarer og fastholder den tidligere afgørelse i sagen omkring skader anmeldt på vores kundes ulykkesforsikring henholdsvis den 29. oktober 2007 og den 9. marts 2012.

<u>Børnenes ulykkesforsikringer</u>
I vores kundes mail af 24. april 2018 fremgår det, at vi har ændret kundens police med hensyn til, at alderen på medforsikrede børn er ændret fra 21 år til 18 år. Kunden har vedlagt kopi af brev fra marts 2014.

Brevet kunden har sendt med omhandler hendes indboforsikring, policenr. … med betingelsesnr. 1211.

Af brevet til kunden fremgår følgende:

Udeboende børn mellem 18 og 21 år
Dækningen for udeboende børn er ændret fra 21 år til 18 år. Derfor skal du være opmærksom på, at hvis du har udeboende børn over 18 år, så er de ikke længere dækket af din indboforsikring. Det har vi gjort, fordi det er mere naturligt at få sine egne forsikringer, når man flytter hjemmefra. Du er velkommen til at kontakte os for at høre om vores særlige tilbud til unge, der er flyttet hjemmefra. Udeboende børn over 18 år er fremover heller ikke omfattet af vores fordelsprogram.

Kundens indboforsikring har ikke nogen indflydelse på de ulykkesforsikringer, som hendes børn har været omfattet af. Vi skal i den forbindelse henvise til vores brev af 19. december 2016, hvoraf det fremgår, hvordan børnene har været dækket og under hvilke betingelser. Da der ikke er nye oplysninger omkring kundens klage vedrørende børnenes ulykkesforsikringer, har vi ikke yderligere kommentarer til den sag og vi fastholder vores tidligere afgørelse."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor.

I udtalelse af 7/12 2015 fremkom Arbejdsskadestyrelsen med sin vurdering af det varige mén som følge af hændelsen den 9/3 2012. Af udtalelsen fremgår bl.a.:

"Vurdering af varigt mén

Det varige mén er 5 procent

Vores lægekonsulenter med speciale i ortopædkirurgi samt neurologi har deltaget ved vurderingen af det varige mén.

Da der er tale om en ulykkesforsikring, bliver der ved vurderingen af det varige mén ikke kompenseret for forværring, der skyldes forudbestående helbredsmæssige forhold.

Grundlaget for vores vurdering:

- [Klageren] blev den 9. marts 2012 i bil påkørt bagfra.

- [Klageren] blev samme dag set på … Skadestue, hvor hun klagede over en forværring af sine kendte piskesmældsgener. Objektivt blev der fundet betydelig berøringsømhed af nakke- og skuldersmuskulatur. Der var nedsat bevægelighed i alle planer på højre skulder, men [klageren] angav, at dette var sædvanligt efter tidligere skulderoperation.

- [Klageren] var også udsat for en påkørsel bagfra i 2007 og pådrog sig i den forbindelse en forvridning af halshvirvelsøjlen. Hun blev endvidere i 2010 opereret to gange for vedvarende smerter og funktionsforstyrrelseri højre skulder.

- [Klageren] har fået konstateret degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen.

- [Klageren] fik psykologbehandling efter aktuelle ulykken.

NAKKE:
Ved vurderingen af det varige mén har vi lagt vægt på, at [klageren] har følger efter skaden i form af betydelige nakkesmerter med udstråling til både hoved og skuldre og arme. Hun oplever låsningstilfælde i nakken. Der er også beskrevet hukommelses- og koncentrationsbesvær.

Objektivt er der betydelig bevægeindskrænkning i alle retninger.

Vi har fastsat det varige mén med udgangspunkt i vores vejledende méntabel:

Efter tabellens punkt B.1.1.3 vurderes middelsvære, daglige nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning, eventuelt med udstrålende armsmerter, og eventuelt lettere somatiske, kognitive og affektive ledsagesymptomer, til 10 procent.

Det er vores vurdering, at [klagerens] samlede gener er mere udtalte end generne beskrevet i ovennævnte tabelpunkt, idet der er betydelige smerter med udstråling, låsningstilfælde i nakken, kognitive gener samt bevægeindskrænkning. Vi finder på den baggrund, at det samlede varige nakkemén er på skønsmæssigt 12 procent.

