Ankenævnet *for* Forsikring

Den 6. juni 2018 blev i sag nr. 91836:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forsikrings-Aktieselskabet Alka
Engelholm Alle 1
2630 Taastrup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren er omfattet af en kollektiv ulykkesforsikring hos Forsikrings-Aktieselskabet Alka. Han klager over, at selskabet har afvist at yde dækning for et anmeldt ulykkestilfælde sket den 7/9 2014, hvor han slog baghovedet op i en trappe.

Sagen er blevet forelagt Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, som i vejledende udtalelse af 11/10 2016 har vurderet klagerens varige mén som følge af hændelsen til mindre end 5 %. Af udtalelsen fremgår det bl.a.:

"**Varigt mén**

Vurdering af varigt mén

Vores lægekonsulent med speciale i neurokirurgi 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 eller gener, der skyldes forudbestående helbredsmæssige forhold.

Grundlaget for vores vurdering:

- [Klageren] var den 7. september 2014 ude for en hændelse, hvor han slog baghovedet op i en trappe.

- [Klageren] søgte læge den 17. september 2014, hvor han klagede over kraftig hovedpine.

- MR skanning den 8. februar 2015 har påvist en diskusprolaps i nakken.

Ved vurderingen af det varige mén har vi lagt vægt på, at [klageren] aktuelt klager over gener fra hovedet og nakken.

Vi finder på baggrund af traumebeskrivelsen, at det ikke i tilstrækkeligt omfang er sandsynliggjort, at der er årsagssammenhæng mellem hændelsen den 7. september 2014 og de aktuelle hoved- og nakkegener.

Ved vurdering har vi lagt vægt på, at hændelsen som denne er beskrevet i sagens akter, lægeligt set ikke er egnet til at medføre varige hovedpine- og nakkegener.

Derudover har vi noteret os, at man ved MR-scanning i februar 2015 fandt en diskusprolaps i nakken. Det er vores lægelige vurdering at, den anmeldte hændelse ikke er egnet til at medføre en diskusprolaps hos en rask person.

Det er derfor vores vurdering, at [klagerens] aktuelle gener må skyldes andre forhold end den anmeldte hændelse.

Vi vurderer derfor, at hændelsen den 7. september 2014 har medført et varigt mén på mindre end 5 procent."

I klageskema af 8/1 2018 til nævnet har klageren bl.a. oplyst:

"1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. Supplerende redegørelse kan evt. vedlægges.

Jeg stod foroverbøjet under en trappe i mit hus. Jeg rejste mig pludselig op i fuld højde. Da jeg rejste mig op ramte jeg med høj kraft baghovedet op i trappen. Dette indebærer en kraft, der svarer til en vægtstangsarm på 30 cm melem omdrejningspunktet og bag hovedet.

Jeg var forud for traumet fuldstændig rask, og har ikke tidligere lidt af hovedpine. Jeg har efterfølgende fået konstateret en prolaps svarende til C5106, som jeg ikke tidligere har lidt af. Jeg havde efter ulykken, og har fortsat følger efter ulykken.

[Hospital] har vurderet, at der er tale om posttraumatisk hovedpine, og at hovedpinen tidsmæssigt er opstået i relation til traumet – således kronisk migræne/persisterende hovedpine, som tilskrives til traumatisk skade til hovedet, type 5.2.

2. Hvad vil du konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)

En anerkendelse af, at der er årsagssammenhæng mellem traumet (slaget mod baghovedet) den 7. september 2014 og det efterfølgende forløb med kraftig hovedpine (postcommotiosyndrom med fokuseringsbesvær, koncentrationsproblemer og lys- og lydfølsomhed og voldsom træthed).

1) [Hospital] har vurderet, at der er årsagssammenhæng mellem skaden og min posttraumatisk hovedpine
2) Mine symptomer kom i umiddelbar forlængelse af skaden (og ikke som lagt til grund mere end 72 timer efter skaden) – desuden henviser jeg til litteraturen, hvoraf det fremgår, at der ikke behøver være såkaldte strakssymptomer, men at symptomerne kan optræde forsinket (fra minutter til dage efter slaget).

Desuden ønsker jeg en fornyet vurdering af det varieg mén, som AES har vurderet til under 5 %. AES har vurderet, at mit varige mén ikke er over 5 %."

Selskabet har i brev af 19/2 2018 til nævnet bl.a. bemærket:

"Klager anmeldte den 6. november 2014 telefonisk til Alka Forsikring, at han den 7. september 2014 havde været udsat for et ulykkestilfælde og havde pådraget sig en hjernerystelse. Klager oplyste, at han hade stået og rodet med noget under trappen, da hans hustru kaldte på ham og han rejste sig og knaldede hovedet ind i trappen.

Alka Forsikring bad ved brev af samme dato om klagers samtykke til at indhente de lægelige oplysninger og indhentede efterfølgende journalen fra klagers egen læge og meddelte ved brev af 19. januar 2015, at skaden var dækket på forsikringen.

Klager henvendte sig den 29. februar 2016 og oplyste, at han nu var færdigbehandlet. Da skaden også var anmeldt til en ulykkesforsikring i [andet forsikringsselskab] bad selskabet om klagers samtykke til at indhente oplysninger fra dette selskab og modtog efterfølgende de lægelige oplysninger fra [andet forsikringsselskab].

[Andet forsikringsselskab] oplyste i den forbindelse, at sagen var forelagt Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) og Alka Forsikring meddelte ved brev af 29. juni 2016 klager, at selskabet ville afvente afgørelsen fra AES.

Alka Forsikring modtog afgørelsen fra AES den 20. oktober 2016. AES udtalte i sin vurdering af 11. oktober 2016, at det ikke fandt årsagssammenhængen mellem det anmeldte ulykkestilfælde og klagers gener for tilstrækkelig sandsynliggjort. Derudover fandt AES ikke, at den beskrevne skadesmekanisme var eget til at medføre de beskrevne gener og ej heller egnet til at medføre en discusprolaps i nakken hos en rask person, hvorfor AES ikke fandt, at den anmeldte hændelse havde medført et varigt mén på 5% eller derover.

Alka Forsikring meddelte på denne baggrund ved brev af 27. oktober 2016, at der desværre ikke kunne udbetales erstatning for skaden.

Klager udtrykte – ved brev modtaget af selskabet den 1. december 2016 – sin utilfredshed med selskabets afgørelse og bad om aktindsigt i samtlige akter, hvilket selskabet imødekom ved brev af 26. januar 2017.

Sagen er nu indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Klager er omfattet af den kollektive fritidsulykkesforsikring via sit medlemskab af [fagforening].

Af de forsikringsbetingelser, der var gældende på skadetidspunktet, fremgår det, at forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde. Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade, jfr. afsnit 5.1.1.

Det er de direkte følger af selve ulykkestilfældet, der dækkes på forsikringen, og det skal således være det aktuelle ulykkestilfælde, der er årsag til skaden/følgerne.

Den sikrede (den der rejser kravet) har efter almindelige regler bevisbyrden for rigtigheden af det krav, der gøres gældende overfor selskabet.

Erstatningsfastsættelsen, som følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde, foregår i overensstemmelse med betingelsernes afsnit 8.

Af afsnit 8.1.6. og 8.1.7. fremgår det således, at méngraden fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens (AES) méntabel på grundlag af skadens medicinske art og omfang uden hensyn til forsikredes erhverv eller sociale situation.

Alka Forsikring har tilknyttet læger, der – på baggrund af de lægelige oplysninger – vurderer de varige følger af de anmeldte ulykkestilfælde, men såfremt én af parterne ønsker det, træffes afgørelsen af Arbejdsskadestyrelsen (AES), jfr. betingelsernes afsnit 13.2.

Ved den første lægekontakt 10 dage efter hændelsen – den 17. september 2014 – er det anført i journalen, at det drejede sig om en mindre hjernerystelse – der havde ikke været svimmelhed, kvalme eller opkastninger, men uændret kraftig hovedpine gennem 3 – 4 dage. Det fremgår således ikke umiddelbart, at der havde været strakssymptomer (eller symptomer indenfor de første 72 timer).

Der kunne ikke konstateres nogen objektive fund og CTC scanning var normal. Der var upåfaldende neurologisk undersøgelse og frie øjenbevægelser, egale pupiller og naturlig lysreaktion, normal motorik, sensibilitet og kraft.

Af journalnotat fra [privathospital] af 18. februar 2015 fremgår det, at speciallæge i neurologi fandt, at årsagen til klagers hovedpine overvejende måtte tilskrives de konstaterede degenerative forandringer og den mindre prolaps.

På baggrund af de manglende objektive fund blev det fundet mest hensigtsmæssigt at lade Arbejdsmarkedets Erhvervssikring foretage vurderingen af sagen.

AES fandt ifølge udtalelsen af 11. oktober 2016 ikke, at der var sandsynliggjort årsagssammenhæng i tilstrækkelig grad mellem klagers hovedpine og det anmeldte ulykkestilfælde. Ligesom AES

ikke fandt den beskrevne skadesmekanisme egnet til at medføre de beskrevne gener og vurderede derfor, at det anmeldte ulykkestilfælde ikke havde medført en méngrad på 5% eller derover.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har tilknyttet læger med forskellige specialer, der har erfaring med fastsættelse af méngrader og ved vurderingen af klagers sag har en speciallægekonsulent med speciale i neurokirurgi deltaget.

Den der vil anfægte en afgørelse truffet af AES må løfte bevisbyrden for, at styrelsens afgørelse er behæftet med væsentlige fejl, eller at styrelsens behandling af sagen i øvrigt ikke har været betryggende.

