Ankenævnet *for* Forsikring

Den 18. september 2019 blev i sag nr. 92177:

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 Tryg Forsikring A/S. Klageren har i klageskema af 6/4 2018 til nævnet blandt andet anført:

> "**Kort redegørelse for sagen**
> vedr. at Tryg siden 1. skade har gjort alt for at hindre korrekte mengrader pog alle skaders vurdering i nu 2 skadessager + forværringssag – se vedhæftet klage [2 skadenumre] der vil senere blive fremsendt dokumentation fra fysioterapeut, som - laves til forlængelse af gratis behandling - § bliver også meddelt senere. Jeg har langt over 100 sider lægeligt dokumenteret – dertil nye røntgen hvor der er beskrevet forværringer, herunder OBS for nerveafklemning Alle stævninger og ankestævninger efter ulovlig byrets dom, er afvist af advokat mangel og siden retsafgift mangel, og afvist beskikkelse til pålægge Tryg retshjælps ansvar. Hvis Ankenævn ikke selv henter doku fra AES - bedes det meddelt -- jeg har dem men kan ikke lige finde dem, og mine fysiske formåen er langt overskredet – doku hvor [byretsdommer] betaler forsikringsbetalt retsafgifter tilbage til advokaten under påstand om ret til fri proces - fremsendes når jeg finder dette.
>
> **Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
> At alle skader korrekt mengradsvurderes og at man retter alle de fejl som er begået i vurderingerne - da Tryg har 100% ansvar for alle skaders vurdering – kan de ikke kræve en forkert udført mengradsvurdering fra AES for gældende – da Tryg ansvar rækker ud over en vejledende vurdering - og alle skader er på intet tidspunkt korrekt vurderet ! derfor vil jeg opnå alle skaders fulde skadesdækning, med rentepålæg til betaling sker - samt -Tryg selv betaler ulovligt pålagt sagsomkostninger, og dækker ødelagte gulve m.v. - da ulovligt udførte mengradsvurderinger - også hindre hjælp fra kommune m.v. incl. behandlings betaling med videre og har derfor fået ekstrem gæld, som følge af alle skader ikke er dækket, også de som først viser sig senere - og som følge af nægtet retshjælp og hindret advokat og betalte retsafgifter, hvor Tryg lyver om deres lovbindende dæknings ansvar for både ALLE skaders dækning og retshjælps pligter. Tryg kan med retsvirkning

ikke aftale frihed for ansvar, da de selv har vedtaget at F.A.loven gælder for min forsikring - og - ikke kan få ophævet forsikringsbetingelser og herfor gældende lov ophævet under påstand om klausul, når sagen ikke behandles efter lov om voldgift, hvori tvister opstået efter samtykke skrivelse, gør aftale ikke er bindende for forbrugeren - og kan derfor ikke - bare påstå man har ret til at forhindre retslægeråds kontrol af tryg og AES lovstridige vurderinger, som efter F.A.lov gælder alle skader og ikke kan lyve skadesomfang bort - heller ikke som falske forudbestående – som man end ikke har specificeret hvorfra oplysninger hentes – og hverken Tryg eller Styrelsen har anvendt menskade tabel tal for deres vurderinger – og skaders omfang efter Styrelsens vejledning om anvendelse af menskade tabel - herunder om skader forværrer andre skader - og multiple skader m.v. og førtidspension som følge af ulykke skade - kan aldrig være dækkende erstattet med 5% + 3% forværringer uden specifikation – når ALT er ødelagt – der blev stævnet for 66% 1. gang og siden er der stævnet for langt større skadesomfang - herunder er forsikring tegnet med dobbelt erstatning ved 30 % mengrad - og - Jeg har betalt forsikring, med løfter om at alle skadefølger af ulykke er dækket af min forsikring - så er det også et lovligt krav at få dette fuldt ud dækket med korrekt erstatning! Jeg har derfor en omfattende sag med mange dokumenter - som jeg ikke kan få hverken dækket eller løst i domstole - fordi Tryg svindler med ikke at yde retshjælp til sagers førelse, advokat og rets afgifter – lovlig retsvirkning til at føre sagen – herunder RPLovens gentagne syns og skøns rettigheder. Jeg afventer derfor at Tryg fremlægger alle dokumenter i sagen - særligt alle lægelige dokumenter - med de nægtede mengradsvurderinger man hele tiden ikke har ville udlevere – trods pligt til at anvende menskadetabe, til udmåling af dækningsgrad af forsikringssum - og for hvad de i 2. sag påberåber sig som forudbestående – i stedet for løgne om at skader ikke er sket, er forudbestående og nu aldersbetinget – trods udækkede siden skade i 2005 og lovens retsvirkende ansvar for alle skader starter på skadesdato til betaling sker med rentepålæg."

Af klagerens brev af 3/4 2018 til nævnet fremgår det blandt andet:

"**klage over Tryg forsikrings forbrydelser, i nu 3 sager, se venligst OBS s.2.**
Klage Vedr. Tryg Skadessags nr. 1. sag: 680-526.762 12-3-2005 1 J35 C
2. sag: 680-5.720.710 27.12.2012 1 J35L,
om Trygs lovbundet og ufravigeligt fulde ansvar for alle skaders fulde skadesdækning af 2 ulykkers og 1 forværrings sagers skader, som nægtes dækket, for mere end 8 undladte skaders manglende vurdering - og de 2 udførte skaders mengrader er falske ikke fyldestgørende såkaldte vurderinger – som ikke er udført efter Styrelsens vejledning om anvendelse af menskadetabel – og skal udføres med tabeltallenes tal for skadesomfangs oplysninger for hver enkelt skades mengrader – og hvorfra oplysning er hentet, og skal dække ulykkes skades følger såvel nye, senfølger, som forud bestående – men sådan som vurderinger ser ud – er det som om, det 'påstås' at ulykken ikke kan vær sket, trods 100 vis af lægeligt dokumenterede & førtidspension, som følge af ulykkes skader og nerveskader – beviser skader er sket. Og udført i 3 sager – viser jo et mønster, om bevidst at slippe for, at yde erstatning - og ikke - at yde skadelidte retfærdige sande skadesdækkende erstatninger, som de har betalt dækning af livslangt.

Tryg nægter, at udlevere deres såkaldte mengrads vurderinger, og - ingen såkaldte vurderinger, har på noget tidspunkt været dækkende for det fulde omfang af handicap og ALLE skaders omfang, og alle skaders lægelige oplysninger og forværringer - og fraviger Trygs lov-bundet fulde og - Tryg selvvedtaget ufravigelige ansvar for alle skaders og senfølgers fulde skades erstatnings dækning, med rentepålæg til betaling sker – som Tryg nægter at dække - ud over ulovlige 5 % + 3% forværringer – af 2 skaders, med falske påståede forud bestående – trods af Tryg godkendte

mindst 30% mengrad - nedsat til en uspecificeret 5% mengrad - og – Tryg begår F.A.lov § 134 straffelovstridigt bedrageri i domstol – hvor Tryg ulovligt ophæver deres lovbundne fulde dæknings, vurderings og erstatningsansvar, og, dobbeltdæknings ansvar for 30 % skader. Der er stævnet for 66 % mengrader, og siden for flere i begge sagers stævning – hindret behandlet, grundet nægtet retshjælps dækning og betalings mulighed af retsafgifter og advokat mulighed, dertil er der 1.10.2008 bevilliget førtidspension, grundet skader og tabte daglige funktionsevner og erhvervs evner, livslangt mistet alle job muligheder – som aldrig kan svare til 5% men og 3% forværringer – med intet trænings potentiale, og kun korttids virkende behandlinger, og temperatur og belastningsudløste nerveskader, og Røntgen beviser, der nu viser forværringer med OBS for nerve afklemning.

- og Tryg nægter retshjælp, både til advokat og for, at frarøve skadeslidte [klager] millioner kr. skadesdækning og enhver kontrol mulighed, gennem en domstols prøvelse, gennem RPLovens ret til gentagne syns og skøns rettigheder, til retslægeråds kontrol af Tryg og Styrelses fejl vurderinger, - og mindst undladt 8 skaders vurdering – og lov ret til doms afgørelse, - som skal udføres efter gældende love, og Tryg selv, vedtaget lovbindende F. Aftalelov pligt ansvar for alle skaders fulde dækning. Som Tryg med bedrageri har pålagt byret at ophæve – uden, at gældende love og Trygs ansvar overhovedet anvendes i afgørelse – og bort lyver Styrelsens mega fejl – som ændret vurderingsmetode – trods, den ikke er ændret i styrelsens egne regler, og lov ansvar - og –falske vurderinger ikke dækker alle skete skader, lægedokumenterede skader, som også er Styrelsens ansvar vurderes, herunder ved at samarbejde med skadeslidte og dennes læge, og ved at sikre udredning - i stedet for bort lyve skete skader, som ikke sket – og som ikke muligt kan forværres, - men er sket og forværret og voldsomt slemt smerte omfang fra skadesdag af og fortsat er – derfor også dækningspligtige!

Tryg retshjælps afd. har nægtet, og nægter at yde retshjælp – også til Landsret krav om advokat på Ankestævnings sagen. Derfor afvises sag - da ingen advokater arbejder gratis! Og skader er stadig ikke lovligt vurderet, og alle skader er ikke medtaget, og ikke udført efter Tryg ufravigeligt ansvar for alle skaders fulde dækning, – og medfører oveni, at 2. skadessag heller ikke dækkes – såvel som forværringer, - trods Tryg ikke kan aftale frihed for ansvar – og er lov bundet til, også at dække de skadefølger der først viser sig senere, og jævnfør lovbundet Tryg valgt vurderingsmetode skal anvende menskadetabel tal for hver enkelt skade, med mentabel tal for skaders omfang og - oplysning om hvilke, og hvor de lægelige oplysninger er hentet fra – derfor også - for de falsk påståede forud bestående, som ikke bestod forud, og de påstået ikke skete skader, - der alle er sket!
Yderligere var der mellem daværende advokat og Tryg ulykke og Tryg retshjælp godkendt at sagen skulle for retslægerådet, da ankenævn for forsikring i 2010 ikke kunne behandle en sag der skulle for retslægerådet.
…
Klage Vedr. derfor: at Ankenævn belyser fulde mengrads vurdering af alle skader sket i Tryg Skadessager, og hvilke fejl der er begået af Tryg og Styrelsen i:

<u>1. sag: 680-526.762 12-3-2005 1 J35 C</u> og i <u>2. sag: 680-5.720.710 27.12.2012 1 J35L</u>, samt <u>de nye røntgen beskrivelser og undersøgelser i genoptagelse sag for forværringer</u>, som af Tryg nægtes og stadig bort forklares, på trods af massivt omfang af lægedokumenteret for skadefølger efter ulykke, - de som påstås forud bestående - som ikke eksisterede før nogen ulykke – men som bort lyves, som forud bestående, og nu også som aldersbetinget – trods det er udækkede skader fra dag 1. af, som aldrig er blevet lovbundet vurderet - hverken af Tryg eller af Styrelsen!.

...

Samlet mengrads omfang = hvor stort et funktionsevne tab er samlet sket = hvad er nye skader og hver af disses nye skaders mengrad – hvad er forud bestående – hvad er forværret af hvilke skader, hvad er senfølger = samlet tab som følge af skadesfølger af ulykke = det samlede skadesomfangs mengrader til brug for udmåling af dækningsgrad af forsikringssum! Da samlet menskadeomfangs mengrader også skal bruges f.eks. i kommunalt regi – og sundhedssystem – så kan man ikke bare fuske – det er alvorligt – herunder en lovbundet dækningspligt – der ikke bare kan tilsidesættes – for at Tryg –kan opkøbe konkurrenter – fordi de selv – kan forvride konkurrence, ved at få domstole til at ophæve lovbundet erstatnings rettigheder og opnå ulovlige million besparelser.

…

Der **er 30 års forældelse**, da – **Tryg ikke kan fravige dæknings og udrednings ansvar**, og herunder **alle skaders fulde mengrads vurdering, også for sådanne, som først viser sig senere**, og - da - **sager ikke er lovligt afgjort – grundet nægtet retshjælp, på baggrund af Tryg har svindlet med deres lovbundet ansvar – og vidnet falsk i domstolene, om deres ansvar for alle skadefølger, også de som først viser sig senere - og ikke kun 2 skader, som er falsk vurderet og ulovligt nedsat skadesomfang til ingen ting – trods omfattende dokumenteret – og også i øvrige sager, forsøgt udført stævninger** – men trods domstoles kendskab til forældelses frister – **ikke vil beskikke, trods lovpligt til at pålægge tryg at dække retsafgifter, og Tryg har ansvar for at dække advokat til alle skader er fuldt ud dækket** og – så længe der er retshjælps dækning, er der dækningspligt og i 2 ulykker er der 2x retshjælps dækning på 125.000kr. hvor af der ikke er ydet dækning til sidste sag og er 44.000kr. i 1. sag - Og byret bevilligede fri proces ved, at RPL stridigt, tilbagebetale advokaten min forsikringsbetalte retsafgift – og så skred advokaten – og blev endog efter påstand om, at sagen vindes eller gratis – honoreret med 76.000kr. + 15.700kr fra dommer – så 'tabte' advokat min kæresag, hvor han skulle have påtalt F.A.lovens gyldighed, og lov om voldgift, og RPLovens gentagne syns og skøns rettigheder – hvilket han ikke gjorde - og skred – hvor efter han blev godkendt til, at føre sager for højeste ret – Undskyld – meget lugter for mig af bedrageri eller korruptions lignende adfærd. For hvis Tryg advokater kan få domstole til, at ophæve gældende love, og et lovbindende ansvar for alle skaders fulde dækning – og, skadeslidtes advokat belønnes for at skride – så er ALT galt – og så er mine rets følelser er dybt krænket – for jeg har købt en forsikring, som lover fuld skadesdækning – og ingen skader er lovligt dækket – og så har jeg oveni fået sagsomkostninger, for at kræve alle skader dækket – som jeg har betalt dyre præmier for gennem et helt liv! Det har ingen rimelighed!

…

Yderligere har Styrelsen igen i 3.2018 fastholdt, at deres vurdering kun er vejledende ikke bindende – hvorfor uenighed hører domstolene til. Og ret beset kan Styrelsen – jo ikke kontrollere sig selv – og til ulykke 27.12.2012 – har Tryg sagt, at jeg kan betale ca. 6.220kr. for en ny bindende vurderings aftale i EAS – som ikke ændrer 1.vurdering. – på trods af Tryg har ansvar for alle skaders vurdering, også for de som først viser sig senere. – og Så kan man aldrig få et korrekt menskades omfang for nogen af skaderne i 2 ulykker – for det vil altid være – for lavt sat – og alle skete skader – som ikke er medtaget, vil være udelukket vurdering og derfor et millionrøveri af lovrettigheder, til alle skaders erstatningsudbetaling med rentepålæg – på trods af et ufravigeligt lovansvar for at alle skaders skadesomfang er fuldt ud dækket, også for de som først viser sig senere – og skadeslidtes samlede mengraders omfang af handicap, som følge af ulykke – vil 5% aldrig være dækkende for det sande skadesomfang – det er forfalsket fra start af – og – **da mengrads vurderinger også anvendes i sundheds system og i kommunalt i forhold til Hjemme-hjælp, og handicap hjælp, herunder behandlinger – og jeg vil altid blive forbigået hjælp – fordi det falske grundlag – vedblivende – ikke dækker en sand oplysning om skadeslidtes samlede handicaps**

mengrads omfang, som netop alene hviler på falske vurderinger, trods der er omfattende lægelige oplysninger og Styrelsens menskadetabel vejlednings regler for de F.A.lov gældende og i f.betingelser vedtaget, derfor lovbindende valgt vurderingsmetode – skal anvendes til udmåling af dækningsgrad af forsikringssum – men aldrig er anvendt – og hverken af Tryg eller EAS anvendes efter gældende vejledning for at anvende menskadetabel!

…

Der klages derfor over de helt ekstreme Tryg, AES, domstols ulovlige afvisninger, som Ankenævn for forsikring i 2010 ikke kunne behandle, fordi sager skulle for retslægerådet og domstolene – hvilket Tryg har løget sig ud af – og ikke vil dække deres ansvar – heller ikke for de nye skader i ny ulykke, og heller ikke genoptage sag på forværringer!

Hvad Ankenævn anmodes om – sikring af – at der sker lovbundet skadesdækning af alle skete skader og senfølger, med rentepålæg til lovbindende betalings pligt sker – og retshjælp betales til advokat – og retshjælps dækning – hvis sagen skal for domstolene, for, at få gennemført lovlig skadesdækning –derfor:

1.

Der **anmodes** om **mengrads vurdering: - af alle skader, anmeldte, som dokumenteret sket, - af antal af skader sket**, - af **hver enkelt skades omfang, - af skadernes senfølger og forværringer,** som efter loven er dækningspligtige – som også blev anmeldt – men nægtes vurderet og erstattet.

…

2.

Der anmodes om vurdering af min indboforsikrings dækningspligt af retshjælp, til retsafgifter, og til advokat, til alle skader er fuldt ud mengrads vurderes og dækket, og lovligt afgjort sag – herunder - var retslægeråds vurdering – både advokat aftalt med retshjælpsforsikring, og med ulykkesforsikring - fordi ankenævn for forsikring, dengang i 2010, ikke kunne behandle en sag, som skulle for retslægerådet – men Tryg advokater har bevidst valgt, at lyve om Tryg ansvar i domstol, om ufravigeligt lovbundet retsvirkende ansvar – med brud på straffeloven og F.A.lovens §134– og der bevidst nægtes retshjælps dækning, også, til ny advokat også til læsning af sager, for at hindre ankestævning – som nægtes retshjælps dækket efter ulovlig dom, også til Landsret krav om advokat, og øvrige stævninger.

…

Herunder skal dække de ulovligt pålagte sagsomkostninger – som Tryg falske påstande har medført – fordi de kræver domstol ophæver deres lovansvar for at dække samtlige skader og senfølger – som de nu – udækket – kommer og påstår i nye sager at det er aldersbetinget og forud-bestående – men kan ikke være nogen af delene – da de har været dækningspligtige fra start af og er forværret – netop fordi de ikke er erstattet!

3.

Der bedes vurderet, om jeg ikke har ret til retshjælp og advokats dækning i min indbo og retshjælps forsikring, efter advokat trådte ud af sag - fordi landsret i kære afvisning – brød F.A.loven, om, at forsikring ikke kan aftale frihed for ansvar - og tillod lovstridigt vurderings grundlag for byrets afgørelse, i strid med F.aftalelov af Tryg vedtaget, gældende for min ulykkes forsikring – herunder i strid med lov om voldgift - til Tryg falsk påstået ret til, at forhindre retslægeråds vurdering, af de fejl, som styrelsen og Tryg har begået, herunder antal og omfang af skader, der ikke er medtaget, og ikke er mengrads vurderet af hverken Tryg eller Styrelsen – falske forud-bestående, man fratrækker, uden specifikationer af hvor oplysninger kommer fra – og - advokaten, der skred som følge af, byret RPL lovstridigt falsk tilbagebetalte min forsikrings-

betalte retsafgift til byretssag - til advokat, under påstand om, at jeg havde ret til fri proces - men siden har jeg ikke kunne få fri proces, eller beskikket advokat! Og efter advokat skred, før ulovlig dom - fik jeg en advokat, som lovede at læse sag – men han gik på ferie, og ville end ikke læse sagen før efter dom - hvor han - uden at læse sagen – så påstod, der ikke var noget galt i dom – og siden da, har jeg hverken kunne få retshjælp, friproces til landsret – som krævede advokat på – men ikke ville beskikke en advokat, - selvom jeg ikke kan få advokater, til at arbejde gratis – trods stævnet i 1 sag for 66 % menskade - og trods byret jo skulle have godtaget deres egen friproces bevilling, og meddelt Landsretten dette – skete det ikke – men her blev jeg henvist til Civilstyrelsen – og fri proces var jo reelt bevilliget, - hvilke jeg ikke vidste – og Tryg Retshjælp afd. nægtede mig, at se, hvad der var betalt til advokater under sagen, trods det er min forsikring - det måtte jeg bede advokat om – og jeg forstod ikke dokumentet – jeg er jo ikke advokat - Byretsdom afspejler ingen lov – kun afgjort på Tryg falske påstand om en klausul- som i Tryg Faktablad påstås ikke at være en klausul, hvorfor Tryg aldrig har oplyst om – at der ikke skulle være de i love gældende regler for rettigheder til at få skader vurderet i domstolene – og hvis man kan påstå – at hver gang styrelsen vurderer en sag – så fratages skadeslidte enhver gældende lovs gyldighed, og hindres skadeslidte – bevidst skadevoldende i sagsprøvelser i domstolene, herunder RPLovs gentagne syns og skøns rettigheder – til kontrol af enorme fejl i Styrelsen – så er der noget alvorligt galt!

…

4.

Der bedes vurderet, <u>om Tryg valgte</u> F.A.lov bindende vurderingsmetode i f.betingelserne – <u>ikke gælder for Tryg ulykkes egen vurderinger</u>? – og <u>om Tryg ikke har ansvar for alle skaders fulde dækning</u>? når der står manglende retsvirkning til at aftale frihed for ansvar – herunder ansvar for, at meddele egen læge – hvilke undersøgelser der skal til, for, at udrede for alle slags skader, herunder nerveledningsog lignende us.

…

5.

Der bedes vurderet, om ikke Tryg har begået falsk vidnes forklaring i domstol – som har ført til ulovlig dom, som har medført at retslægeråds vurdering ikke blev udført – trods det var aftale mellem advokat og Tryg UL og retshjælps forsikring – og dom er end ikke er behandlet efter klausullov, - som er en lov pligt, hvis man påstår f.betingelsen er en klausul - selvom – denne 'klausul' er i strid med den f.aftale lov Tryg har vedtaget gælder for forsikring – yderligere står der **ikke, skrevet** – at: 'et samtykke om, at en vurdering i arb.skadestyrelsen, **er bindende - uden mulighed for, at få sagen behandlet ved** domstolene' – som er den påstand domstol godtog – **fordi Tryg helt bevidst brød loven med påstand om – at de materielle skader ikke kunne domstols vurderes – i samtykke står heller ikke, at en arb.skadestyrelses vurdering fratager mig retten til, at alle skader mengrads skadevurderes både af anmeldte, skete, og lægeligt dokumenterede skader** – og erstatning af Tryg frarøves- hvilke er en livsafgørende oplysning!

…

6.

Herunder bedes vurderet: min påstand om – at Styrelsens forsømte sit ansvar for, **at samarbejde med skades-lidte og dennes læge, bl.a. om, at sikre udredning – så man ikke bortlyver et skadesomfang, som måske ikke er fuldt udredt- og derfor – skulle bruge tid på at sikre dette udredes i stedet for at bort lyve skader til ikke sket** – og er et ansvar som både et Tryg og Styrelses har, da F.A.loven skal holdes af begge og - **da skadeslidte aldrig kan være inde i udrednings metoder og undersøgelses muligheder der findes, og praktiserende læger, ofte heller ikke er inde i forsikringssager – end ikke kan finde ud af at skrive funktionsevne tab ind i et funktionsevne oplysnings skema** Tryg har sendt –som EX -lægen endog mente var et forket skema!

7.
Og vurdere min påstand om, at samtykke oveni er i strid med alle gældende love – herunder F.A.lovs gældende **Tryg forsikrings fulde dækningsansvar, også for sådanne følger, der først viser sig senere** – og Tryg´s er lovbundet af **manglende ret til at aftale frihed for ansvar – og derfor også manglende ret til at påstå, at en ASE vurdering er bindende, når det er og i strid med F.A.lov, og voldgiftlovens § 7.stk.2. m.fl.§§, som gør tvister efter aftales indgåelse - ikke er bindende for forbrugeren** – og **tvisten er mega stor - når AES ikke vurderer alle skader, som er F.A.Lov bundet dækningspligtige**
…
Sagen starter med en ulykke 12.3.2005 hvor jeg har glatføre uheld på cykel, og kommer alvorligt til skade med min ryg m.fl. steder, og får vedvarende smerter 24 timer i døgnet af voldsom karakter, som gør mig totalt ude af stand til at være oppe, sove eller ligge i sengen. Jeg behandles hos kiropraktor, og det hjælper minimalt, kan dog eksistere. Jeg kunne i over en uge ikke være til for ekstreme smerter og ekstreme hovedpine, ikke ligge i sengen, ikke sove, ikke være oppe for smerter, som – så efter 3 dage medfører opkastninger hele natte af smerte mængden.

Jeg drejer til venstre og opdager, at der er isglat, og ikke saltet og renholdt efter tø, og så 10 graders frost og biler kørt i sjap, som er stivnet, - jeg skal mod syd, men inden cyklen stopper vender den 300 grader rundt – og vender mod vest, hvor en lander oven på mit højre ben og fod, da jeg har begge fødder på pedaler og hænder på styr for at balancere, og jeg lander med højre balle på ydersiden af saddel, på cykel der ligger ned, hvorefter det knager i alle knoglerne fra hale ben til hovedtop. Og jer er efterfølgende sort, lilla, blå og siden gul og grøn i mere end 3 uger på en diameter af ca. 20 cm på højre balle. Har fortsat ingen dage som er helt smertefrie – og – nerveskader – beskrevet nederst – påvirker alt i dagligdagene og hindrer mig i alt fra indkøb, til tidligere kunne cykle – nu på slemme dage end ikke kan tage tog og busser uden skadesforværringer og mange dage – også må ligge i sengen, gr. Smerter m.v. og jeg kan ikke gøre rent, ikke vaske op, ikke bære på ting som vejer mere end få kg. – så reagere nerveskader, kramper m.v. har fået belastnings diarre og skal tisse urimeligt mange gange i døgnet også om natten. Vægt øgning, grundet motion også er belastningsudløsende, der giver nerve reaktioner.
…
Der har før ulykke været mensesrelateret hovedpine behandling – som stoppede med menses i 2012, altså ikke en forud bestående skade – og, kan derfor ikke give fradrag. Heller ikke ved 3-4 årlige vedligeholdelses behandlinger af mensesrelateret hovedpine – som ikke kan være skader, da hovedpine forsvandt i 2012 sammen med menses. Det er derfor ikke skader – der kan medføre fradrag for forud bestående!

Der har været få knæ låsninger før ulykke – som kiropraktor mener kommer fra balle og lændemuskeler, og af at sidde i hug, er derfor siden undgået – da det er der, der tidligere skete låsninger, ved drejning på fødder hug siddende.

Der er før ulykke konstateret forskellig skulderhøjde, som siden er konstateret kommer af at højreben er 13-15 millimeter kortere og ikke kan behandles – da det er under handicap grænse på 2 cm. – og eneste anbefalet behandling blev gå hjem og læg en klods under foden – intet om hvorfra klodsen skulle komme – en som laver ortopædiske sko til handicappede har sagt - at man ikke bare må lægge f.eks. en tyk sål i skoen, - da det skal ske gradvist ellers forværrer man problemet – og flytter også problemet over i venstre side. Kiropraktor siger – tror jeg - at det var 1/3 del af dk. Befolkning har det ene ben kortere end det andet – altså en normalitet – som man ikke kan kalde

> en forud bestående skade. Altså ikke en forud bestående skade - der kan give fradrag. Og heller ikke kan kaldes for skæv ryg – hvis det er fordi ca. 1,5 cm lavere ben i den ene side – får det til at synes som en skævhed.
>
> Efter forsøg på, at passe arbejde må jeg i 2008 give op – og **får førtidspension 1.10.2008** – bl.a. også på **ASE selv meddeler kommunen 23% mengrad**.
>
> Den 27.12.2012 falder jeg på trappe hvor ben smutter under mig og jeg undgår kun alvorlige skader, ved at holde mig fast ved gelænder.
>
> I 2016 og 2017 har jeg så fået nye røntgen, som – i 2018 har fået en Røntgen overlæge til at vurdere forværringer siden røntgen 2006 – da CT skanning ikke vil kunne vise andet end Røntgen – og da MR skanning vil tage – langt længere tid end jeg har mulighed for at ligge stille med mine skader – og derfor– ikke vil kunne gennemføres – så valgte man at gennemse røntgen.
> …
> Dagligt har jeg svede anfald, - og har jeg ikke dyne på får jeg kulde anfald, - og natte søvn er minimal til ingen – og bliver så til at hele dagen går med blot at opnå 5 timers søvn. Herunder kan jeg ikke ligge på venstre siden uden at få 1-flere dages hovedpine - og fryser ofte når jeg ligger på venstre side, og kommer hverdag til at svede, når jeg ligger på højre side.
>
> Så skadesomfang kan aldrig kun være 5% + 3% forværringer – det er simpelthen at svindle – med lovbindende skadesdækningsansvar – og regler for hvordan man vurderer skadefølger af 2 ulykker og forværringer – herunder af manglende dækning, og 1 år forsinkede behandlinger af 2. ulykkes skader – som jeg har bindende ufravigelig lovret til fuldt ud dækkes, for alle skader og forværringer og senfølger – herunder også dække ødelagte gulve og ulovligt pålagte sagsomkostninger, fordi Tryg lyver om deres lovbundne erstatningsansvar som med retsvirkning ikke kan aftales friholdt for ansvar – og havde man gjort sit arbejde – havde man også kunne skadesbegrænse – men – det vil Tryg ikke og Styrelsen åbenbart heller ikke – for så havde man ikke grundlag for at lyve skete skader og ansvar bort!!"

Nævnet har også modtaget klagerens kommentarer af 9/4 2018, klagerens kommentar af 20/4 2018, klagerens kommentar af 10/5 2018, klagerens kommentarer af 14/5 2018, klagerens kommentar af 4/6 2018, klagerens kommentar af 27/6 2018 og klagerens kommentar af 19/7 2018.

Selskabet har i brev af 15/8 2018 til nævnet blandt andet oplyst:

> "Sagen drejer sig om at vores kunde har haft to ulykkesskadesager i henholdsvis 2005 og 2012, som hun imidlertid ikke mener vi har afgjort korrekt.
>
> Sagerne er behandlet efter forsikringsbetingelserne for ulykkesforsikring nr. 0406
>
> **[Sag 1]**

9. 92177

Den 7. april 2005 anmeldte vores kunde, at hun den 12. marts 2005 var væltet på cykel og havde pådraget sig en række skader.

Vi anerkendte hændelsen som en dækningsberettigende skade i brev af 13. maj 2005.

Herefter indhentede vi sagens lægelige akter og på baggrund af disse meddelte vi i brev af 5. december 2006 kunden om, at vi kunne udbetale et acontobeløb på 54.873 kr. svarende til et varigt mén på 5%.

Vi indhentede herefter en speciallægeerklæring og på baggrund af den, vurderede vi det varige mén til 8%, hvilket vi meddelte kunden om i brev af 11. april 2007.

Kunden var imidlertid uenig i vores méngradsvurdering, hvorfor sagen blev forelagt til uvildig vurdering i den daværende Arbejdsskadestyrelse. Arbejdsskadestyrelsen vurderede det varige mén til 5%. Da dette var mindre end den af os fastsatte méngrad, kunne vi ikke udbetale yderligere i sagen. Dette meddelte vi kunden om i brev af 11. september 2007.

Arbejdsskadestyrelsen afgav udtalelse den 7. september 2007, hvor man vurderede méngraden til 5%. Man lagde til grund, at vores kundes nakkegener svarede til et mén på 5% og lændesmerter svarede til et mén på 18%, men at der for begge forholds vedkommende skulle tages højde for forudbestående gener, således at der hidrørende fra uheldet alene var tale om 2-3% mén i form af nakkegener og 3-5 % i form af lændegener.

Kunden gjorde indsigelse og den 21. december 2007 afgav Arbejdsskadestyrelsen på ny udtalelse efter fornyet forelæggelse for neurologisk lægekonsulent. Denne gang var resultatet en méngrad på 8% sammensat af 6% vedrørende lændegener og 2-3 % vedrørende nakkegener.

Efter henvendelse fra kunden meddelte Arbejdsskadestyrelsen den 26. marts 2008, at man fastholdt udtalelsen af 21. december 2007.

Den 24. september 2008 blev kunden bevilget førtidspension med virkning fra 1. oktober 2008. Kunden ønskede i den anledning endnu en gang at få sagen forelagt for Arbejdsskadestyrelsen.

Efter fornyet forelæggelse udtalte Arbejdsskadestyrelsen den 15. december 2008, at méngraden hidrørende fra uheldet stadig vurderedes til 8%.

Kunden gjorde igen indsigelse overfor Arbejdsskadestyrelsen. Den 6. marts 2009 meddelte Arbejdsskadestyrelsen, at det fortsat var vurderingen, at følgerne efter uheldet svarede til en méngrad på skønsmæssigt 8%, idet man samtidig blandt andet oplyste, at man havde inddraget alle udtalelser, der lå i sagen og henledte opmærksomheden på, at tilkendelse af pension gives på baggrund af en samlet vurdering af de helbredsmæssige og sociale forhold og ikke isoleret på grundlag af følgerne af et ulykkestilfælde.

Kunden havde underskrevet en samtykkeerklæring om at afgørelsen fra Arbejdsskadestyrelsen skulle være bindende for både kunden og os, hvorfor vi meddelte kunden, at idet Arbejdsskadestyrelsen havde udtalt at méngraden var 8% i overensstemmelse med den af os fastsatte méngrad, anså vi sagen som afsluttet.

Kunden mente imidlertid ikke, at hun var blevet vejledt korrekt om hvad konsekvensen af at hun underskrev samtykkeerklæringen var.

Vores kunde lod herefter sagen overgå til domstolsbehandling ved retten i [by 1] og begærede i den forbindelse sagen forelagt for Retslægerådet, hvilket vi protesterede imod. Kendelsen blev kæret til landsretten, som gav os medhold. Retten traf herefter afgørelse på skriftligt grundlag og rettens begrundelse og afgørelse blev følgende:

'I henhold til forsikringsbetingelserne kan en forsikringstager, der er uenig med forsikringsselskabet om størrelsen af méngrad, forlange spørgsmålet afgjort af Arbejdsskadestyrelsen, hvis afgørelsen er bindende for begge parter.

Sagsøger har tegnet forsikringen i henhold til disse vilkår.

Derudover har hun den 12. maj 2007 underskrevet en ganske kort og klart formuleret erklæring, hvori bekræftes forsikringsvilkåret om, at Arbejdsskadestyrelsens udtalelse er bindende for begge parter.

Der ses intet grundlag for sagsøgers påstand om, at dette vilkår ikke skulle være gyldigt og bindende vedtaget mellem parterne.

Vilkåret indebærer, at Arbejdsskadestyrelsens afgørelse ikke kan prøves af domstolene, medmindre det sandsynliggøres, at der hos Arbejdsskadestyrelsen er begået sagsbehandlingsfejl, der kan give anledning til at stille spørgsmålstegn ved afgørelsens rigtighed.

Sagsøgers sag har været behandlet af Arbejdsskadestyrelsen adskillige gange efter de foreliggende oplysninger hver gang med fornyet og omhyggelig sagsbehandling, herunder konsultation af styrelsens lægelige eksperter. Der er ikke grundlag for at antage, at det tilstedeværende materiale ikke har været fyldestgørende i forhold til det spørgsmål, som styrelsen skulle udtale sig om. Styrelsen vurderede i den første udtalelse méngraden til 5%, men ændrede allerede i den anden udtalelse dette til 8%. Vurderingen af det samlede mén er ens i de to udtalelser, og forskellen på 3% skyldes udelukkende, at der i den første udtalelse er skønnet forudbestående lændegener til en méngrad på mellem 12 og 15 %, mens der i den anden sag er lagt forudbestående lændegener til 12% méngrad til grund. Hverken denne mindre divergens eller det forhold, at man i de seneste udtalelser, der er baseret på det følgende forløb og på yderligere oplysninger, udfra en ændret beregning kommer frem til samme resultat, giver grundlag for at antage, at der skulle foreligge sagsbehandlingsfejl, der har medført, at vurderingen af méngraden til 8% ikke skulle være betryggende og korrekt.

Sagsøger er derfor bundet af Arbejdsskadestyrelsens udtalelse, og da spørgsmålet herefter ikke kan behandles ved domstolene, skal sagen afvises, således som sagsøgte har påstået.

Efter sagens resultat skal sagsøger betale sagsomkostninger til sagsøgte.

Sagsomkostningsbeløbet fastsættes med 40.000 kr. med tillæg af moms til dækning af udgift til advokat.

Ved fastsættelsen er lagt vægt på sagsgenstandens størrelse og den omstændighed, at sagen er afgjort ved skriftlig behandling af et delspørgsmål.

Thi kendes for ret

Sagen afvises.'

Vores kunde har efterfølgende fremsendt adskillige mails vedlagt bl.a. nye lægelige oplysninger idet hun ønsker sagen genoptaget. Vi har imidlertid ved brev af 22. januar 2018 meddelt kunden om, at vi ikke mener der er grundlag for en genoptagelse af sagen, hvilket vi fastholder.

[Sag 2]

I 2012 anmeldte kunden, at hun havde været ude for et nyt ulykkestilfælde, idet hun var ved at falde ned ad trappen og havde grebet fat i gelænderet hvorved hun havde slået det meste af kroppen.

Kunden ønskede behandling hos kiropraktor for hendes skader, hvilket vi indvilligede i. Hun modtog herefter behandling hos kiropraktisk klinik i [by 2].

Kunden henvendte sig telefonisk til ulykkesskadeafdelingen den 18. juli 2014. Kunden var meget oprevet og henviste til hendes sag fra 2005, som hun fortsat ikke mente var afgjort på korrekt vis. Vi meddelte kunden om, at vi ikke havde flere kommentarer til sagen fra 2005 og at den havde været behandlet både af os, Arbejdsskadestyrelsen samt Retten i [by 1]. Vi oplyste endvidere om, at idet hun havde gener som følge af ulykkestilfældet i 2012, ville vi indhente lægeligt fra kundens egen læge samt få hendes læge til at udfylde en funktionsattest.

Herefter modtog vi adskillige mails fra kunden samt en funktionsattest hvoraf det fremgik at hun havde rigtig mange gener.

Vi besluttede derfor at indhente en neurologisk speciallægeerklæring for at få oplyst nærmere om hendes gener. Vi foreslog i den forbindelse 3 speciallæger på Roskilde Sygehus, hvilket kunden ikke var interesseret i. Hun ville gerne have foretaget en undersøgelse på [hospital 1].

Vi fandt derefter frem til en speciallæge på [hospital 1] og da kunden havde svært ved selv at forestå transporten, sørgede vi for, at hun kunne blive transporteret af vores samarbejdspartner ….

Vi har ved brev af 16. marts 2015 forklaret kunden om formålet med speciallægeerklæringen. Endvidere vedlagde vi kopi til kunden af de lægelige akter, som vi mente var relevante for speciallægen i forbindelse med speciallægeundersøgelsen. Samtidig opfordrede vi kunden til at fremsende yderligere lægelige oplysninger til os, som hun måtte finde relevant for speciallægen, hvorefter vi ville sende dem til speciallægen.

I breve af henholdsvis 22. april, 12. maj 2015, 27. maj 2015 og 16. juni 2015 opfordrede vi igen kunden til at fremsende eventuelle yderligere lægelige oplysninger til speciallægeundersøgelsen, som hun mente ville være relevant for undersøgelsen. Vi gjorde samtidig i brev af 16. juni 2015 kunden opmærksom på, at hun ikke måtte medbringe lægelige oplysninger til speciallægeundersøgelsen, som ikke var speciallægen bekendt inden undersøgelsen.

På trods af dette har kunden efter fremsendelse af sagen til speciallægen, kontaktet ham og stillet en række krav til speciallægeundersøgelsen om indhentning af yderligere oplysninger samt om hvad undersøgelsen skulle indeholde. Speciallægen mente imidlertid ikke at han kunne imødekomme vores kundes krav til speciallægeerklæringen og ønskede derfor ikke at foretage speciallægeundersøgelsen.

Da kunden ikke har ønsket at deltage i den af os ønskede speciallægeundersøgelse på de af os anførte præmisser, har vi truffet afgørelse vedrørende det varige mén ud fra de foreliggende lægelige oplysninger.

På baggrund af de foreliggende lægelige oplysninger, som blev sendt til speciallægen, har vi i samråd med vores lægekonsulent gennemgået sagen.

Det fremgik kundens anmeldelse, at hun forvred kroppen/flere legemsdele den 27. december 2012 idet hun var ved at glide på en trappe og tog fat i gelænderet, så hun ikke faldt.

Det fremgår af de lægelige akter, at vores kunde har smerter i hele kroppen. Der er imidlertid ikke i de foreliggende lægelige oplysninger objektive fund, som dokumenterer, at ulykkestilfældet den 27. december 2012, har forværret hendes forudbestående gener og lidelser, som var tilstede allerede inden ulykkestilfældet og også før ulykkestilfældet i 2005.

Det er derfor vores vurdering, at det varige mén som følge af ulykkestilfældet den 27. december 2012 er mindre end 5%, hvorfor vi fastholder, at der ikke kan udbetales erstatning i sagen.

Vi har i brev af 30. juli 2015 tilbudt at betale en forelæggelse for den daværende Arbejdsskadestyrelse, hvilket kunden har afvist at benytte sig af, jf. hendes breve af henholdsvis 31. juli 2015 samt 10. august 2015.

Kunden har efterfølgende sendt adskillige mails hvor hun bl.a. ønsker at få hendes sag genoptaget. Vi har imidlertid vurderet, at der ikke er grundlag for en genoptagelse af sagen og fastholdt at méngraden er mindre end 5% som følge af ulykkestilfældet den 12. marts 2012.

Vurdering
Efter sagens indbringelse for Ankenævnet har vi gennemgået sagen på ny.

Af forsikringsbetingelsernes stk. 4.4 fremgår følgende: Til brug for vurdering af, om en anmeldt skade er omfattet af forsikringen og en eventuel erstatnings størrelse, kan Tryg kræve lægeundersøgelse i Danmark. Tryg betaler for den lægelige undersøgelse, men ikke for transporten eller for udgifter til ophold mv. i forbindelse med lægeundersøgelsen.

Af forsikringsbetingelsernes stk. 19.5 fremgår følgende:

Når et ulykkestilfælde anmeldes, gives der nærmere besked om hvilke oplysninger der er nødvendige til behandling af erstatningssagen. Udgifter til attester, erklæringer og undersøgelser, som Tryg finder nødvendige for sagens behandling, dækkes af forsikringen.

Af forsikringsaftalelovens § 22 fremgår følgende:

Den sikrede skal, hvis han rejser krav mod selskabet, give dette alle ham tilgængelige oplysninger om forhold, som kan være af betydning for bedømmelsen af forsikringsbegivenheden, for fastsættelsen af det beløb, selskabet skal yde, eller for de dækningskrav selskabet måtte have mod andre.

Stk. 2. Forsømmer den sikrede at give sådanne oplysninger, har dette den i § 21 stk. 2 angivne virkning.

§ 21 stk. 2. Forsømmer den sikrede dette, er selskabet ikke ansvarlig i videre omfang, end det ville have været, hvis sådan meddelelse var givet. Gøres det antageligt, at selskabet på grund af forsømmelsen er blevet afskåret fra at oplyse omstændigheder, som ville ophæve eller begrænse dets ansvar, afgøres det under hensyn til de foreliggende omstændigheder, om erstatning skal ydes og i bekræftende fald med hvilket beløb.

Vurdering
På det foreliggende lægelige grundlag, må vi derfor fastholde, at det ikke er godtgjort, at skaden den 27. december 2012 hvor kunden tager fat i gelænder for ikke at falde ned ad trappe, ikke selvstændigt har medført et varigt mén på 5% eller derover."

Nævnet har også modtaget klagerens kommentar af 16/8 2018, klagerens kommentarer af 29/8 2018, klagerens kommentarer af 18/9 2018, selskabets kommentar af 8/10 2018, klagerens brev af 10/8 2016, klagerens kommentar af 6/11 2018, klagerens kommentar af 26/11 2018 og selskabets kommentar af 19/12 2018.

I besked af 31/1 2019 til selskabet har nævnet blandt andet anført:

"Det fremgår af klagerens klage til nævnet, at hun - ud over spørgsmålet om méngraden efter de 2 anmeldte ulykkestilfælde - også beder selskabet forholde til sig til spørgsmål om retshjælpsdækning til kravene mod selskabet, jf. punkt 2 og 3 i klagen. Det fremgår ikke klart af sagen, hvorvidt, der i forbindelse med retssagen vedrørende ulykken den 12/3 2005 har været meddelt tilsagn om retshjælpsdækning til sagen.

Vi skal derfor bede om selskabet oplyse, om klageren har anmodet om retshjælpsdækning i forbindelse med sagerne vedrørende méngrad, hvorledes eventuelle spørgsmål om retshjælpsdækning er behandlet og besvaret, og hvorledes selskabet forholder sig til klagerens krav om dækning af advokatomkostninger."

Selskabet har i brev af 25/3 2019 til nævnet blandt andet oplyst:

"Selskabet har givet retshjælpsdækning til sagen vedr. ulykken den 12. marts 2005.

Der kan henvises til følgende akter.

- Den 22. marts 2010 gav selskabet afslag på retshjælpsdækning.
- Den 16. april 2010 gav selskabet tilsagn om retshjælpsdækning.

- I juni 2011 var der drøftelser om afregning.
- Den 6. juli 2011 anmodede klageren om oplysninger om sagens udgifter.
- Den 12. juli 2011 oplyste selskabet om udgifterne i retshjælpssagen til klageren.
- Den 21. juli 2011 betalte selskabet et beløb til klagerens nye advokat, sådan at vedkommende kunne vurdere, om sagen skulle videreføres.
- Den 11. august 2011 selskabet modtager dom i sagen, Retten i [by 1], **[sagsnr.]**.
- Den 24. august 2011 oplyste selskabet, at der var modtaget kopi af den afsagte dom, hvorefter selskabet foretog afregning i sagen.
- Den 26. august 2011 oplyste klagerens advokat …, at advokaten var udtrådt af sagen, og at han ikke var klar over, om sagen var anket.
- Den 27. oktober 2011 besvarede selskabet en klage fra klageren.
- Den 22. september 2014 meddelte selskabet til klageren, at der skulle være en advokat, der har påtaget sig sagen, jf. de gældende forsikringsbetingelser.
- Den 27. januar 2015 meddelte retshjælpsafdelingen til klageren, at det var klagerens advokat, der skulle kontakte Tryg. Der blev henvist til de gældende retshjælpsbetingelser.

Selskabet afviser at yde retshjælpsdækning til sagen mod selskabet, allerede fordi sagen behandles i Ankenævnet for Forsikring. Retshjælpsforsikringen dækker ikke tvister, der kan behandles ved et klagenævn.

Retshjælpsbetingelserne kan i nogle tilfælde være formuleret således:

3.3 Klagenævn
Kan tvisten behandles ved et klagenævn, f.eks. godkendte klagenævn eller klagenævn nedsat ved lov, er sikrede forpligtet til først at benytte denne mulighed. Denne forpligtelse gælder dog ikke, hvis det er åbenbart, at klagenævnet ikke kan realitetsbehandle sagen. Omkostninger i forbindelse med sådan klagebehandling dækkes ikke – se punkt 7.

Klageren har i øvrigt ikke rimelig grund til at føre sag mod Tryg. Selskabet tillader sig venligst at henvise til sin tidligere svar til Ankenævnet for Forsikring i denne sag.

Efterfølgende har selskabet meddelt til klagere, at anmeldelse af en retshjælpssag skulle ske ved advokat, jf. de gældende forsikringsbetingelser.

Selskabet gør i øvrigt gældende, at et evt. krav er forældet.

Vedr. krav om advokatomkostninger i øvrigt
Selskabet afviser i øvrigt at betale klagerens evt. udgifter til advokat, jf. forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3.

Selskabet gør gældende, at selskabets behandling af sagen ikke har nødvendiggjort advokatbistand.

Klageren har bevisbyrden for et evt. krav, og denne bevisbyrde har klageren ikke løftet."

Klageren har i kommentarer af 26/3 2019 til nævnet blandt andet anført:

15. 92177

"Den af forsikring 25.3.2019 påstand stemmer ikke overens med sandheden - da - der er 2 skades sager og jeg har forsøgt at få advokater til at tage sagen - men det er ikke muligt fordi de skal arbejde gratis - og - der var ankeret i landsret for 1. ulykke hvor man ikke ville betale advokat - og der er fra start af givet tilsagn om at retshjælpsforsikring dækker sagen til retslægerådet har vurderet sagen - og selvom landsretten udsatte sagen - var det ikke muligt fordi retshjælpsforsikring rettede sig efter dom - som ikke har med taget at man ikke kan aftale at arb.sk.st. kun skal vurdere 2 skade og ikke alle skader - mens forsikring er bundet til at dække alle skader også senfølger at ulykke - og den nye sag er det [hospital 1] der brød aftalen - ikke mig – og Tryg har ikke sikret mig en ny undersøgelse - det er derfor ikke mig der ikke har løftet bevisbyrden - for Tryg har end ikke lavet en megrads vurdering af de nye skader - det vil de ikke for hvis de skal vurdere alle skader røber de sig selv - og deres ikke korrekte mengradsvurdering for 1. skadessag - jeg har dog haft træge læger der ikke har villet samarbejde - men måtte skifte læge flere gange for at få de undersøgelser der var afgørende - også røntgen - så - jeg mener jeg har løftet bevisbyrden - for at skaderne er sket - så er det ikke rimeligt at de ikke er dækket fuldt ud også for senfølger og i særlig grad for hver af begge ulykker og hver enkel skadessag vurderet hver for sig - men den første ville man end ikke dokumenter hvad der ville være deres påstand – som forudbestående men for alle skader - så hvis jeg kom ud for en ny ulykke, kendte mit forudbestående - det ville man ikke - for så ville man bevise at man havde fusket med vurdering og falsk havde påstået arb.sk.st. havde ikke begået fejl - mens der er alvorligt mange fejl og mange skader man ikke har medtaget - og aldrig med mit skades omfang kan være kun 2 skader og 5+3% mengrad - det er svindel - for der er langt flere læge dokumentationer og også beviser for at f.eks. nerveskade - først er udredt før dom – men forsent afleveret fra [hospital 2] - trods rykket og rykket for at nå det før dom. – der bør derfor også være retshjælp dækning og da der hele tiden har være kontakt, klager m.v. med Tryg - så er det Tryg der ikke har gjort deres arbejde - og tilsyneladende – så også holder dokumenter tilbage -som ankenævnet har anmodet om. Skuffende at man kan blive ved med at modarbejde - en i lov stående dækning - både af skader og retshjælp. Og ikke vil indrømme egne fejl siden dag 1. obs. nedenstående besked også fra i dag."

Selskabet har i brev af 12/4 2019 til nævnet blandt andet anført:

"I forlængelse af Trygs brev af 25. marts 2019, og på baggrund af Ankenævnet for Forsikrings spørgsmål til sagen kan jeg uddybende oplyse:

Efter dialog med klageren i retshjælp blev afsluttet i 2012, kontaktede klageren selskabet i 2014, hvor skaden fra 2012 blev omtalt. Jeg vedlægger kopi af klagerens mail.

Da klageren aldrig vendte tilbage med en anmeldelse fra en advokat, jf. betingelserne for retshjælp, har selskabet fra 2014 afvist klagers krav.

Der er således ikke ydet retshjælp til 2012-skaden, da klageren ikke har godtgjort, at hun havde en dækningsberettigende retshjælpssag.

Jeg vedlægger kopi af selskabets mail i sagen.

I forsikringsbetingelserne § 11 hedder det, at dækningen er betinget af, at sikrede har søgt bistand hos advokat, der har påtaget sig sagen.

Selskabet henviser til fx kendelse nr. 79706.

Da klageren aldrig fremsendte en anmeldelse fra en advokat, der havde påtaget sig sagen, meddelte selskabet i mail af 27. januar 2015 bl.a. følgende til klageren:

> '*Ved fremtidige henvendelser, der måtte vedrøre retshjælpsdækning, der ikke bliver modtaget fra din advokat, og ikke relaterer sig til førelsen af en sag efter retsplejelovens kapitel 39, der omhandler småsagsprocessen, vil der blive henvist til indholdet af nærværende e -mail*.'

Det fastholdes, at klageren aldrig har godtgjort, at hun er berettiget til retshjælpsdækning.

Der henvises til
- det ovenfor anførte om, at anmeldelse skal ske ved adovkat
- at der skal være rimelig grund til at føre retssag
- at sagen skal prøve først i ved forbrugerklagenævn

Så vidt ses er sagen indbragt for Ankenævnet for Forsikring den 10. april 2018. Selskabet tager forbehold for at gøre forældelse gældende."

Selskabet har i kommentar af 12/4 2019 til nævnet også anført:

"Tryg har dd. lagt sit svar under dokumenter - der er ikke ydet retshjælp til ulykken i 2012, da klageren aldrig har godtgjort, at der var tale om en dækningsberettigende skaden under retshjælpsforsikringen, jf. selskabets svar under dokumenter, samt den fremlagte mailkorrespondancen."

Klageren har i brev modtaget i nævnet den 15/4 2019 blandt andet anført:

"Da Tryg også ulovligt påstår forældelse – **da forældelsen jo ikke kan træde i kraft – når Tryg ikke har leveret lovens pålagte pligter – og mit krav har hele tiden været alle skaders vurdering fra anmeldelse – og til dagsdato - så er der derfor også doku for, at sagen ikke kan være forældet - og efter forældelsesloven er 30 år – fordi jeg vedholdende har fastholdt Tryg har modtaget præmier til, at skulle dække alle skadefølger af ulykke** – og Tryg derfor også omfattende beviser - at Tryg aldrig kan være det tryghedsskabende forsikringsselskab, som de har løget om at være - hele mit liv. **Der er derfor doku med – <u>for, at jeg har kæmpet for, at få mengrads vurderinger</u> – love overholdt – gennem hele 2 og i begge sager, har stillet krav om disse mengrads vurderingers pligter** – men det ignorerer man hos Tryg – **fordi den udokumenterede måde**, **at opfinde falske 5% + 3% forværringer af hvad? på – gør - at så kan Tryg lyve om - at der ikke er nye skader – de er jo ikke specificeret** – og så tror Tryg at man kan slippe for at dække - **også i den nye 2012 skadessag** – fordi man **fra dag 1. af - ikke har leveret de lov og f.betingelses pligtige mengrads dokumentationer for enhver sket skade – og det er krævet både for 1. og for begge de 2 skades sagers skaders mengrads omfang – og for - at få den fulde skadeserstatning, og det samlede handicaps omfang - som også skal anvendes i andre myndigheder i dk. <u>Sagen kan derfor ikke forældes – da det er Tryg selvvedtaget lov og f.betingelses bundet ansvar - at alle skader skal mengrads vurderes, og defineres med mentabel tal og %´er og grader for hver enkelt skade – til udmåling af dækningsgrad af forsikringssum til sikring af alle skader skal fuldt ud dækkes - og Tryg er også i begge sager anmodet om, at forældelse udskydes</u>.**

…

17. 92177

> **Tryg har i første aflevering til Ankenævn f. forsikring – kørt frem med kun 2012 sagen – nu hvor det handler om retshjælpssag – Og man leverer ikke de afslag der er givet på retshjælp i 2012 sagen - Tryg kører så frem med, at man har dækket retshjælp i 2005 sagen. (i brev til A.nævn f.f.) Men det har Tryg retshjælp reelt ikke – for Tryg retshjælp havde aftalt retshjælp til sagen/alle skaderne var blevet retslægeråds vurderet!**
> …
> **Tryg retshjælp har oveni gæld til mig fordi: udover de mange 1.000kr. i printerfarver – skylder mig for sagers retsafgifter, arb.sk.st. gebyr, og renter for de 30.000kr som blev ulovligt pålagt i byret for Tryg´s løgne.**
> Tryg retshjælpafd. har heller ikke betalt sagsomkostninger på 30.000kr. - eller ankestævnings retsafgift – og de har pålagt disse sagsomkostninger umådelig mange renter – trods det er Tryg retshjælps afd. ansvar, at dække disse – som oveni blev nedsat fra 50.000kr.til 30.000kr ved kære. Og der er foged afgørelse – da man har sendt sag til foged i stedet for til retshjælps afd. Til dækning af deres dækningsansvar!
> …
> **Spørgsmål til Ankenævn for forsikring, som bedes forklare:**
>
> **Hvordan får kunder skadesdækning og retshjælp til loves og f.betingelsers overholdelse?**
> …
> Og hvordan kan Tryg påstå – at jeg ikke har opfyldt bevisbyrden? – når Tryg har over 100 sider læge doku, mindst 50 klager – og 1000 vis af dokumenter – og lovligt anlagt ankestævning i retssager der er afvist af advokat mangel - fordi advokater ikke vil arbejde gratis – og Tryg retshjælp ikke ville betale advokat – fordi Tryg lyver om sit lovpålagte dækningsansvar for domstolen"

Nævnet har også modtaget klagerens yderligere kommentar af 15/4 2019, selskabets kommentar af 23/4 2019, klagerens kommentar af 26/4 2019, klagerens brev modtaget i nævnet den 3/5 2019, klagerens kommentar af 8/5 2019, klagerens brev modtaget i nævnet den 27/5 2019 og klagerens kommentar af 29/5 2019.

Klageren har i kommentar af 17/6 2019 til nævnet blandt andet anført:

> "Jeg har vedhæftet Tryg retshjælps gæld - da [inkassofirma] igen har rykket mig for gæld jeg ikke skal betale - fordi det var dækket af retshjælps forsikring - og - Tryg har selv hindret lovlig afgørelse i Landsretten trods pålagt advokat."

Selskabet har i kommentar af 1/7 2019 til nævnet oplyst, at der ikke er yderligere bemærkninger til sagen.

Nævnet er forelagt bilag fra sagen. Et uddrag heraf gengives nedenfor.

Af en stævning af 12/5 2010 mod selskabets ulykkesafdeling fremgår det blandt andet:

18. 92177

"**PÅSTAND:**
Sagsøgte tilpligtes at betale sagsøgeren kr. 1.295.010,00 tillæg af sædvanlig procesrente fra den 12. april 2007 til betaling sker. Sagsøgte tilpligtes derudover til at betale til sagsøgeren kr. 3.800,00 med tillæg af procesrente fra den 21. december 2007 til betaling sker
…
SAGSFREMSTILLING:
Sagsøger … var den 12. marts 2005 udsat for en ulykke, hvor hun væltede på sin cykel og på pådrog sig skader i nakken, lænden og håndleddene samt midten af lænderyggen. Ulykken blev anmeldt til Tryg ulykkesforsikring den 16. marts 2005 (bilag 1).

Tryg forsikring indhentede div. journalmateriale og lod speciallægeerklæring udfærdige. Sagsøger blev således den 12. marts 2007 undersøgt af speciallæge … (bilag 2), som fandt konstante smerter i nakken med udstråling til fingre samt let indskrænket bevægelighed. Han fandt ganske udbredt muskulær ømhed i nakke-skulderlågsmuskulatur. Han fandt derudover konstante smerter over lænden og svært indskrænket bevægelighed i alle retninger, fortsatte symptomer fra håndled om end beskedne, samt forværring af ældre eksisterende knæskade, uagtet at tidligere røntgen havde vist normale forhold i knæet.

[Hospital 2] oplyser i notat af 24. januar 2007 (bilag 3), at sagsøger har et kronisk smertesyndrom efter faldet på cyklen marts 2005. Det fremgår af den underliggende journal, at der er ømhed over nakkefæster og skalenermuskulaturen, samt smerteprovokation ved ekstension af underekstremiteter, samt smerter ved rotation af columna thoracolumbalis samt ømhed i begge glutealregioner.

Endelig konkluderer Sundhedsklinikken i speciallægeepikrise af 7. januar 2010 (bilag 4), 'at patienten har kroniske biomekaniske dysfunktioner i nakke, brystryg og lænd'. Det fremgår af de vedlagte behandlingsoptegnelser for perioden 2. oktober 2007 - 11. februar 2010, at der løbende er behandlet på hele ryggen, lænden, skulder, kraniekant, glutter og begge ben til knæ.

Center for Rygkirurgi (bilag 5) oplyser i notat om forundersøgelse Af 10. august 2006, at [klager] efter traumet i marts 05 fik smerter i nakke og skulderåg samt nedad til lænden. Ved undersøgelsen findes smerter distalt i lænden strålende ud i begge SI led. Lænden er fikseret ved foroverbøjning og sidebøjning hvor der er smerteforværring. Derudover findes diffuse nakkesmerter, forværring ved rotation, fleksion og ekstension, føleforstyrrelse i begge overekstremiteter med snurren og prikken.

Tryg forsikring forelagde sagen for Arbejdsskadestyrelsen, som ved udtalelse af 7. september 2007 (bilag 6) vurderede nakkegener til 5 % og lændegener til 18 %, i alt 23 %. Dog vurderede styrelsen de forudbestående gener til 18 %, hvorfor generne efter ulykken den 12. marts 2005 samlet blev vurderet til 5 %.

[Klager] klagede over vurderingen hvorefter Arbejdsskadestyrelsen den 21. december 2007 fremkom med en ny vurdering (Bilag 7). Her vurderede styrelsen nakkegenerne til 5 % og lændegenerne til 18 %. De forudbestående lidelser vurderedes til 15 % hvorefter generne efter ulykken nu blev vurderet til 8 %.

[Klager] klagede fortsat over vurderingen, som blev revurderet af Arbejdsskadestyrelsen den 26. marts 2008. Arbejdsskadestyrelsen fastholdt sin vurdering af 21. december 2007.

[Klager] fastholdt sin klage, hvorefter sagen igen blev forelagt styrelsens neurologiske lægekonsulent. Herefter revurderede Arbejdsskadestyrelsen sagen og vurderede i udtalelse af 15. december 2008 (bilag 8) nakkegenerne til 5 % og lændegenerne til nu 5 %. De forudbestående lidelser vurderedes nu til kun at kunne begrunde et mindre fradrag på 2 %, hvorefter generne efter ulykken blev vurderet til i alt 8 %.

Sagsøger tilskrev Arbejdsskadestyrelsen og udbad sig en forklaring på hvordan hendes lændegener kunne vurderes til samlet at udgøre først til 18 % og siden til 5 % på det samme vurderings grundlag. Arbejdsskadestyrelsen fastholdt ved brev af 6. marts 2009 (bilag 9) sin udtalelse om det varige men efter ulykken uden at kommentere generne fra lænderyggen, det kroniske smertesyndrom, smerterne i skuldre, håndled og knæ samt de biomekaniske dysfunktioner i brystryggen yderligere.

Arbejdsskadestyrelsen fremsendte den 18. marts 2009 (bilag 10) på anmodning fra sagsøger kopi af lægearket som lå til grund for vurderingen. Lægen udtaler at der er beskedent forudbestående fra hvirvelsøjlen.

[Kommune] tilkendte ved skrivelse af 24. september 2009 (bilag 11) sagsøger førtidspension fra 1. oktober 2008, idet den varige erhvervsevne var nedsat til i et omfang som udelukker selvforsørgelse. Kommunen lagde bl.a. vægt på at sagsøgers helbredstilstand udelukker forbedring af arbejdsevnen.

Efter anmodning fra sagsøger fremkom Arbejdsskadestyrelsen den 20. maj 2009 (bilag 12) med udtalelse hvor man fastholder at der er beskedne forudbestående gener, samt fastholder det samlede varige men til 10 %, og fastholder at generne efter ulykken skønsmæssigt må vurderes til 8 %.

Tryg forsikring har ved brev af 25. september 2009 (bilag 13) afsluttet sagen med en udbetaling på 8 % jf. deres brev til sagsøger af 11. april 2007 (bilag 14). Tryg forsikring har efter endnu en gennemgang af sagen den 9. april 2010 (bilag 15) fastholdt deres vurdering og henvist til samtykkeerklæring af 9. maj 2007 (bilag 16) hvori sagsøger erklærer sig indforstået med, at Arbejdsskadestyrens udtalelse er bindende for begge parter.

…

ANBRINGENDER:

Det gøres gældende, at [klager] inden ulykken alene havde haft forbigående hovedpiner primært som følge af menstruation, samt nakkesmerter med års mellemrum. Hun varetog inden ulykken sin uddannelse som [underviser] og sit arbejde som bl.a. [substitut] i [institution] uden nævneværdigt fravær.

Det gøres gældende, at [klager] iht. Arbejdsskadestyrelsens vurderinger kun havde beskedne forudbestående lidelser svarende til 2-3 % før ulykken den 12. marts 2005.

Ved ulykken pådrog hun sig bl.a. skader på nakken, lænden, lænderyggen, håndled, svarende til 23 % iht. Arbejdsskadestyrelsen første vurderinger. Speciallæge … medtog ved en fejl ikke oplysningerne fra Center for Rygkirurgi, [hospital 2] og Sundhedsklinikken om henholdsvis kronisk smertesyndrom, smerter i brystryggen, i bækken og i korsben, belastningssmerter og indskrænket bevægelighed i skuldre, forværring af smerter i knæet samt kroniske biomekaniske dysfunktioner i

nakke, brystryg og lænd som også fulgte efter ulykken i marts 2005. Arbejdsskadestyrelsen medtog således ikke disse gener i deres vurderinger.

Det gøres gældende at det samlede varige men må opgøres til 66 %. Det gøres endvidere gældende at det forudbestående gener maksimalt kan opgøres til 3 %. Herefter udgør det varige men efter ulykken i alt 63 %."

I en mail af 12/7 2011 fra selskabet til klageren fremgår det blandt andet:

"Med henvisning til din mail af den 6. juli 2011 skal vi herved vende tilbage med en opgørelse over de omkostninger, der indtil nu har været på sagen.

Reelt har der indtil nu været følgende udgifter i forbindelse med sagen.

Salær advokat …	kr. 60.000,00
+ 25 % moms	kr. 15.000,00
+ pålagte kæreomkostninger	kr. 1.000,00
I alt	**kr. 76.000,00**

Ved en beklagelig fejl er vi imidlertid kommet til, at udbetale i alt kr. 77.000,00, idet vi både har betalt de pålagte kæreomkostninger på kr. 1.000,00 direkte til modparten, men også til advokat ….

Vi har derfor dags dato - hvor vi har haft lejlighed til at gennemgå sagen - anmodet advokat … om, at tilbageføre kr. 1.000,00 således at regnestykket passer. Vi formoder selvfølgelig at han vil foranledige dette.

Af din samlede forsikringssum på kr. 125.000,00, hvoraf der indtil nu er brugt kr. 76.000,00, resterer der således **kr. 49.000,00.**"

I en erklæring af 5/8 2011 fra smerteenheden på et privathospital er det blandt andet oplyst:

"Patienten har siden midten af 1990'erne haft tendens til hovedpine og nakkesmerter. Efter fald på cykel den 12.03.2005 betydelig forværring af nakkesmerterne med udstråling til især venstre overekstremitet samt lændesmerter med udstråling til højre overekstremitet.
Smertetilstanden har efterhånden spredt sig til større dele af bevægeapparatet, således også skulder-nakkeregionen med udstråling til overekstremiteterne samt større dele af ryggen og lænderyggen og udstråling til underekstremiteterne.
Der er endvidere smerter fra de store led samt fra hænder og fødder.
Smerterne primært stikkende, prikkende, sviende og brændende. Kan også blive mere trykkende og krampagtige ved belastning.
Patienten er reumatologisk vurderet og endvidere neurokirurgisk vurderet. Har været set af ortopædkirurg.
Sidste reumatologiske vurdering er fra 07.08.2010, hvor der konkluderes, at der er tale om begyndende artrose i perifere skelet, sequelae efter trafikuheld uden tegn på radikulær affektion eller diskussygdom. Udvikling af kronisk smertesyndrom. Finder dog ikke at tilstanden er forenelig med fibromyalgi.

Patienten har medicineringsmæssigt igennem tiden fået forskellige præparater og naturprodukter, de forskellige former for medicin seponeret pga. manglende effekt eller bivirkninger. Patienten er endvidere multiallergiker og er således allergisk overfor skimmelsvamp, stærk krydret mad, eddike, billig kaffe, parfume, øl, sprit, kemiske midler, vaskepulver, skyllemiddel og formalin, farvestoffer, konservering, saltvand og birkepollen.
Patienten har været igennem forskellige træningsforløb, hyppigt konsulteret kiropraktor samt fået massagebehandlinger. De to sidstnævnte med kortvarig effekt.
Genoptræningsforløbet har som regel forværret smerterne.
Objektivt findes der i de smerteramte områder tegn på overfølsomhedsforstyrrelser (hypersensibilisering, allodyni, summationsfænomen og eftersensation)
Patienten vurderes til at have en kronisk fibromyalgilignende smertetilstand med smerter fra større dele af bevægeapparatet initier a smertetilstanden har varet i mere end 1 års tid, er den blevet kronisk, og der findes ingen helbredende behandling men alene symptomatisk behandling i form af fysioterapi mhp. instruktion i gør-det-selv øvelser samt smertetacklingsundervisning via psykolog og optimering af medicineringen, endvidere give patienten bedre redskaber til smertehåndtering samt øge hendes evne til selvhjælp, hvilket patienten får via tværfagligt smerteteam.
Patienten har profiteret kortvarigt af massage og anden form for manuel behandling. Der kan dog ikke forventes nogen form for varig effekt.
Det forventes primært via den tværfaglige indsats at kunne forbedre patientens hvilesmerter samt stabilisere nattesøvnen. Man kan normalt ikke forvente væsentligt øget funktionsniveau og belastningsudløste smerter kan normalt ikke dækkes ind. Patienten vil fremover have et væsentligt reduceret funktionsniveau. For [klagers] vedkommende vurderes det tir at være ubetydeligt."

Af selskabets brev af 27/10 2011 til klageren fremgår det blandt andet:

"**Afgørelse**
Jeg har gennemgået sagen, herunder alle de fremsendte bilag i sagen til både Kvalitetsafdelingen og Retshjælp, og jeg må desværre oplyse, at vi ikke kan give dig forhåndstilsagn til retshjælpsdækning til ankesagen.

Vurdering af sagen
Det fremgår af dine mails samt kendelse af 14. september 2011, at Landsretten har pålagt dig at antage en advokat, idet Landsretten ikke finder det muligt at behandle sagen på en forsvarlig måde, uden at du er repræsenteret ved advokat.

At Landsretten pålægger, at sagen skal behandles af en advokat, er ikke ensbetydende med, at retshjælpsforsikringen er forpligtet til at give retshjælp. Hvorvidt du er berettiget til retshjælpsdækning følger af aftalegrundlaget mellem dig og Tryg, hvilket er forsikringsbetingelserne. Du kan således godt have ret til at få prøvet din sag ved Landsretten, men dette medfører ikke, at man som forsikringstager pr. automatik er berettiget til retshjælpsdækning.

Din sag har været gennemgået af Arbejdsskadestyrelsen gentagne gange – senest den 20. maj 2009 -, hvor Arbejdsskadestyrelsen fortsat kom frem til en méngrad på 8 %, når forudbestående lidelser var fratrukket. I forbindelse med sagens prøvelse i Byretten i [by 1], fandt Byretten i [by 1], at Arbejdsskadestyrelsen ikke havde begået sagsbehandlingsfejl, hvorfor vurderingen af méngraden til 8 % skulle være korrekt og betryggende. Dermed fandt Byretten i [by 1], at aftalen mellem dig og Tryg om, at Arbejdsskadestyrelsens afgørelse er bindende for begge parter, ikke skal tilsidesættes.

I forhold til Retshjælpsforsikringen, fremgår det af retshjælpsbetingelsernes § 5, at det er en betingelse for at opnå retshjælpsdækning, at sagen føres med rimelig grund. Det betyder, at kunden skal have en rimelig udsigt til at få medhold.

I din konkrete sag finder jeg det ikke godtgjort, at dette er tilfældet, og jeg lægger her vægt på, at sagen har været forelagt gentagne gange i Arbejdsskadestyrelsen, herunder over flere år, samt at Byretten fandt, at der ikke var begået sagsbehandlingsfejl hos Arbejdsskadestyrelsen og således, at aftalen mellem dig og Tryg er bindende. Her skal også henses til, som tidligere oplyst, at byretsdommen findes at være i overensstemmelse med retspraksis på området, samt at der ikke mod den klare afgørelse fra Byretten i [by 1] er fremkommet noget nyt, der kan sandsynliggøre, at der er en rimelig udsigt til at få medhold i ankesagen."

I udskriften af landsrettens retsbog af 5/3 2012 er det blandt andet anført:

"**Kendelse:**
Efter sagens forløb og udfald tiltrædes det, at [Klager] skal betale sagsomkostninger til Tryg Forsikring A/S. Efter en samlet vurdering, herunder at byretten har afvist sagen på skriftligt grundlag, nedsættes beløbet dog skønsmæssigt til 30.000kr.

Thi bestemmes:
Byrettens bestemmelse om sagsomkostninger i dom af 5. august 2012 (BS IG-2009/2010) ændres således, at [Klager] inden 14 dage skal betale 30.000kr. til Tryg Forsikring A/S."

Af selskabets mail af 20/3 2012 til klageren fremgår det blandt andet:

"Med henvisning til din mail af den 12. marts 2012, fremsender vi herved kopi af vores oprindelige tilsagn om retshjælpsdækning, dateret den 16. april 2010.

Endvidere skal vi som ønsket oplyse, at der af den samlede dækningssum på kr. 125.000,00 på nuværende tidspunkt er udbetalt følgende beløb:

Salær, inkl. moms, adv. …	kr. 5.000,00
Pålagte omkostninger, ifbm. kæresagen	kr. 1.000,00
Salær, inkl. moms, adv. …	kr. 75.000,00

Der resterer således kr. 44.000,00 af den samlede dækningssum, hvortil vi skal bemærke, at pålagte sagsomkostninger for sagens behandling ved byretten endnu ikke er betalt, hvilket skyldes at sagen blev anket inden eksekutionsfristens udløb."

I skadeanmeldelse af 6/12 2013 til selskabet har klageren blandt andet oplyst:

"Skulle på toilet, 27.12.2012. kl.02, og gik ned ad trappe, holdt ved gelænder, foden glider fra 3 trin og ned til gulv, og jeg havde faldet og brækket ryg - hvis jeg ikke havde holdt fast. Men da jeg holder fast, forvrides alle muskler i nakke, skuldre, arme, hænder, brystryg og ned i lænd og ben.
Da der er skader fra ulykke 12.3.2005, herunder nerveskader, med kroniske muskelspændinger og muskelknuder - kan kiropraktor ikke helbrede skade, hvorfor det derfor er en ny skade med for-

værringer af bestående, og da forsikring er sagsøgt for skader loven kræver erstattet af forsikring, er der ikke fastsat varigt men, og forværringerne af denne skade, gør der er ingen funktionsevne er, og der kræves jeg får en ny lejlighed uden trapper, men det kan ikke ske når forsikring ikke har betalt lovens krav, og der kan derfor ikke forebygges gentagelses tilfælde, det har forsikringen sørget for .
Da smerterne er forværret, og de ikke kan lindres, da behandling har minimal effekt og kun kort tid, (max 1-2- dage) er det et nyt varigt uhelbredelig menskade forvridning af alle muskler i nakke, skuldre, arme, hænder, brystryg og ned i lænd og ben."

I et kiropraktornotat af 14/3 2014 er det blandt andet angivet:

"Diagnose: Biomekanisk dysfunktion, kroniske muskelspændinger samt slidforandringer i lænd, brystryg og nakke

Status: Patienten har haft mindre problemer med hovedpine i årene 2003 og frem til ulykken i 2005, men disse har kunnet afhjælpes med manuel behandling, og der har været lange perioder, hvor der ikke har været behov for behandling. Efter ulykken i 2005 er der kommet gener i både nakke, midt ryg og lænd. Symptomerne er konstante og vedvarende trods behandling, der kun kan holde det nede og ikke helbrede. Symptomerne forværres ved fysik aktivitet og kulde påvirkninger. Der har været en gradvis forværring med tiden, men efter fald 27/12-12 er symptomerne blevet forværret, således at det nu også trækker ud i begge arme, og patienten har på nuværende tidspunkt så kraftige smerter, at det er invaliderne for hende. Smerterne er blevet kroniske, og kommer af slidforandringer, dysfunktioner i leddene, muskelspændinger og ændret nerve sensibilitet i hele ryggen og nakken.

Col cervicalis et thoracalis taget 17/12-13
Cervicalt kan lateral billedet kun vurderes ned til C6. Der ses en sinistrokonveks scoliose med toppunkt C7/Th1. Der er afsmalning af discus C5-6, hvor der er en del randudbygning særligt bagtil på corpora. På de nederste 2 niveauer cervicalt ses uncovertebral artrose samt begyndende facetleds art rose.
Thoracalt ses dextrokonveks scoliose med toppunkt Th 6. Corpora af Th 6-8 ses kileformede fortil, der resulter i øget kyfose. I samme område ses discus afsmallet og med små randudbygninger. Øvrige forhold ses normale.
Dx:
Sinistrokonveks scoliose med toppunkt C7/Th1 samt dextrokonveks scoliose med toppunkt Th 6.
Mb Schuermann Th6-8
Degeneratio disci intervertebrale C5/6 mg et Th 6-8 lg
Uncovertebral et facetleds artrose C6-Th I

Resultatet af den sidste røntgen optagelse viser slidforandringer, der er værre end aldersvarende, men giver ikke entydigt svar på, hvorfor patienten har så ondt. De slidforandringer, der er i nakken kan muligvis forårsage nerve påvirkning til armene, men det vil kræve yderligere billeddiagnostik, for at kunne bekræfte dette. Endvidere bør der tages nye røntgenbilleder af lænden, da dem der foreligger er mere end 5 år gamle."

24. 92177

Af et funktionsattest af 8/9 2014 fra klagerens praktiserende læge til selskabet fremgår det blandt andet:

> "Diagnose angivet på dansk og latin
> **1** 1.Dansk: Smerter nakke, skulder, arm og lænd
> 1.Latin: Dolores univeisofei
> 2.Dansk: Fibromyalgi, obs
> 2.Latin:
> 3.Dansk: Slidgigt ryg og fødder
> 3.Latin:
> 4. Polyneuropati (sensoriske) – nervebetændelse
> …
> **6**
> Hvilke klager fremfører patienten?
> Smerter fra hele kroppen. Værst ryg, skuldre, arme og fødder samt nakke og hænder.
> Lider af kramper og svedeanfald. Bliver overbelastet af selv de mindste dagligdags ting. Hvis PT skal bære på ting fx indkøb, kramper og svedeanfald.
> Desuden er bakteriesygdomme og hjerterymteforstyrrelser en følge ifølge pt."

Klageren har i en mail af 21/9 2014 til selskabet blandt andet anført:

> "Retshjælpsforsikringen bedes oplyse mig om hvilke beløb retshjælpsforsikringen dækker med, så jeg kan love advokat, hvad der er til, at betale for det arbejde, som de skal udføre i:
> 1. Genoptagelse af 12.3.2005 sag i Højesteret.
> 2. fogedssag om renter af sagsomkostninger
> 3. i ny skadessag 27.12.2012 - som forsikringen allerede er i gang med at fucke up igen - og det er helt klart advokatarbejde fra nu af, for ellers sker der voldsomt alvorlige skader - og der er stortset ingen funktionsevner tilbage.
> Dertil bedes oplyst hvilke oplysninger retshjælpsforsikringen mangler for at udføre dette og bevillige retshjælpen – har forstået jeg skal finde advokat - men dertil skal jeg vide hvad der dækkes - og hvad der ikke dækkes."

Af selskabets mail af 27/1 2015 til klageren fremgår det blandt andet:

> "Tak for din e-mail af den 16. d.m., hvorved du oplyser, at en advokat har accepteret at påtage sig sagen.
>
> Som vi har gjort opmærksom på mange gange, skal advokaten formelt søge om retshjælpsdækning til sagen før vi kan tage konkret stilling til, om det konkrete søgsmål - i henhold til de pågældende anbringender og bevisligheder, der agtes fremført - vil være omfattet af retshjælpsforsikringens dækningsomfang.
>
> Vi beder dig venligst respektere advokatens rolle i denne henseende i relation til retshjælpsforsikringens virke.
>
> Såfremt vi skal foretage os nærmere i forhold til vurdering af den sag, du mener at have, fordrer det at vi modtager ansøgningen fra din advokat.

Afslutningsvis skal vi bemærke, at vi selvsagt ikke stiller nogen former for garanti i forbindelse med en sags førelse, herunder den eventuelle afregning af denne. Retshjælpsforsikringen henholder sig til de gældende vilkår/betingelser for forsikringen og eventuel afregning vil ske i overensstemmelse hermed og inden for den maksimale dækningssum for den enkelte forsikringsbegivenhed.

Ved fremtidige henvendelser, der måtte vedrøre retshjælpsdækning, der ikke bliver modtaget fra din advokat, og ikke relaterer sig til førelsen af en sag efter retsplejelovens kapitel 39, der omhandler småsagsprocessen, vil der blive henvist til indholdet af nærværende e -mail."

Af selskabets brev af 22/1 2018 fremgår det blandt andet:

"**Afgørelse**
På baggrund af de vedlagte bilag med nyeste lægelige oplysninger, har vi gennemgået dine sager, og finder ikke grundlag for at genoptage dem og forhøje den tidligere fastsatte mengrad på henholdsvis 8% og mindre end 5%, da der ikke er dokumenteret årsagssammenhæng mellem det i de nye oplysninger, efter vores tidligere afgørelser, anførte og de to ulykkestilfælde.
…
De nye lægelige oplysninger
Af de nyeste lægelige oplysninger, som du har fremsendt foreligger der flere røntgenbeskrivelser, som viser degeneration i nakke, brystryg og lænderyg samt stenose (forsnævring) i nakke og scoliose (skævhed) i ryggen.
Herudover er der konstateret slidgigt i begge skulderhøjdeled samt slidgigt og skævhed i begge 1. tæer (storetå).

Endvidere er der ved en neurologisk vurdering den 12. april 2Ol7 ikke holdepunkter for neurologisk sygdom, som årsag til kronisk smertetilstand.

I Konklusion
Indledningsvis bemærkes det for god ordens skyld, at der allerede før det første ulykkestil-
I fælde den 12. marts 2005 var konstateret behandlingskrævende gener i ryg, nakke og hoved.
Endvidere scoliose (skævhed) i ryg samt degeneration i ryg og nakke.

Forsikringen dækker ikke forudbestående gener, som var tilstede før ulykkestilfældene, hvilket fremgår af forsikringsbetingelserne, som er citeret ovenfor.

Den ved de nye røntgenundersøgelser konstateret degeneration og slidgigt i nakke, brystryg, lænderyg, skulderhøjdeled samt 1. tæer, er efter vores vurdering ikke forårsaget af ulykkestilfældene. Almindeligvis er degeneration og slidgigt aldersbetinget, og hermed tiltagende med alderen.

Det fremgår de lægelige oplysninger, at du har smerter i hele kroppen. Der er efter vores vurdering ikke i de foreliggende lægelige oplysninger ikke dokumentation for, at ulykkestilfældet den 27. december 2012 eller 12. marts 2005, har forværret dine væsentlige forudbestående gener og lidelser, som bestod allerede inden ulykkestilfældet i 2005.

Afslutningsvis bemærkes det, at du har bevisbyrden for årsagssammenhæng mellem dine nuværende gener og ulykkestilfældene samt, at m6ngraden som følge af de to ulykkestilfælde er højere end af os fastsat.

I denne forbindelse henvises til ankenævnskendelse nr. 56.101, hvoraf det fremgår, at den bedste mulighed for at løfte bevisbyrden for et eventuelt krav på erstatning eller en højere erstatning ved uenighed med forsikringsselskabet, er ved at forelægge spørgsmålet om m6ngradens størrelse for AES. Kopi vedlægges til orientering. Se også nedenfor om dine klagemuligheder."

Klageren har fremsendt brev af 7/6 2019 fra et inkassofirma, og heraf fremgår det blandt andet:

"**Gældsforpligtelse vedr. Tryg Forsikring A/S**
Kreditor: Tryg Forsikring A/S

Slip af med gælden - her er et godt tilbud.
Din manglende betaling tager vi som udtryk for, at du har svært ved at overskue din gæld.
Derfor vælger vi nu at give dig et tilbud om at komme ud af denne gæld:

Gælden opgøres dags dato således:

Krav pr. 19-03-2012	DKK	30.000,00
Renter 7,05% pr. år	DKK	6.345,00
Domsrenter	DKK	0,00
Skyldige omkostninger	DKK	4.637,50
Indbetalinger i alt	DKK	0,00
I alt	DKK	40.982,50

Du får nu mulighed for at komme ud af gælden på en rimelig måde:
DU indgår en afviklingsaftale på op til 72 måneder og vi standser samtidig for den fremtidige rentetilskrivning."

I mail til inkassofirmaet fra klageren af 17/6 2019 hedder det blandt andet:

" Samme svar som tidligere - det er Tryg ansvar at dække - og det bedes stadigvæk returneret til Tryg retshjælps forsikring - da det ikke er mig, der skal dække de sagsomkostninger !
Tryg har selv forhindret 2 skadesagers lovlige afgørelse i domstolene - og det er ikke mit ansvar - for det er retshjælpsafd. som skal dække sagsomkostninger - men det ved I jo - det er gentaget så mange gange. Selv Tryg ved det - så stop med, at sende mig krav på penge, som jeg ikke skal og ikke kan betale. Det er stadig Tryg-s gæld – ikke min, Og jeg svarer IKKE på flere breve, krav, e1ler trusler - for - det er terror - og det er STADIG TRYG DER SKAL BETALE
DEM - så returner sagen til Tryg - det er ikke mit ansvar og ikke min gæld.

I forsikringsbetingelserne for ulykkesforsikringen hedder det blandt andet:

"**2. Hvad dækker forsikringen**
2.1
Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde.

2.2
Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

3. Hvad dækker forsikringen ikke
3.1 Manglende årsagssammenhæng
For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden.
Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskade. Det vil sige, om hændelsen i sig selv er nok til at forårsage/forklare skaden.

3.2 Sygdom m.m.
…
3.2.2
Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

3.2.3
Skader på kroppen sket som følge af nedslidning.
…
4. Hvor dækker forsikringen
…
4.4
Til brug for vurdering af, om en anmeldt skade er omfattet af forsikringen og en eventuel erstatnings størrelse, kan Tryg kræve lægeundersøgelse i Danmark. Tryg betaler for den lægelige undersøgelse, men ikke for transporten eller for udgifter til ophold mv. i forbindelse med lægeundersøgelsen.
…
9. Erstatning ved varigt mén
Hvis denne dækning er valgt, fremgår det af policen.

9.1 Hvad omfatter dækningen
9.1.1
Forsikringen giver ret til erstatning i tilfælde af varigt mén (= medicinsk invaliditet) som følge af et ulykkestilfælde.
…
9.1.5
Méngraden kan højst være 100% pr. ulykkestilfælde.
Méngraden fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel. Det er altid den på afgørelsestidspunktet gældende vejledende méntabel, der anvendes ved erstatningsfastsættelsen. Méngraden fastsættes uden hensyn til forsikredes erhverv og sociale situation.

9.1.6
Hvis skaden ikke er anført i Arbejdsskadestyrelsens méntabel, fastsættes méngraden på grundlag af skadens medicinske art og omfang uden hensyntagen til forsikredes erhverv og sociale situation.
…
Hvis skaden sker
19. Anmeldelse af skaden

19.1
Ulykkestilfælde skal anmeldes skriftligt og hurtigst muligt til Tryg.
Dette gælder også, selv om skaden umiddelbart efter ulykkestilfældet synes at være af beskedent omfang.
…
19.5
Når et ulykkestilfælde anmeldes, gives der nærmere besked om, hvilke oplysninger der er nødvendige til behandling af erstatningssagen.
Udgifter til attester, erklæringer og undersøgelser, som Tryg finder nødvendige for sagens behandling, dækkes af forsikringen.
…
27. Uenighed om méngradens størrelse
Er du ikke enig i den af Tryg fastsatte méngrad, kan du forlange spørgsmålet om méngradens størrelse forelagt Arbejdsskadestyrelsen. Tryg kan også vælge at forelægge sagen for Arbejdsskadestyrelsen.

Den af parterne, der ønsker sagen forelagt Arbejdsskadestyrelsen, betaler de omkostninger, der er forbundet med forelæggelsen, herunder udgifter til yderligere lægeerklæringer.

Ændrer Arbejdsskadestyrelsen den af Tryg fastsatte méngrad til fordel for dig, betales omkostningerne altid af Tryg."

I forsikringsbetingelserne for retshjælpsforsikringen hedder det blandt andet:

"Forsikringens formål er at dække udgifter til sagsomkostninger ved private retstvister, der kan indbringes for domstole eller voldgiftsretter, og som ikke har forbindelse med sikredes erhvervsudøvelser, se § 2 og § 3. Forsikringen dækker ikke udgifter til almindelig rådgivning, herunder advokatrådgivning.
Bortset fra småsager, hvor sikrede selv indgiver anmodning, skal anmodning om retshjælp indgives gennem en advokat, der har påtaget sig sagen.
Advokaten skal indgive anmeldelse til Tryg, så snart denne har påtaget sig sagen, og inden yderligere skridt foretages, se § 12. Advokaten kan dog straks foretage sådanne skridt, som ikke tåler opsættelse. I småsager indgiver sikrede selv anmeldelse på Trygs standardblanket for småsager jf. § 12, stk.3
…
§ 4 Hvilke omkostninger er dækket af retshjælpsforsikringen?
…
Stk. 2
Omkostninger til modpart, såfremt disse er pålagt sikrede under en rets- eller voldgiftssag eller er godkendt af Tryg.
…
§ 7 Klagenævn
Kan tvisten behandles ved et klagenævn, fx Forbrugerklagenævnet eller andet godkendt klagenævn, er sikrede forpligtet til først at benytte denne mulighed, se § 5, stk. 5.
Omkostninger ved sådan klagenævnsbehandling er ikke dækket.
…
§ 11 Valg af advokat
Stk. 1

Dækningen er betinget af, at sikrede har søgt bistand hos advokat, der har påtaget sig sagen. I gruppesøgsmål, hvor tilmeldingsmodellen anvendes, vælger grupperepræsentanten den sagsførende advokat. Sikrede vælger selv sin advokat blandt medlemmerne af Advokatsamfundet.
For småsager gælder § 11A.
…
Stk. 4
Advokaten har direkte krav mod Tryg på forsikringsydelsen og kan ikke med bindende virkning for Tryg indgå aftale om sit salær med sikrede.

Stk. 5
Salæret beregnes i overensstemmelse med de retningslinjer for sagsomkostninger i borgerlige sager, som følges af domstolene.
Tvister omfattet af retsplejelovens kapitel 31 om offentlig advokatretshjælp afregnes i overensstemmelse med de deri anførte retningslinjer.
…
§ 11A Særlige regler for småsager med en sagsgenstand på højest 50.000kr.* (se yderligere side 6) samt anerkendelsessøgsmål

Stk. 1.
§ 11, stk. 1 gælder ikke i sager, som behandles efter reglerne i retsplejelovens kapitel 39 (småsagsproces).
Dækningen af salæromkostninger efter stk. 5 er betinget af at sikrede har søgt bistand hos en advokat eller en af Tryg godkendt professionel rettergangsfuldmægtig**(se yderligere oplysninger side 6), jf. retsplejelovens § 260,
stk. 5. Reglerne i § 11, stk. 2 til 7 gælder i de tilfælde tilsvarende for professionelle rettergangsfuldmægtige som for advokater, der vælges efter reglerne i § 11, stk. 1.
…
§ 12 Anmeldelse til Tryg
…
Stk. 3
Anmeldelse indgives af advokaten eller i de i § 11, stk. 7, og i de i § 11A, nævnte tilfælde af sikrede selv.
For de i § 11A, nævnte tilfælde indgives anmeldelse på Trygs blanket for småsager*** (se yderligere oplysninger side 6)."

Nævnet udtaler:

Klageren var den 12/3 2005 og den 27/12 2012 udsat for ulykkestilfælde. Den 12/3 2005 faldt hun på en cykel og anmeldte, at hun havde pådraget sig gener fra nakken, lænden og håndled. Den 27/12 2012 gled klageren på en trappe og anførte, at alle hendes muskler i nakke, skuldre, arme, hænder, brystryg ned i lænd og ben blev forvredet. Hun har anført, at den nye skade medførte en forværring af de gener, som var opstået efter det første ulykkestilfælde. Klageren er utilfreds med selskabets fastsættelse af méngraderne i forbindelse med de to tilskadekom-

ster. Hun er også utilfreds med, at selskabet ikke har ydet tilstrækkelig retshjælpsdækning i forbindelse med sit krav mod ulykkesforsikringen.

Selskabet har anerkendt, at klageren har været udsat for 2 ulykkestilfælde. Selskabet har i overensstemmelse med udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen (nu Arbejdsmarkedets Erhvervssikring) ydet dækning for ulykkestilfældet den 12/3 2005 svarende til en méngrad på 8 %.

Selskabet har vurderet méngraden efter ulykkestilfældet den 27/12 2012 til mindre end 5 %. Selskabet har henvist til, at klageren ikke har bevist, at der er sket en tilstrækkelig forværring af hendes gener og lidelser. Selskabet har også anført, at det ikke har været muligt at få foretaget en speciallægeundersøgelse, ligesom klageren har afvist at lade sagen forelægge for Arbejdsskadestyrelsen (Arbejdsmarkedets Erhvervssikring).

Ulykken den 12/3 2005

Spørgsmålet om klagerens méngrad efter ulykken den 12/3 2005 har været forelagt Arbejdsskadestyrelsen ad flere omgange. Sagen har ligeledes været indbragt for domstolene, hvor byretten ved dom af 5/8 2011 afviste sagen. Byretten fandt, at en bestemmelse i forsikringsbetingelserne om, at Arbejdsskadestyrelsens afgørelse er bindende for begge parter var en gyldig bindende voldgiftsaftale. Der blev i præmisserne lagt vægt på, at sagen havde været forelagt for Arbejdsskadestyrelsen flere gange, og at méngraden var vurderet til 8 %, og der var ikke grundlag for at antage, at der skulle foreligge sagsbehandlingsfejl.

Det fremgår af § 3, stk. 1 i nævnets vedtægter, at "Nævnet kan ikke behandle sager, der er afgjort ved endelig dom, gyldig bindende voldgift eller retsforlig".

Da spørgsmålet om méngraden efter ulykkestilfældet den 12/3 2005 er afgjort endeligt ved gyldig bindende voldgift, og sagen ved byretten som følge heraf efterfølgende er blevet afvist, falder det uden for nævnets kompetence at afgøre sagen, hvorfor nævnet må afvise at træffe afgørelse i sagen.

Ankenævnet *for* Forsikring

31. 92177

Ulykken den 27/12 2012

I stævning af 12/5 2010 vedrørende ulykkestilfældet den 12/3 2005 henvises der til en speciallægeundersøgelse den 12/3 2007, hvori det anføres, at klagerens gener efter ulykken den 12/3 2005 bestod af "konstante smerter i nakken med udstråling til fingre samt let indskrænket bevægelighed. [Speciallægen] fandt ganske udbredt muskulær ømhed i nakke-skulderågsmuskulatur. Han fandt derudover konstante smerter over lænden og svært indskrænket bevægelighed i alle retninger, fortsatte symptomer fra håndled om end beskedne, samt forværring af ældre eksisterende knæskade, uagtet at tidligere røntgen havde vist normale forhold". Det var videre noteret i stævningen, at klageren havde pådraget sig et kronisk smertesyndrom.

Klageren har i skadeanmeldelse af 6/12 2013 til selskabet anført, at ulykkestilfældet den 27/12 2012 har medført en forværring af de eksisterende gener, herunder med nerveskader med kroniske muskelspændinger og muskelknuder, hvilket en kiropraktor ikke har kunnet helbrede.

Af en funktionsattest af 8/9 2014 fra klagerens praktiserende læge fremgår det blandt andet, at klageren har smerter i nakke, skulder, arme og lænd. Herudover er der slidgigt ved ryg og fødder samt nervebetændelse. Det er anført, at klageren oplyser, at hun har smerter fra hele kroppen og værst ved ryg, skuldre, arme og fødder samt nakke og hænder. Hun bliver overbelastet af de mindste dagligdags ting.

Selskabet har oplyst, at det har tilbudt klageren at få foretaget en undersøgelse ved en speciallæge med henblik på udfærdigelse af en speciallægeerklæring. Imidlertid aflyste speciallægen indkaldelsen af klageren til undersøgelsen under henvisning til, at speciallægen ikke kunne imødekomme klagerens krav.

Nævnet bemærker, at det i henhold til almindelige forsikringsretlige principper påhviler klageren at bevise størrelsen og rigtigheden af sit krav.

32. 92177

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at ulykkestilfældet den 27/12 2012 har medført et varigt mén på mere end 5 %, og nævnet kan som følge heraf ikke kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren forud for ulykkestilfældet den 27/12 2012 havde betydelige gener fra de samme regioner i kroppen, som dette ulykkestilfælde angiveligt vedrørte.

Retshjælp – ulykkestilfældet i 2005

Selskabet har oplyst, at det den 16/4 2010 gav tilsagn om retshjælpsdækning til en retssag mod selskabet selv med henblik på en forelæggelse af sagen for Retslægerådet. Som anført ovenfor afviste byretten ved dom af 5/8 2011 sagen med henvisning til, at sagen var afgjort ved bindende voldgift. Klageren blev pålagt at betale i alt 50.000 kr. i sagsomkostninger til selskabet. Ved landsrettens kendelse af 5/3 2012 blev omkostningsbeløbet nedsat til 30.000 kr., som skulle betales inden 14 dage.

Klageren ankede indledningsvist byrettens dom af 5/8 2011 til landsretten, der gav hende et advokatpålæg. Selskabet har afvist at yde tilsagn om retshjælpsdækning til ankesagen, og af selskabets brev af 27/10 2011 fremgår det blandt andet, "At Landsretten pålægger, at sagen skal behandles af en advokat, er ikke ensbetydende med, at retshjælpsforsikringen er forpligtet til at give retshjælp. Hvorvidt du er berettiget til retshjælpsdækning følger af aftalegrundlaget mellem dig og Tryg, hvilket er forsikringsbetingelserne. Du kan således godt have ret til at få prøvet din sag ved Landsretten, men dette medfører ikke, at man som forsikringstager pr. automatik er berettiget til retshjælpsdækning". Selskabet har begrundet afvisningen på retshjælpsdækning til ankesagen med, at sagen ikke kan føres med rimelig grund. Selskabet har henvist til byrettens afgørelse og udtalelserne om méngraden fra Arbejdsskadestyrelsen.

33. 92177

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen − herunder oplysningerne om udtalelserne fra Arbejdsskadestyrelsen og byrettens dom − ikke grundlag for at kritisere, at selskabet med den angivne begrundelse har afvist at yde tilsagn om retshjælpsdækning til ankesagen. Nævnet har blandt andet lagt vægt på udfaldet af byretssagen, og at der ikke blev fremlagt oplysninger, der kunne begrunde, hvorfor sagen for landsretten ville få et for klageren mere gunstigt resultat.

Det fremgår af selskabets mail af 20/3 2012, at selskabet foreløbigt havde udbetalt i alt 81.000 kr. i omkostninger på sagen, idet der herefter resterede 44.000 kr. af den samlede dækningssum. Selskabet anførte endvidere, "at pålagte sagsomkostninger for sagens behandling ved byretten endnu ikke er betalt, hvilket skyldes at sagen blev anket inden eksekutionsfristens udløb".

Klageren har fremlagt brev af 7/6 2019 fra et inkassofirma, der på vegne af selskabet opgør klagerens gæld til selskabet til 40.982,50 kr. Det fremgår af opgørelsen, at 30.000 kr. henføres til et krav pr. 19/3 2012, at der er et krav for skyldige omkostninger på 4.637,50 kr., og at der er påløbet renter for 6.345 kr.

Nævnet lægger efter en gennemgang af de oplysninger, som partnerne har meddelt vedrørende dette spørgsmål, til grund, at selskabets krav mod klageren vedrører de sagsomkostninger, som hun ved landsrettens kendelse den 5/3 2012 blev pålagt at betale til selskabet (ulykkesforsikringen) inden 14 dage som følge af byrettens afvisning af sagen vedrørende méngraden.

Da selskabet har meddelt klageren tilsagn om retshjælpsdækning til retssagen, er de idømte sagsomkostninger en udgift, som er omfattet dækningstilsagnet, og som selskabet derfor som udgangspunkt er forpligtet til at afholde, jf. betingelserne for retshjælpsforsikring § 4, stk. 2.

Nævnet finder, at selskabet ved sin mail af 20/3 2012 til klageren har anerkendt at være forpligtet til at betale sagsomkostningerne som fastsat af retten. Nævnet finder under henvisning her-

til, at klagerens krav på dækning for de idømte sagsomkostninger ikke er forældede, jf. forældelsesloven § 5.

Efter det oplyste om, at sagen ad flere omgange har været klagebehandlet internt i selskabet, finder nævnet, at selskabet ikke kan kræve rentebeløbet eller inddrivelsesomkostningerne betalt af klageren. Nævnet finder på denne baggrund, at selskabet skal frafalde hele kravet mod klageren, som selskabet har sendt til inkasso.

Retshjælp – ulykkestilfældet i 2012

Det fremgår af præamblen til betingelserne for retshjælpsforsikring, at "Bortset fra småsager, hvor sikrede selv indgiver anmodning, skal anmodning om retshjælp indgives gennem en advokat, der har påtaget sig sagen". Tilsvarende fremgår det af § 11, stk. 1, at dækningen er betinget, af at sikrede har søgt bistand hos en advokat, der har påtaget sig sagen. Af § 12, stk. 3 fremgår det, at anmeldelse indgives af advokaten eller de i § 11, stk. 7, og i de i § 11A nævnte tilfælde af sikrede selv.

Selskabet har i mail af 27/1 2015 til klageren anført, at klagerens oplysning om, at en advokat har påtaget sig at føre sagen er modtaget, og der gøres opmærksom på, at advokaten skal søge om retshjælpsdækning hos selskabet, før der kan tages stilling til søgsmålet. Det er videre anført, at såfremt selskabet skal foretage sig noget i anledning af sagen, kræver det en ansøgning fra advokaten. Selskabet har også bemærket, at "Ved fremtidige henvendelser, der måtte vedrøre retshjælpsdækning, der ikke bliver modtaget fra din advokat, og ikke relaterer sig til førelsen af en sag efter retsplejelovens kapitel 39, der omhandler småsagsprocessen, vil der blive henvist til indholdet af nærværende mail".

Efter en gennemgang af sagen lægger nævnet til grund, at selskabet ikke har modtaget en anmeldelse med anmodning om retshjælpsdækning fra en advokat, som har påtaget sig at føre sagen på vegne af klageren. Nævnet lægger også til grund, at det eventuelle påtænkte søgsmål ikke er omfattet af reglerne om småsagsprocessen, da sagen vedrører et krav på over 50.000 kr.

35. 92177

Allerede med henvisning hertil kan nævnet ikke kritisere, at selskabet ikke har meddelt retshjælpsdækning til en tvist mod klagerens ulykkesforsikring vedrørende méngraden efter ulykkestilfældet den 27/12 2012.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Selskabet, Tryg Forsikring A/S, skal frafalde det fremsatte krav mod klageren, som selskabet har sendt til inkasso, jf. herved det brev af 7/6 2019 fra et inkassofirma, som klageren har fremlagt.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales.

Peter Thønnings