Det er samtidig fortsat vores vurdering, at en del af det samlede varige mén må tilskrives ulykken i 2007, og at en mindre del må tilskrives de forudbestående degenerative forandringer i nakken.

Vi finder således, at den andel af det varige mén, der kan tilskrives den aktuelle ulykke er på skønmæssigt 5 procent.

SKULDER:
Der er i speciallægeerklæringen af 5. december 2014 beskrevet smerter, der forværres ved belastning og bevægeindskrænkning.

Det er imidlertid vores vurdering, at disse skuldergener var forudbestående.

Vi har ved denne vurdering lagt vægt på, at der ved MR-scanning i december 2009 blev påvist en betydelig skade på rotatorcuffen, bicepssenen og forreste labrum i højre skulder.

Vi har endvidere lagt vægt på, at der ved første lægekontakt efter ulykken den 10. marts 2012 er angivet, at de højresidige skuldergener, hun oplever, er kendte skuldergener fra før ulykken.

I notat fra egen læge fra den 12. marts 2012 er ligeledes beskrevet, at der er forværring af nakkesmerter, men at smerterne i skulderen havde hun også forud.

PSYKISK:
Der ses ikke at være beskrevet egentlige psykiske gener.

Vi vurderer derfor, at skaden den 9. marts 2012 har medført et varigt mén på 5 procent."

Af et brev fra april 2016 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"**Nye forsikringsaftaler til hver af jer – det er enkelt og giver overblik**
På din nuværende forsikringsaftale har du medforsikret et barn. Fremover bliver du og barnet forsikret på hver jeres forsikringsaftale. Det gør det også nemmere for dig at sikre, at I hver har en forsikring, der passer til både dit og barnets behov.

Prisen på den nuværende ulykkesforsikring er 3.519 kr. om året for de forsikrede tilsammen.

Du fortsætter naturligvis som forsikringstager (ejer af forsikringen) på hver af de nye forsikringer. Du kan se de nye forsikringsaftaler og nye priser her:

Forsikring	**Police-nummer**	**Navn på forsikre-de**	**Fødselsdato**	**Beskæftigel-se**	**Ny pris pr. år**
Ulykke	[Policenr. 1]	[Klageren]	…	…	2.313 kr.
Børneulykke	[Policenr. 3]	[Barn 2]	…	…	1.663 kr.

De nye ulykkesforsikringer træder i kraft 1. juni 2016. Ønsker du ikke at fortsætte din forsikring, skal du give os besked senest 1 måned før den nye forsikring træder i kraft.

Forsikringsaftalen til [barn 2] skal betales helårligt og bliver opkrævet på giro indtil du tilmelder den til BetalingsService.
…
[Barn 2] fylder 18 år
[Barn 2] fylder næste gang 18 år, og kan nu få mulighed for at få fuld råderet over forsikringen, fx ændre på dækninger eller selv opsige forsikringen. For at få denne mulighed, skal forsikringen ændres, så det fremover er [barn 2], der er forsikringstager. Det er et naturligt tidspunkt, når man samtidig bliver myndig. Du kan eventuelt foreslå det til [barn 2]. Du skal kontakte os, hvis I ønsker, at ændre forsikringstager."

Af brev af 26/10 2016 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"[Barn 2] Ulykkesforsikring – [Policenr. 3]
I forbindelse med ændring af din ulykkesforsikring blev der i henhold til vores brev af 19. april 2016 oprettet en ulykkesforsikring til [barn 2], der trådte i kraft den 1. juni 2016. Der blev i den forbindelse sendt en police til dig og en opkrævning på 1.716,29 kr. for perioden 1.6.2016 1.6.2017.

Den 23. juni 2016 fremsendte vi en rykker, da forsikringen ikke var betalt. Der var pålagt et gebyr på 100 kr.

Forsikringen blev den 30. juni 2016 ændret til månedlig betaling og samtidig tilmeldt til betaling via PBS. Der skulle nu betales 396,49 kr. for perioden 1.6.2016 – 1.8.2016.

Den 8. juli 2016 sendte vi besked til PBS om betalt af 114, 24 kr. for perioden 1.8.2016 – 1.9.2016. Der skyldtes nu 510,73 kr. på forsikringen.

Den 18. juli 2016 var du i kontakt med os og det blev aftalt, at forsikringen skulle ophøre, da [barn 2] var dækket under hendes arbejdsgiver. Forsikringen blev slettet pr. 1. september 2016 og der blev fremsendt en ny opkrævning på 576,73 kr. indeholdende et gebyr på 66 kr. for kort opsigelse. Vores rådgiver sendte samme dag en e-mail til dig. Jeg vedhæfter den til orientering.

Da du var i kontakt med os den 24. august 2016, slettede vi rykkergebyret på de 100 kr. og der blev derefter sendt en ny opkrævning på 476,73 kr.

Da vi ikke modtog betaling på forsikringen, blev der sendt en rykker den 25. august 2016 og den 14. september 2016. Der var pålagt et gebyr på 100 kr. på hver rykker. Der skyldes nu 676,73 kr. på forsikringen.

Det fremgår ikke af sagen, at vi er blevet kontaktet af dig med hensyn til opsigelse af [barn 2's] ulykkesforsikring før den 18. juli 2016. Jeg må derfor på det foreliggende grundlag fastholde, at der skyldes 676,73 kr. på forsikringen for perioden 1.6.2016 - 1.9.2016."

Af police af 15/5 2013 fremgår bl.a.:

"Forsikringstager	[Klageren]
Policen gælder fra	1. juni 2013
Præmien forfalder	1. juni og 1. december
Hovedforfald	1. juni"

Af police af 17/11 2015 fremgår bl.a.:

"Forsikringstager	[Barn 1]
Policen gælder fra	1. december 2015 Policen er nytegnet.
Præmien forfalder	1. juni og 1. december
Hovedforfald	1. december"

Af brev af 13/5 2016 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"**Ny forsikringsaftale (police) for Ulykke.**

Her er den nye forsikringsaftale (police) for din Ulykkesforsikring, som vi tidligere har informeret om i april 2016."

Af police af 13/5 2016 fremgår bl.a.:

"**Forsikringstager**	[Klageren]
Forsikrede	[Barn 2] Cpr.nr.: …
…	
Forsikringsaftalen gælder fra	1. juni 2016 Forsikringen er nyoprettet
Forsikringens betaling	1. juni

Hovedforfald 1. juni"

Af brev af 30/6 2016 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"**Ændring af Ulykke**

Din Ulykke forsikring er blevet ændret. Derfor sender vi dig en ny forsikringsaftale (police)."

Af police af 30/6 2016 fremgår bl.a.:

"**Forsikringstager**	[Klageren]
Forsikrede	[Barn 2] Cpr.nr.: …
…	
Forsikringsaftalen gælder fra	30. juni 2016
Forsikringens betaling	Betales månedsvis
Hovedforfald	1. juni"

Af brev af 6/1 2017 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"På baggrund af din henvendelse til Kvalitetsafdelingen, skal jeg hermed vende tilbage med svar i forhold til din ulykkesskadesag fra 2007.

Det fremgår af din henvendelse, at du er uenig i vores vurdering af méngraden på 25%. Jeg har på denne baggrund gennemgået din sag i samråd med vores lægekonsulent.

Efter dit ulykkestilfælde i 2012 er dit samlede varige mén af Arbejdsskadestyrelsen fastsat til 12 %, jf. deres udtalelse af 7. december 2015. Når der fratrækkes for degenerative forandringer, som ikke skyldes et traume samt de 5% som du har fået for nakkegener efter ulykkestilfældet i 2012, er de gener som kan tilskrives ulykkestilfældet i 2007 begrænset. Du har imidlertid smerter som stråler ud i hoved, arme og skulder, hvorfor vi skønsmæssigt har fastsat det samlede varige men til 25%.

Vi fastholder at de gener som er beskrevet i dine journaler samt speciallægeerklæringen i form af smerter i nakken som stråler ud i hoved, skulder og arme, ikke berettiger til en méngrad på mere end 25% efter ulykkestilfældet i 2007."

Af forsikringsbetingelserne nr. 0406 fremgår bl.a.:

"24. Forsikringens varighed og opsigelse

24.1
Forsikringen er tegnet for en periode på ét år og forlænges løbende for yderligere ét år ad gangen, medmindre den skriftligt opsiges af forsikringstageren eller Tryg med mindst én måneds varsel til en forsikringsperiodes udløb.

Mod et gebyr på 64 kr. (2014 indeks) kan forsikringstageren vælge at opsige forsikringen med kun 30 dages varsel til udløbet af en kalendermåned. Opsiges forsikringen indenfor det første forsikringsår, opkræves et supplerende gebyr på 128 kr. (2014 indeks).

Forsikringen ophører ved første forfald, efter barnet er fyldt 18 år.

…

25. Ændring af dækninger og præmier

25.1
Tryg kan, med én måneds varsel til forfaldsdagen, ændre forsikringsdækning og/eller præmie. Forsikringen fortsætter med den ændrede dækning og/eller præmie, når forsikringstageren betaler præmien for en ny forsikringsperiode.

25.2
Hvis præmien ikke betales, ophører forsikringen fra ændringsdatoen.
Indeksregulering betragtes ikke som en ændring af forsikringen."

Af forsikringsbetingelserne nr. 1506 fremgår bl.a.:

"**16. Generelle bestemmelser**

…

Ændring af betingelser og priser
Vi varsler væsentlige ændringer af betingelserne og/eller prisen senest 30 dage før forsikringsperioden udløber.

Når du betaler forsikringen for en ny periode, accepterer du samtidig ændringerne, og forsikringen fortsætter med de ændrede betingelser og/eller priser.

Indeksregulering betragtes ikke som en ændring af prisen for forsikringen.

Mulighed for at opsige
Både du og vi kan opsige forsikringen skriftligt senest 1 måned før forsikringsperioden udløber.

Du kan vælge at opsige forsikringen med kun 30 dages varsel til udløbet af en kalendermåned mod et gebyr. Opsiger du forsikringen allerede indenfor det første år, opkræver vi et supplerende gebyr.

Både du og vi har med 14 dages varsel efter enhver anmeldt skade ret til at opsige forsikringen, i indtil 14 dage efter erstatningens betaling eller efter afvisning af skaden.

…

17. Fortrydelsesret
Gælder kun for private forbrugerforsikringer
Du har ret til at fortryde dit køb af private forsikringer, men fortrydelsesretten er afhængig af to forskellige situationer:

- Du har mødt vores repræsentant fysisk, da du købte din forsikring.
- Du har ikke mødt vores repræsentant fysisk, da du købte din forsikring (fjernsalg).

Du kan eventuelt læse mere om fortrydelsesretten i Lov om forsikringsaftale § 34e og 34i.

Fortrydelsesfrist

Fortrydelsesfristen er altid 14 dage, og fristens begyndelse afhænger af, hvordan aftalen er indgået, punkt 1-2.

1. Har du mødt vores repræsentant, da du købte forsikringen, starter fristen på det seneste af følgende tidspunkter:
   a Fra den dag, du har fået besked om, at du har købt forsikringen.
   b Eller fra den dag, du har fået tydelig skriftlig besked om fortrydelsesretten.

2. Ved fjernsalg starter fristen på det seneste af følgende tidspunkter:
   a Fra den dag, du har fået besked om, at du har købt forsikringen.
   b Når du har fået de oplysninger, vi har pligt til at give dig enten på papir eller pr. e-mail.

Fristen på 14 dage beregnes således:
Hvis du fx køber din forsikring mandag den 1. og først har modtaget oplysningerne onsdag den 3., har du frist til og med onsdag den 17.

Hvis fortrydelsesfristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, udløber fristen først den følgende hverdag.

Hvordan fortryder du?
Inden fortrydelsesfristen udløber, skal du give os besked om, at du har fortrudt dit køb. Du kan give os besked enten pr. brev eller e-mail. Hvis du vil have bevis for, at du har sendt beskeden, inden fristen udløber, kan du sende et anbefalet brev og gemme kvitteringen."

Klageren har fremsendt lydfil af 7/7 2016.

Nævnet udtaler:

Det fremgår af sagen, at klagerens to børn har været medforsikrede på hendes ulykkesforsikring. I juni 2015 lancerede selskabet en ny ulykkesforsikring, hvorefter det ikke længere var muligt at have børn under 18 år medforsikret på forældrenes police.

Klageren er utilfreds med, at selskabet har oprettet to separate ulykkesforsikringer til hendes børn og har hævet penge på hendes konto uden hendes samtykke.

Barn 1

Klagerens [barn 1] fyldte 18 år i juni 2015. Selskabet har oplyst, at [barn 1] frem til 1/12 2015 var medforsikret på klagerens ulykkesforsikring.

Selskabet skrev til klageren den 3/11 2015, hvor det blev oplyst, at [barn 1] ville blive fjernet fra hendes ulykkesforsikring den 1/12 2015. Selskabet har oplyst, at klageren kontaktede selskabet allerede den 16/4 2015 vedrørende en ulykkesforsikring til [barn 1], hvorefter der blev oprettet en forsikring med ikrafttrædelse den 1/12 2015. Omkring samtalen med klageren har selskabet blandt andet noteret, at "tegnet ulykke til [barn 1] – [barn 1] er … og kan ikke selv tage stilling til sine forsikringer". Af police af 17/11 2015 fremgår det, at [barn 1] er forsikringstager.

Selskabet har anført, at klageren har tegnet forsikring til [barn 1], og at hun selv har oplyst kontonummeret til sin egen konto, samt at forsikringen er betalt både den 1/12 2015 og den 1/6 2016.

Efter en gennemgang af sagen må nævnet – på baggrund af oplysningerne i selskabets kundesystem – lægge til grund, at klageren i april 2015 kontaktede selskabet for at få oprettet en ulykkesforsikring til [barn 1], når barnet fyldte 18 år, idet barnet da ikke længere ville være omfattet af klagerens ulykkesforsikring. Nævnet må videre lægge til grund, at klageren ønskede, at forsikringen blev betalt af klageren via betalingsservice.

Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har opkrævet præmie for [barn 1's] ulykkesforsikring via klagerens betalingsservice.

Det af klageren anførte – herunder at hun på grund af personlige forhold muligvis ikke har set de breve, som selskabet måtte have sendt til hende, og at hun ikke opdagede og fik reageret på de betalinger, der fremgik af betalingsoversigterne – kan ikke føre til andet resultat. Nævnet bemærker, at selskabet i den pågældende periode har været i risiko og således har skullet yde forsikringsdækning for eventuelle ulykker, som [barn 1] måtte være udsat for i perioden.

Barn 2

Det fremgår af sagen, at klagerens [barn 2] fyldte 18 år i oktober 2016. Klageren har anført, at selskabet sendte hende en ny ulykkesforsikring til [barn 2]. Klageren har oplyst, at hun den 30/6 2016 aftalte med selskabet, at der blev oprettet månedlig betaling

for hendes egne løbende forsikringer, at hun til selskabet oplyste, at hun ikke havde bestilt nogen ulykkesforsikring til [barn 2], samt at det blev aftalt, at selskabet skulle sende hende et tilbud på en ulykkesforsikring til [barn 2] med månedlige betalinger. Klageren har oplyst, at hun modtog tilbuddet den 30/6 2016, og at hun den 7/7 2016 ringede og takkede nej til tilbuddet, idet [barn 2] var forsikret gennem sit job. Det er således klagerens opfattelse, at hun har opsagt/annulleret forsikringen inden for 14 dage.

Selskabet har oplyst, at det den 19/4 2016 sendte et brev til klageren, hvori klageren blev gjort opmærksom på, at hendes ulykkesforsikring ville blive omtegnet per hovedforfald den 1/6 2016, og at der fremover ville være en separat ulykkesforsikring for klageren og en separat ulykkesforsikring for [barn 2]. Da klageren ikke reagerede på brev af 19/4 2016, sendte selskabet den 13/5 2016 de nye policer til klageren. Selskabet har oplyst, at der blev sendt en opkrævning til klageren for perioden 1/6 2016 til 1/6 2017 i forbindelse med, at forsikringen trådte i kraft. Den 23/6 2016 sendte selskabet en rykker, og den 30/6 2016 kontaktede klageren selskabet for at få begge forsikringer ændret til månedlig betaling. Samtidig blev [barn 2's] ulykkesforsikring tilmeldt betalingsservice med klagerens kontonummer.

Selskabet har anført, at der ved konverteringen af forsikringen ikke er tale om et tilbud, men en ændring af forsikringen og at man aktivt skal fravælge forsikringen efter de normalt gældende opsigelsesregler. Da klagerens [barn 2] var under 18 år, stod klageren fortsat som forsikringstager og betaler på forsikringen.

Af brev af april 2016 fremgår det blandt andet, at "på din nuværende forsikringsaftale har du medforsikret et barn. Fremover bliver du og barnet forsikret på hver jeres forsikringsaftale. Det gør det også nemmere for dig at sikre, at I hver har en forsikring, der passer til både dit og barnets behov. Prisen på den nuværende ulykkesforsikring er 3.519 kr. om året for de forsikrede tilsammen. Du fortsætter naturligvis som forsikringstager (ejer af forsikringen) på hver af de nye forsikringer". Det fremgår endvidere, at prisen på klagerens ulykkesforsikring bliver 2.313 kr., og at prisen på [barn 2's] børneulykkesforsikring bliver 1.663 kr. Videre fremgår det, at "de nye ulykkesforsikringer træ-

der i kraft 1. juni 2016. Ønsker du ikke at fortsætte din forsikring, skal du give os besked senest 1 måned før den nye forsikring træder i kraft".

Det fremgår af mail af 18/7 2016, at selskabet "som ønsket har stoppet ulykkesforsikring til [barn 2] – da hun er dækket af sin arbejdsgiver. Forsikringen med policenummer … stopper pr 1.9.2016".

Det fremgår af lydsamtale af 7/7 2016, at klageren ønskede at opsige [barn 2's] ulykkesforsikring, idet hendes barn havde en ulykkesforsikring igennem sit job.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne nr. 0406 punkt 25 (ændring af dækninger og præmier), herunder punkt 25.1, at "Tryg kan, med én måneds varsel til forfaldsdagen, ændre forsikringsdækning og/eller præmie. Forsikringen fortsætter med den ændrede dækning og/eller præmie, når forsikringstageren betaler præmien for en ny forsikringsperiode". Af punkt 25.2 fremgår endvidere, at "hvis præmien ikke betales, ophører forsikringen fra ændringsdatoen. Indeksregulering betragtes ikke som en ændring af forsikringen".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet ikke har været berettiget til at opkræve præmie for så vidt angår [barn 2's] ulykkesforsikring. Nævnet finder herefter, at selskabet skal annullere forsikringen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren ikke har accepteret ændringen af forsikringen i form af – helårlig eller månedlig – indbetaling af præmie til selskabet. Nævnet henviser til selskabets brev af 26/10 2016, hvoraf det fremgår, at klageren ikke har indbetalt præmie for [barn 2's] ulykkesforsikring. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at det af forsikringsbetingelsernes punkt 25.2 fremgår, at forsikringen ophører fra ændringsdatoen, hvis præmien ikke betales.

Nævnet bemærker, at klageren den 7/7 2016 kontaktede selskabet, idet hun ikke ønskede [barn 2's] ulykkesforsikring, da [barn 2] havde en ulykkesforsikring igennem sit

job. Selskabet har således relativt hurtigt fået afklaret, at der ikke ville ske præmiebetaling for [barn 2's] ulykkesforsikring.

Ulykkestilfælde

Klageren var den 29/10 2007 udsat for et ulykkestilfælde, hvor hun i bil blev påkørt bagfra. Efter hændelsen har klageren døjet med blandt andet smerter i skulder og nakke.

Selskabet har den 19/1 2012 udbetalt erstatning svarende til et varigt mén på 25 %. Ved vurderingen har selskabet lagt vægt på, at klageren har gener i form af "daglige smerter og belastning af højre arm/skulder og nedsat kraft. Natlige smerter, nedsat bevægelighed til aktivt frem-op og ud-op 90 grader".

Klageren var den 9/3 2012 endnu engang udsat for et ulykkestilfælde, hvor hun i bil blev påkørt bagfra.

I udtalelse af 7/12 2015 har Arbejdsskadestyrelsen vurderet klagerens varige mén efter ulykken den 9/3 2012. Arbejdsskadestyrelsen har vurderet, at klagerens samlede varige nakkemén er på skønsmæssigt 12 %, idet der er betydelige smerter med udstråling, låsningstilfælde i nakken, kognitive gener samt bevægeindskrænkning. Det er samtidig Arbejdsskadestyrelsens vurdering, at en del af det samlede varige mén må tilskrives ulykken i 2007, og at en mindre del må tilskrives de forudbestående degenerative forandringer i nakken. Arbejdsskadestyrelsen har på baggrund heraf vurderet, at skaden den 9/3 2012 har medført et varigt mén på 5 %. Derudover har Arbejdsskadestyrelsen vurderet, at klagerens skuldergener var forudbestående.

Det er selskabets vurdering, at klagerens gener allerede er indeholdt i den tidligere tildelte méngrad.

Nævnets flertal udtaler herefter:

Efter en gennemgang af sagen kan flertallet ikke kritisere selskabets afgørelse.

Der er blandt andet lagt vægt på, at selskabet den 19/1 2012 udbetalte erstatning svarende til et varigt mén på 25 % for smerter i højre arm/skulder efter ulykken i 2007, og at klageren allerede den 9/3 2012 var udsat for en ny ulykke, som gav smerter i nakke med udstråling til hoved, skuldre og arme. Henset til det meget korte tidsforløb mellem disse to begivenheder, og henset til at begge ulykker har medført skade i samme legemsdele (nakke/arme), finder flertallet, at selskabet ved vurderingen af méngraden efter ulykken den 9/3 2012 er berettiget til at lade afgørelsen af 19/1 2012 indgå i sin vurdering.

Flertallet har også lagt vægt på Arbejdsskadestyrelsens udtalelse og de lægelige oplysninger i sagen, herunder at Arbejdsskadestyrelsen har vurderet, at klagerens nakkesmerter efter de to ulykker i alt giver et mén på 12 %, hvoraf ulykken i 2012 af Arbejdsskadestyrelsen skønsmæssigt er anslået til at kunne tilskrives 5 %.

Nævnets mindretal udtaler:

Efter en gennemgang af sagen kan mindretallet ikke kritisere, at selskabet har afvist at udbetale yderligere erstatning for så vidt angår ulykken den 29/10 2007. Der er blandt andet lagt vægt på Arbejdsskadestyrelsens udtalelse og de lægelige oplysninger i sagen.

Da selskabet med sin afgørelse af 19/1 2012 har truffet en for selskabet bindende afgørelse om klagerens méngrad efter ulykken i 2007, finder mindretallet, at selskabet skal foretage en ny og selvstændig vurdering af klagerens mén efter den ulykke, der opstod den 9/3 2012.

Efter en gennemgang af sagen finder mindretallet, at klagerens varige mén som følge af ulykken den 9/3 2012 kan fastsættes til 5 %, hvorfor selskabet skal genoptage sagsbehandlingen.

Der er blandt andet lagt vægt på, at Arbejdsskadestyrelsen i udtalelse af 7/12 2015 har vurderet, at ulykken den 9/3 2012 har medført et selvstændigt, varigt mén på 5 % efter

fradrag for varige gener efter uheldet i 2007 og efter fradrag for forudbestående, degenerative forandringer i nakken.

Det forhold, at selskabets afgørelse af 19/1 2012 – set i lyset af den vejledende udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen måtte være gunstig for klageren, kan ikke i sig selv føre til, at selskabet kan behandle ulykken i 2007 og ulykken i 2012 under ét, idet selskabet forud for ulykken i 2012 havde truffet en endelig afgørelse vedrørende ulykken i 2007, og idet Arbejdsskadestyrelsen i sin vurdering har fundet, at det var muligt at fastsætte en selvstændig méngrad for 2012-ulykken.

Der træffes afgørelse efter stemmeflertallet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Tryg Forsikring A/S, skal anerkende, at det ikke har været berettiget til at opkræve præmie samt gebyrer for så vidt angår [barn 2's] ulykkesforsikring for perioden 1/6 2016 til 1/9 2016.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels