

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 20. januar 2021 blev i sag nr. 95744:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Privatsikring
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 4/9 2020 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg ønsker at indbringe sagen på vegne af min klient

Min klient var ude for en skade den 10. september 2016 og rettede herefter henvendelse til Privatsikring med henblik på erstatningsudbetaling. Privatsikring vurderede med afgørelse den 9. januar 2018, at méngraden ikke oversteg 5 %.

I den forbindelse påklagede min klient sagen overfor forsikringsselskabet, som herefter bekræftede genoptagelse af sagen den 26. april 2018.

Selskabet foretog sig dog ikke yderligere, hvorfor det var nødvendigt for forsikringstager at kontakte en advokat.

Jeg rettede herefter henvendelse til forsikringsselskabet med henblik på at få ændret afgørelsen fra den 9. januar 2018.

Efter min indtræden i sagen foretog forsikringsselskabet en nye lægefaglig vurdering og ændrede deres afgørelse fra den 9. januar 2018.

Min klient fik tilkendt en erstatning på kr. 65.000,00, svarende til en méngrad på 5 %.

...

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Påstanden er, at Privatsikring A/S tilpligtes at anerkende, at klager er berettiget til udbetaling af rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand, jf. forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3."

Klagerens advokat har i bilag til klageskemaet bl.a. anført:

"På vegne af min klient ... skal jeg hermed indbringe Privatsikring A/S' afslag på udbetaling af rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand.

Påstanden for Ankenævnet for Forsikring er, at Privatsikring A/S tilpligtes at anerkende, at klager er berettiget til udbetaling af rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand, jf. forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3.

Privatsikring A/S bekræftede af brev den 1. november 2016, at klagers skade var omfattet af forsikringstagers ulykkesforsikring, jf. bilag 1.

Selskabet bekræftede modtagelsen af funktionsattesten den 30. oktober 2017 og sagen blev herefter forelagt selskabets lægekonsulent, jf. bilag 2.

Det fulgte imidlertid af selskabets afgørelse den 9. januar 2018, at forsikringstagers méngrad ikke oversteg 5 % jf. bilag 3. Afgørelsen indeholdte ikke en klagevejledning.

Forsikringstager rettede herefter, på trods af den manglende klagevejledning, henvendelse til selskabet med klage over afgørelsen, og selskabet oplyste den 26. april 2018 forsikringstager om, at de ville indhente flere oplysninger i sagen, jf. bilag 4.

Forsikringstager modtog herefter ingen yderligere oplysninger vedrørende det kommende sagsforløb eller hvorvidt selskabet rent faktisk var i gang med at indhente supplerende oplysninger og i så fald hvor og hvilke.

Idet forsikringsselskabet ikke foretog sig yderligere var det nødvendigt for forsikringstager at kontakte en advokat, hvorfor undertegnede indtrådte i sagen.

Den 12. oktober 2018 blev der fremsendt brev til selskabet vedrørende forsikringstagers utilfredshed med afgørelsen, og at der endnu ikke var nyt i sagen, på trods af selskabets siden den 26. april

2018 har haft mulighed for at belyse sagen yderligere. Brevet er vedlagt som bilag 5.

Selskabet blev i den forbindelse bedt om, at fremsende samtlige af sagens akter, samt om at indhente en ny speciallægeerklæring til nærmere beskrivelse af skaden og generne, hvis selskabet ikke var enig i det anførte.

Yderligere blev det påpeget over for selskabet, at forsikringstager havde belastningsrelaterede smerter i knæet og det hævede og blev ømt ved fysisk aktivitet, hvorfor forsikringstager ikke kunne bevæge sig eller dyrke sport som før skaden, ligesom der blev henvist til flere punkter i méntabellen og fremsat krav om godtgørelse for et mén på 10%.

Ankenævnet for Forsikring

3.

95744

Den 27. marts 2019, og dermed mere end ét år efter at selskabet havde modtaget samtykkeerklæring og en klage fra forsikringstager, fremsendte forsikringsselskabet brev, hvori de anerkendte behovet for en erklæring fra en ortopædisk speciallæge, jf. bilag 6 som opfordret til i bilag 5.

Resultatet af undersøgelsen blev den 9. september 2019 fremsendt og den 24. september 2019 blev selskabets nye afgørelse fremsendt, hvor forsikringstagers varige mén blev fastsat til 5%, jf. bilag 7 og bilag 8.

Selskabet udbetalte kr. 65.000, svarende til en méngrad på 5%, jf. bilag 8.

Efter selskabets udbetaling af forsikringssummen til forsikringstager, blev der den 10. oktober 2019 rettet henvendelse til forsikringsselskabet med henblik på at få dækket rimelige advokatombkostninger, jf. bilag 9. Selskabet afviste at ville dække de rimelige advokatombkostninger, jf. bilag 10.

Selskabets afgørelse blev påklaget den 3. marts 2020, og afvist af selskabet igen den 12. maj 2020, jf. bilag 11 og bilag 12.

På baggrund af ovenstående kan det gøres gældende, at advokatbistanden har været både rimelig og påkrævet.

Selskabet gav ikke en klagevejledning eller informerede forsikringstager om sagsforløbet, ligesom det ikke fremgår at selskabet foretog sig yderligere i sagen før undertegnede rettede henvendelse til selskabet.

Der gik næsten ét år efter selskabet havde modtaget en samtykkeerklæring, og endnu længere efter forsikringstager selv havde klaget, før at selskabet anerkendte behovet for en yderligere undersøgelse.

Advokatbistanden har derfor i sig selv bidraget væsentligt til den ændrede afgørelse, da der blev indhentet en speciallægeerklæring og foretaget en ny lægelig vurdering.

Afslutningsvis bemærkes det, at selskabet ændrede deres afgørelse af 9. januar 2018 og har udbetalt en erstatning på kr. 65.000, som følge af den nye lægelig vurdering og speciallægeerklæringen.

Det kan oplyses, at nærværende sagsbehandling frem til indbringelse af sagen for Ankenævnet for Forsikring er anvendt tid på sagen for kr. 12.000 ekskl. moms, hertil skal der tillægges kr. 5.000 ekskl. moms for tid anvendt i forbindelse med sagens indbringelse for Ankenævnet for Forsikring. I alt kr. 17.000 ekskl. moms."

Selskabet har den 21/10 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Forsikringstager har haft ulykkesforsikring i Privatsikring og policen har været i kraft fra den 1. februar 2016 frem til den 1. maj 2020, hvor den er afgangsført til andet selskab. Forsikringsbetingelserne er vedlagt som bilag A.

Forsikringstager klager via sin advokat over, at vi har afvist at dække omkostninger til advokatbistand i forbindelse med en anmeldt skade, hvor forsikringstager den 10. september 2016 blev tacklet i en fodboldkamp, som medførte skade i form af overrivning af forreste korsbånd i højre knæ.

Vi har afvist dækning med henvisning til, at omkostninger til advokatbistand ikke er omfattet af dækningen under ulykkesforsikringen og det forhold, at forsikringstagers advokat ikke, ved sin indtræden i sagen, har sikret forsikringstager en erstatning, som ellers ikke ville blive udbetalt jf. nærmere nedenfor.

Sagens faktiske omstændigheder

Vi modtog anmeldelse fra forsikringstager den 1. november 2016, hvor han telefonisk oplyste, at han var blevet tacklet bagfra til fodbold, og at han var kommet til skade med sit knæ.

Samme dag sendte vi brev af den 1. november 2016 til forsikringstager (bilag 1), hvor vi oplyste, at ulykkestilfældet var omfattet af forsikringen. Vi oplyste samtidig, at det efter vores erfaring er muligt at vurdere et evt. varigt mén, når der er gået ca. et år efter ulykken og vi anmodede i den forbindelse forsikringstager om at kontakte os omkring årsdagen med oplysning om, hvilket gener ulykken havde medført samt nærmere oplysning om undersøgelse hos læge eller sygehus.

Den 14. september 2017 oplyste forsikringstager telefonisk, at han var færdigbehandlet, men at han stadig havde gener ved højre knæ. Vi sendte derfor funktionsattest til forsikringstagers egen læge samme dag.

Den 26. oktober 2017 modtog vi udfyldt funktionsattest fra egen læge og ved brev af den 30. oktober 2017 (bilag 2), oplyste vi forsikringstager om, at sagen nu var forelagt en lægekonsulent, og at vi ville vende tilbage, når sagen var kommet retur fra lægen.

Den 27. oktober 2017 modtog vi anmodning fra [andet selskab], som ønskede kopi af sagens lægelige akter.

Den 16. november 2017 sendte vi kopi af sagens lægelige akter til [andet selskab].

Den 23. [9.] januar 2018 sendte vi afgørelse til forsikringstager (bilag 3), hvor vi oplyste, at vi på baggrund af sagens lægelige oplysninger vurderede, at forsikringstagers følger efter ulykken, ikke var af en sådan størrelse, at der kunne fastsættes en invaliditetsgrad på mindst 5%.

Den 23. januar 2018 kontaktede forsikringstager os telefonisk og oplyste, at [andet selskab] havde vurderet méngraden til 5%. Efter aftale med forsikringstager sendte vi derfor samtykke til ham med henblik på at indhente journal fra [andet selskab] eller egen læge. Vi oplyste samtidig forsikringstager om, at vi herefter ville sende sagen til vores lægekonsulent igen og det var forsikringstager tilfreds med. Telefonnotat er vedlagt som bilag B.

Den 23. januar 2018 fremsendte vi samtykke til underskrift hos forsikringstager. Den 9. april 2018 kontaktede forsikringstager os telefonisk og anmodede om status i sagen.

Den 26. april 2018 (bilag 4) sendte vi brev til forsikringstager om, at vi nu havde modtaget samtykkeerklæring og at vi havde skrevet til [andet selskab] for at få lægelige oplysninger.

Den 26. april 2018 skrev vi samtidig til [andet selskab] og anmodede om kopi af de lægelige akter, jf. bilag C.

Den 7. juni 2018 modtog vi kopi af funktionsattest og journal fra [andet selskab].

Vi modtog ikke nogen henvendelser fra forsikringstager under sagsbehandlingen, herunder rykker for svar eller anden information om at forsikringstager var utilfreds med sagsbehandlingen, før forsikringstagers advokat henvendte sig ved brev af den 12. oktober 2018 (bilag 5), hvor advokaten beskrev forsikringstagers gener og oplyste at mén-graden burde fastsættes til 10%.

Det bemærkes, at Privatsikring stadig var i gang med at behandle sagen, da forsikringstagers advokat henvendte sig og at sagen bl.a. afventede forelæggelse af sagen selskabets lægekonsulent og efterfølgende svar fra denne, og at dette sagsforløb var drøftet med forsikringstager den 23. marts 2018.

Den 21. marts 2019 (bilag 6) – og ikke den 27. marts som anført i klagen fra forsikringstagers advokat – fremsendte Privatsikring brev til forsikringstagers advokat, hvori det fremgik, at vi nu havde modtaget svar fra lægekonsulenten og at vi for at sikre os, at forsikringstagers følger efter skaden, blev beskrevet så fyldestgørende som muligt, vurderede at der var behov for indhentelse af en speciallægeerklæring i sagen.

Det bemærkes i den forbindelse, at vurderingen af behovet for indhentelse af en speciallægeerklæring på dette tidspunkt var begrundet i lægekonsulentens vurdering af sagen.

I brevet af den 21. marts 2019 anførte Privatsikring endvidere følgende:

'Vi skal samtidig tage forbehold for betaling af advokatsalær, da ulykkesforsikringen ikke dækker dette. Vi skal her oplyse, at vi blev kontaktet af [forsikringstager] ultimo januar 2018 om afgørelsen på under 5%. Derefter sendte vi samtykkeerklæring til [forsikringstager], og da vi fik den tilbage, skrev vi til [andet selskab] for at få kopi af deres lægeoplysninger. Da disse oplysninger blev modtaget, blev sagen lagt til ny vurdering hos vores læge'

Den 17. juni 2019 sendte vi rykker til forsikringstagers advokat, da vi endnu ikke havde modtaget svar på vores brev af den 21. marts 2019 vedr. speciallægeundersøgelser og valg af speciallæge, jf. bilag D.

Forsikringstagers advokat vendte først tilbage med svar på vores brev af den 21. marts 2019 ved e-mail af den 11. juli 2019, hvori man oplyste, at forsikringstager gerne ville undersøges af [speciallæge] fra [hospital] jf. bilag E.

Vi sendte herefter sagen til den valgte speciallæge og orienterede forsikringstagers advokat herom.

Vi modtog speciallægeerklæringen den 9. september 2019 og forelagde sagen for vores lægekonsulent samme dag og orienterede også forsikringstagers advokat om dette ved brev af den 9. september 2019 (bilag 7).

Den 24. september 2019 fremsendte vi afgørelse til forsikringstagers advokat (bilag 8), hvor vi fastsatte forsikringstagers invaliditetsgrad til 5%.

Forsikringstagers advokat har efterfølgende rettet henvendelse til Privatsikring med henblik på at få dækket rimelige advokatombudsninger, hvilket Privatsikring har afvist ved brev af den 12. maj 2020 (bilag 12).

Sagen er herefter blevet indbragt for nævnet.

Vores vurdering af sagen

Foranlediget af klagen til ankenævnet har vi gennemgået sagen på ny, men vi finder ikke grundlag for at ændre vores afgørelse.

Forsikringstagerens advokatudgifter er ikke omfattet af ulykkesforsikringen, hvilket fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 9:

'9. Udgifter der ikke dækkes

Andre udgifter end de i pkt. 6,7 og 8 anførte, f.eks. udgifter til befordring, samt udgifter til advokatbistand... er ikke dækket af forsikringen.'

I e-mail af den 12. maj 2020 (bilag 11), har forsikringstagers advokat henvist til forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3 og anført, at Privatsikring efter advokatens indtræden i sagen, har udbetalt erstatning til forsikringstager, som ellers ikke ville have været opnået.

Advokaten henviser også til, at det i medfør af bestemmelsen i FAL § 32, stk. 3, skal tages i betragtning, om et forsikringsselskab ved sin handlemåde har givet anledning til, at den sikrede har søgt advokatbistand.

I advokatens klageskrivelse til ankenævnet af den 28. august 2020, har advokaten desuden anført følgende:

'Det kan oplyses at nærværende sagsbehandling frem til indbringelse af sagen for Ankenævnet for Forsikring er anvendt tid på sagen for kr. 12.000 ekskl. moms, hertil skal der tillægges kr. 5.000 ekskl. moms for tid anvendt i forbindelse med sagens indbringelse for Ankenævnet for Forsikring. I alt kr. 17.000 ekskl. moms.'

Vi mener ikke, at der kan ydes dækning for forsikringstagerens advokatombudsninger på trods af advokatens henvisning til FAL § 32, stk. 3, da vi for det første ikke mener, at forsikringstager har opnået en erstatning, som han ellers ikke ville have opnået, ved at advokaten er indtrådt i sagen, ligesom vi heller ikke finder, at vi ved vores handlemåde har givet forsikringstager anledning til at søge om advokatbistand.

Efter vores første afgørelse, hvor vi vurderede invaliditetsgraden til under 5%, drøftede vi sagen med forsikringstager, hvilket også fremgår af telefonnotat af den 23. januar 2018 (bilag B). Her oplyste vi forsikringstager om sagens videre forløb, hvilket forsikringstager udtrykte tilfredshed omkring.

Da advokaten indtrådte i sagen den 12. oktober 2018, havde vi allerede af egen drift kontaktet [andet selskab] og bedt dem om at sende kopi af sagens akter for at vurdere, om vi fandt grundlag for at følge deres afgørelse med en invaliditetsvurdering på 5%.

Det havde ikke gjort nogen forskel, om det var forsikringstager eller en advokat der kontaktede os for at spørge til status i sagen, da vi under alle omstændigheder var i gang med at sagsbehandle sagen helt i overensstemmelse med det vi havde oplyst forsikringstager om den 23. januar 2018.

Vi mener derfor ikke at udgift til advokatbistand er hverken rimelig eller nødvendig.

Med hensyn til advokatens opgørelse af salær på kr. 5.000 ekskl. moms for tid anvendt i forbindelse med sagens indbringelse for Ankenævnet for Forsikring, bemærkes det, at det fremgår af § 23, stk. 3 i ankenævnets vedtægter, at hver part bærer egne sagsomkostninger.

Der er med FAL § 32, stk. 3 ikke tiltænkt en ændring heraf, jf. de specielle bemærkninger til bestemmelsen i betænkning nr. 1423/2002 afsnit 23.2. Der henvises desuden til dommen FED 2015.142V, hvor forsikringstager ikke fik medhold i sit krav om advokatomkostninger i forbindelse med ankenævnssagen.

I nærværende sag er forsikringstager gået til advokat uden at gøre Privatsikring opmærksom på, at han var utilfreds med vores behandling af sagen, da Privatsikring jo netop havde indvilliget i at foretage ny vurdering af sagen, når der var modtaget akter fra [andet selskab], og når sagen havde været forelagt lægekonsulenten på ny.

I sådanne tilfælde følger det af ankenævnets praksis, at der som udgangspunkt ikke er ret til dækning af udgifter til advokat – der henvises til AKF 59.214 og AKF. 49.432.

Endeligt indgår sagens kompleksitet også som et moment, så der skal mindre til, for at den sikrede kan kræve sine rimelige advokatudgifter dækket i forbindelse med en omfattende sag vedrørende bygningsbrand end ved en simpel ulykkessag vedr. størrelsen af méngraden, som nærværende sag omhandler.

Der henvises til AKF 83.472, hvor selskabet i første omgang havde fastsat méngraden efter en ulykke til 8%, men hvor selskabet revurderede méngraden til 10%, efter at forsikringstageren ved sin advokat havde gjort indsigelser mod selskabets første afgørelse. Selvom selskabet først ændrede vurdering efter advokatens indsigelser (hvilket der ikke er tale om i nærværende sag), fandt ankenævnet, at sagen ikke havde været af en sådan karakter, at advokatbistand havde været nødvendigt.

Vi kan således ikke yde dækning for forsikringstagerens advokatomkostninger og fastholder vores afgørelse."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af notat af 23/01 2018 over telefonsamtale mellem klageren og selskabet fremgår bl.a.:

"Talt med skadelidte: [andet selskab] har vurderet 5% efter D.2.7.10. Der er intet journal i sagen, hvilket der burde være så aftalt med skadelidte, at vi sender samtykke og så får vi rekvireret journal enten fra [andet selskab] (hvis de har den) eller egen læge, herefter til vores lægekonsulent igen. Skadelidte tilfreds."

Af brev fra klagers advokat til selskabet af 12/10 2018 fremgår det bl.a.:

"Som advokat for ... retter jeg henvendelse til Dem. Jeg har modtaget kopi af jeres afgørelse af 9. januar 2018, hvoraf det fremgår, at I ikke mener, at min klients méngrad overstiger 5%.

Min klient har efterfølgende rettet henvendelse til jer med klage over afgørelsen, og i har skrevet til ham igen den 26. april 2018 om, at i ville indhente yderligere oplysninger, men intet er sket.

...

Der er ikke tvivl om, at min klient har fået varigt mén efter skaden, da han stadig er meget belastet af skaden.

Han har belastningsrelaterede smerter i knæet, og det hæver og bliver ømt ved fysisk aktivitet, og han kan derfor ikke bevæge sig eller dyrke sport som før skaden. Der er en grad af skuffeløshed, og knæet har tendens til at låse.

Det er ikke muligt for ham, at sidde på knæ og på hug, og hans muligheder for at lave fysisk arbejde og udføre håndsværksrelaterede arbejder er dermed besværliggjort, da skaden generer voldsomt ved bøjning af knæet.

Skaden har i det hele en voldsom virkning på min klients dagligdag. Det er stadig ikke muligt for min klient at bevæge sig som før skaden skete, og styrken af benet er påvirket.

Min klient har gennemgået en operation, man generne efter skaden er stadig omfattende og der er ikke udsigt til at forholdene bedres væsentligt.

På denne baggrund er det min opfattelse at min klients varige mén er mindst 5 %, som svarer til en minimal læsion af korsbåndet.

Der henvises til méntabellen pkt. 2.7.10. Af denne fremgår at 'læsion af korsbånd med generende skuffeløshed og beskedne objektive fund', hvilken udløser 5 % erstatning.

Dertil kommer, at min klient har smerter, ømhed og en større grad af bevægeindskrænkning af knæet, og jeg mener derfor, at méntabellens pkt. D.2.7.12. som minimum er passende, hvilken udløser en erstatning på 10%.

Er i fortsat ikke enige skal jeg anmode om, at i indhenter en speciallægeerklæring til nærmere beskrivelse af skaden og generne.

Min klient forsøgte at gøre jer opmærksom på, at et varigt mén under 5 % ikke er korrekt, og har dermed klaget over afgørelsen, men uden at der er sket noget, og han har derfor valgt at antage en advokat.

Når dette er tilfældet er I pligtige at erstatte min klients rimelige omkostninger hermed, jf. FAL § 32, stk. 3. På denne baggrund gøres det gældende, at I er pligtig at dække omkostninger til undertegnede i forbindelse med nærværende sag."

Af e-mails af 10/10 2019, 4/11 2019, 27/11 2019, 12/12 2019, 3/3 2020 og af 12/5 2020 rykkede klagers advokat for udbetaling af rimelige udgifter til advokatomkostninger.

Af forsikringsbetingelsernes punkt 9 fremgår det bl.a.:

"9. Udgifter der ikke dækkes

Andre udgifter end de i pkt. 6, 7 og 8 anførte, f.eks. udgifter til befordring, samt udgifter til advokatbistand, lægebehandling, behandling på privathospital og anden specialbehandling, medicin, eller hjælpemidler af enhver art, f.eks. halskrave og støttebind, er ikke dækket af forsikringen.

Nævnet udtaler:

Klageren kom den 10/9 2016 til skade med sit knæ. Selskabet oplyste ved brev af 1/11 2016 klageren om, at ulykken var anerkendt. Den 9/1 2018 afviste selskabet at yde dækning for varigt mén med henvisning til, at méngraden var under 5 %. Klageren kontaktede den 23/1 2018 selskabet, og det blev aftalt, at der skulle indhentes yderligere oplysninger. Klagerens advokat henvendte sig til selskabet den 12/10 2018 og anmodede om, at der blev indhentet en speciallægeerklæring. På baggrund af speciallægeerklæringen udbetalte selskabet den 24/9 2019 godtgørelse for varigt mén på 5%.

Klageren kræver, at selskabet dækker udgifter til advokatbistand i alt 17.000 kr. eksklusiv moms, svarende til 12.000 kr. for anvendt tid på sagsbehandling frem til indbringelsen af sagen for nævnet og 5.000 kr. for tid anvendt på sagens indbringelse for nævnet. Han har anført blandt andet, at der er tale om rimelige og nødvendige omkostninger i henhold til forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3, 1. pkt., da advokaten har bidraget væsentligt til, at der blev indhentet en speciallægeerklæring og foretaget en ny lægelig vurdering. Han har også anført, at speciallægeerklæringen førte til, at selskabet ændrede afgørelse af 9/1 2018 og udbetalte godtgørelse for

Ankenævnet for Forsikring

10.

95744

varigt mén på kr. 65.000. Han har desuden anført, at selskabet ikke i afgørelsen den 9/1 2018 gav klagevejledning og at der ikke skete noget i sagen i tiden mellem april, hvor selskabet genoptog sagen og oktober, hvor advokaten rettede henvendelse til selskabet.

Selskabet har afvist dækning for advokatomkostninger med henvisning til, at ulykkesforsikringen ikke dækker omkostninger til advokat, jf. forsikringsbetingelserne punkt 9, og at advokatens arbejde ikke har bidraget til sagen. Selskabet har anført, at det af egen drift var ved at indhente akter fra andet selskab, da advokaten indtrådte i sagen, at sagen herefter skulle forelægges for selskabets lægekonsulent, og at dette sagsforløb var drøftet med klager. Selskabet har yderligere anført, at behovet for at indhente en speciallægeerklæring i marts 2019 var begrundet i lægekonsulentens vurdering af sagen. Selskabet har endelig anført, at hver part bærer egne sagsomkostninger ved sagens behandling for nævnet, jf. vedtægternes § 23, stk. 3.

Af telefonnotat af den 23/01 2018 fremgår det: "Talt med skadelidte: [andet selskab] har vurderet 5% efter D.2.7.10. Der er intet journal i sagen, hvilket der burde være så aftalt med skadelidte, at vi sender samtykke og så får vi rekvireret journal enten fra [andet selskab] (hvis de har den) eller egen læge, herefter til vores lægekonsulent igen. Skadelidte tilfreds".

Af henvendelse fra klagerens advokat til selskabet af 12/10 2018 fremgår det blandt andet: "Jeg har modtaget kopi af jeres afgørelse af 9. januar 2018, hvoraf det fremgår, at I ikke mener, at min klients méngrad overstiger 5%... På denne baggrund er det min opfattelse at min klients varige mén er mindst 5 %, som svarer til en minimal læsion af korsbåndet... Er i fortsat ikke enige skal jeg anmode om, at I indhenter en speciallægeerklæring til nærmere beskrivelse af skaden og generne".

Klagerens advokat rykkede selskabet for dækning af advokatudgifter ved henvendelser af den 10/10 2019, 4/11 2019, 27/11 2019, 12/12 2019, 3/3 2020 og af 12/5 2020.

Ankenævnet for Forsikring

11.

95744

Af forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3, fremgår det, at: "Den sikrede kan i forbindelse med udenretlig fremsættelse og opgørelse af krav mod selskabet kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet...".

Af nævnets vedtægters § 23, stk. 3, fremgår det, at: "Ingen af parterne betaler omkostninger ved tvistløsningsbehandlingen til den anden part".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at udgifterne til advokat har været rimelige og nødvendige. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet, inden advokaten indtrådte i sagen, havde genoptaget sagsbehandlingen på baggrund af klagerens henvendelse, at selskabet var ved at indhente yderligere akter til brug for fornyet vurdering, og at klageren var informeret herom.

Nævnet har også lagt vægt på selskabets oplysninger om, at det var akterne fra det andet selskab – som selskabet egenhændigt indhentede – og den nye forelæggelse for lægekonsulenten, der førte til, at der blev udarbejdet en speciallægeerklæring, og at det var denne speciallægeerklæring, der førte til selskabets ændrede afgørelse.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at det er udgangspunktet, at hver part bærer egne omkostninger under sagens behandling for nævnet, og at der efter nævnets vurdering ikke er forhold i sagen, som begrunder en fravigelse af dette udgangspunkt.

Det som klageren i øvrigt har anført – herunder om fraværet af klagevejledning i selskabets brev af 9/1 2018 – kan ikke føre til et andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Ankenævnet *for* Forsikring

12.

95744



Jens Kruse Mikkelsen

formand