Der er intet som antyder, at AES behandling af sagen ikke har været betryggende, at styrelsen ikke haft adgang til de nødvendige oplysninger, har begået fejl eller har fejlvurderet de foreliggende oplysninger.

Méngraden er vurderet af den fagligt kompetente myndighed under medvirken af lægefaglig kompetent person med speciale i neurokirurgi, hvis ekspertise selskabet ikke har anledning til at betvivle.

Vi må således med henvisning til AS udtalelse fastholde, at vi ikke kan udbetale erstatning i forbindelse med det af klager anmeldte ulykkestilfælde.

Afslutningsvis skal vi bemærke, at klagers krav ved indbringelsen for Ankenævnet for Forsikring må anses for forældet.

Skaden indtraf i 7. september 2014 og erstatning blev afvist med selskabets brev af 27. oktober 2016, hvorefter der som udgangspunkt – med henvisning til Forsikringsaftalelovens § 29 stk. 5 – gælder en tillægsfrist på 1 år fra afvisningen."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Herunder de lægelige oplysninger.

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**5 Forsikringen dækker**

5.1 5.1 Følger af ulykkestilfælde

5.1.1 Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

5.1.2 Ulykkestilfælde, der skyldes besvimelse eller ildebefindende. Det vil sige kortvarige bevidsthedstab, hvor hovedårsagen til besvimelsen eller ildebefindendet ikke er sygdom eller sygdomsanlæg.

5.1.3 Drukning, kulilteforgiftning samt legemsbeskadigelse som følge af insektstik, forfrysning, hedeslag eller solstik.
For at opnå dækning i henhold til punkterne 5.1.1, 5.1.2 og 5.1.3 skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen medicinsk set er egnet til at forårsage personskaden, og om der er tidsmæssig sammenhæng mellem hændelsen og de relevante symptomers indtræden.

…

6 Forsikringen dækker ikke

6.1 Sygdom og forudbestående helbredsgener

6.1.1 Sygdom.

6.1.2 Ulykkestilfælde der skyldes sygdom.

6.1.3 Enhver udløsning af latente sygdomsanlæg, selvom udløsningen skyldes et ulykkestilfælde. Dette gælder også, selvom det latente sygdomsanlæg ikke har været symptomgivende før ulykkestilfældet.

6.1.4 Forværring af følgerne af et ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende sygdom eller tilfældigt tilstødende sygdom. Dette gælder også, selvom sygdommen ikke har været symptomgivende før ulykkestilfældet.

6.1.5 En forudbestående sygdom eller lidelse kan ikke medføre, at erstatningen fastsættes højere, end hvis en sådan sygdom eller lidelse ikke havde været til stede."

Nævnet udtaler:

Klageren har anmeldt, at han den 7/9 2014 slog baghovedet op i en trappe. I anmeldelsen har klageren anført, at han hverken besvimede, blev svimmel eller bevidstløs i forbindelse med slaget. Han har oplyst, at han dagen efter hændelsen fik lidt hovedpine, og at generne i den kommende tid blev forværret, hvorefter han 10 dage efter hændelsen søgte læge.

Klagerens praktiserende læge har i journalnotat af 17/9 2014 diagnosticeret generne som en mindre hjernerystelse. En MR-scanning foretaget den 8/2 2015 – cirka 5 måneder efter hændelsen – påviste en diskusprolaps i nakken.

Selskabet har i brev af 27/10 2016 til klageren afvist at udbetale godtgørelse for varigt men under henvisning til, at der ikke er årsagssammenhæng mellem den anmeldte hændelse og klagerens aktuelle gener. Selskabet har over for nævnet henvist til, at klagerens eventuelle krav var forældet forud for sagens indbringelse for nævnet.

Nævnet bemærker, at krav i henhold til forsikringsaftalen er underlagt en 3-årig forældelse, jf. forsikringsaftalelovens § 29 og forældelseslovens § 3. Fristen regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor klageren har haft rimelig anledning til og mulighed for at gøre kravet gældende over for selskabet. Det er ikke en betingelse, at omfanget af skaden skal have været klageren bekendt på dette tidspunkt. Ved ulykkestilfælde er dette tidspunkt i henhold til nævnets praksis som

udgangspunkt ulykkestidspunktet. Klagerens krav mod selskabet var derfor som udgangspunkt forældet 3 år efter denne dato – det vil sige den 7/9 2017, jf. forældelseslovens § 3, stk. 2.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, at er en skade inden forældelsesfristens udløb anmeldt til selskabet, indtræder forældelse af krav, som skaden giver anledning til, tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det helt eller delvist afviser kravet. Klagerens eventuelle krav mod selskabet forældes derfor tidligst 1 år efter, at selskabet har afvist kravet – det vil sige den 27/10 2017.

Da klageren først har indbragt sagen for nævnet den 8/1 2018 finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klagerens eventuelle krav var forældet forud for sagens indbringelse for nævnet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings