

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 30. november 2022 blev i sag nr. 97278:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har rejseforsikring. I klageskema af 9/9 2021 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Tryg har fået oplyst fra hospitalet at hvis der ikke bliver sat en behandling i gang vil det kunne føre til alvorlige men, Tryg læge vælger derfor jeg skal til Danmark, men her aftaler deres læge med øjenlægen at der ikke skal gøres noget. Det har så ført til et alvorligt mén. Tryg afviser en lægelig undersøgelse som kan vise om der er Årsagssammenhæng mellem ulykken og dine gener, dette er de meget bedret til selv at vurdere. Der forligger ny lægelig undersøgelse, som Tryg ikke er interesseret i, da de heller vil havde at ATP/ASE skal afgøre sagen uden en lægelig undersøgelse.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Tryg skal betale mén erstatning.

Tryg bør også betale for den læge undersøgelse der viser om der er mén. Tryg bør betale for behandling som allerede første gang blev oplyst fra hospitalet var nødvendig, men deres læge afviste, for at spare penge til Tryg."

Klageren har i brev af 6/10 2021 til nævnet supplerende bl.a. anført:

"Jeg kan forstå, at Tryg ikke har haft nogle kommentarer til sagen. Derfor fremsender jeg her den lægeundersøgelse Som er fortaget på [udenlandsk hospital]. D. 22. jun. 2021

Jeg kan oplyse at jeg først skrev til [udenlandsk hospital], for at høre om jeg blot kunne få en udtalelse fra dem, om der kunne være årsagssammenhæng, for det mén jeg har i dag, og den skade der skete jeg fik i 2019, uden jeg behøvet at tage til [udenlandsk hospital] og blive undersøgt igen. Her fik jeg så oplyst at det var slet ikke udtale sig om, uden der blev lavet en grundig undersøgelse, da der kunne være opstået nye skader, eller sygdom.

Jeg forstår så ikke at Tryg mener at de kan afgøre sagen uden en lægelig undersøgelse, eller blot kan betale ASE/ATP for at lave en juridisk vurdering, som udelukkende bliver truffet ud fra de oplysninger som forsikringen sender til dem.

Jeg har desværre haft en sag hos ASE/ATP vedrørende min benskade. For en del år siden.

Her fandt jeg så ud af at jeg slet ikke blev hørt i sagen før de havde lavet en afgørelse. Da jeg så efter deres afgørelse fik aktindsigt i sagen, viste det sig at de oplysninger forsikringen (ikke Tryg) havde sendt var direkte forkerte, og mangelfulde. Jeg henvendte mig derfor til ASE/ATP da sagen var afgjort på et forkert grundlag. Jeg fik så oplyst fra ASE/ATP at sagen var afsluttet, men jeg kunne kontakte min forsikring, og høre om de ville have genoptaget sagen, men stadigvæk kunne jeg ikke få lov at sende de oplysninger jeg havde i sagen, da det kun er forsikringen der kan skrive til dem. Og derfor kun er hvad forsikringen skønner er nødvendige i sagen. Forsikringen ønsket selvfølgelig ikke at få genoptaget sagen, da de 'slap' med en forhøjelse på 3,5%. Jeg klagede derfor til ASE/ATP over denne afgørelse, og ville derfor også gerne have oplyst hvilken speciallæger der havde behandlet sagen. Her fik jeg så oplyst at ASE/ATP slet ikke har nogle læger ansat, men udelukkende brugte de lægelige oplysninger forsikringen sendte. Samtidig fik jeg oplyst at sagen ikke kunne køres til en højre instans eller domstole. Ikke nok med det, jeg får [pension], og ca. et ½ år efter denne sag, hvor jeg taler med Udbetaling Danmark som også hører under ATP, bliver der refereret til den afgørelse som ASE/ATP har truffet i sagen om min skade i benet. Her får jeg så oplyst at da det hører ind under samme selskab ATP, er det meget normalt at de også har adgang til de data. Derfor har jeg meddelt Tryg ikke ønsker en udtalelse fra ASE/ATP.

Tilbage til undersøgelsen, som Tryg ikke vil have.

Jeg har fra starten af tilbudt Tryg at jeg kunne komme til en undersøgelse i Danmark eller her hvor jeg bor i [udland]. Dette er dog blevet afvist af Tryg, da de mener de er bedre til at vurdere sådanne en sag uden indblanding fra lægefaglig kompetence.

Da det så også begyndte at lukke ned her i [udland] hvor jeg bor, grund af Corona, valgte jeg derfor selv at betale/lægge ud for en lægeundersøgelse, mens det kunne lade sig gøre at tage til [udenlandsk hospital]. Her blev jeg så undersøgt på kryds og tværs, da man skulle være helt sikker, om der var andre skader eller sygdom der kunne være årsag til mit Mén, før man ville komme med en udtalelse. Dette tog lidt over 6 timers med alle undersøgelser, så man må sige de var meget grundige.

Her fandt man så ud af at der ikke var nogle sygdomme eller andre skader på mine øjne, og det udelukkende var de samme symptomer som da jeg kom til skade, i 2019. Derfor kunne de sige at det stammede fra skaden i 2019. De mente derfor at den behandling jeg blev hentet hjem til Danmark for at få ikke havde hjulpet. Da jeg så oplyste til dem, at der slet ikke blev igangsat nogle behandlinger i Danmark, var de meget uforstående over dette, da de jo netop havde talt med den Danske forsikringslæge, og oplyst at det var vigtigt med behandling, for at det ikke skulle blive til et alvorligt mén.

Det bekræftes også at lægen fra forsikringen, i den anden sag der kører hos jer lige for tiden, at det var en alvorlig skade og det ville være en dyr behandling, derfor ville man have mig til Danmark.

Jeg har derfor rykket Tryg for at få aktindsigt i den lægelige journal. Har oplyser Tryg så nu, at der slet ikke findes sådan en, da deres læge ikke har været inde over sagen, eller har talt med nogle. Det vil så sige at [udenlandsk hospital], Den Danske Øjenlæge, Den logger forsikringen selv har lavet, og jeg, er fulde af løgn når vi alle påstår at vi har talt med forsikringens læge. Eller måske er det Tryg der igen ikke taler sandt, for at undgå at udlevere oplysninger i sagen.

Jeg skal derfor oplyse at jeg fastholder mit krav om Mén erstatning.

Det der kan diskuteres er, A 5.7. fra méntabellen, om hvor mange procent mén der skal gives for et dobbeltsyn vertikal, der ikke kan korrigeres med briller. Da méntabellen kun tager udgangspunkt, for dobbeltsyn horisontal, der kan korrigeres med briller. (Dobbeltsynet vertikal fremgår også af de vedhæftede billeder i læge undersøgelser fra [udenlandsk hospital] af 22 jun. 2021)

Derimod kan man ikke være i tvivl om hvor mange procent der skal gives i synsstyrke nedsættelse, da A 5.1 er meget præcis på dette område. Synets nedsættelse fremgår af den lægelige undersøgelse fra [udenlandsk hospital] af 22 jun. 2021

Udgifter til lægelig undersøgelse, for at fastslå om der er årsagssammenhæng, og fastsættelse af mén. Udgifterne fremgår af fremsendt materiale af 6 okt. 2021)

Betaling for behandling der måske kan redde den smule af synet der er tilbage i dag (Beløbet som forsikringen faktisk skulle havde betalt i 2019, men valgte at spare på bekostning af mit syn.)"

Selskabet har i brev af 13/12 2021 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen er behandlet efter forsikringsbetingelserne for enkeltrejseforsikring nr. 1406, som også indeholder en ulykkesforsikring.

Klager har anmeldt at en gren er vippet ind i hans øjne og han som følge af dette har fået dobbeltsyn, kvalme og hovedpine.

Twisten for nævnet omhandler hvorvidt disse gener kan henføres til det anmeldte ulykkestilfælde.

Sagsforløb

Klager anmelder telefonisk den 21. januar 2020, at han den 23. august 2019 er kommet til skade med øjnene, da en gren er svippet ind i dem. Vi bad klager om at udfylde en skriftlig anmeldelse med en nærmere beskrivelse af hændelsen, hvilket vi modtaget nogle dage senere.

Af den skriftlige anmeldelse fremgår følgende om hændelsen:

Ulykkestilfælde

Skadeårsag bedes besvaret med en klar beskrivelse af de omstændigheder, der fremkaldte skaden.

Skaden skete da jeg var ude at gå tur, (Heldigvis ikke alene) Det var muligvis en ...-fælde der blev udløst og en stor gren svipper ind i hovedet på mig med stor kraft, og rammer mig i øjnene.

Jeg har fået oplyst at jeg var bevidstløs i ca. 5 minutter

I brev af 14. februar 2020 meddelte vi klager om, at skaden var dækket på hans ulykkesforsikring.

Vi indhentede herefter sagens lægelige akter fra [udland].

Af disse fremgik, at klager var blevet ramt i panden af en gren og at der efterfølgende kunne ses et rødt mærke.

Sagen blev herefter gennemgået i samråd med vores lægekonsulenter.

På baggrund af dette meddelte vi i brev af 25. marts 2020 klager om, at vi vurderede at den anmeldte hændelse ikke i sig selv havde været så voldsom, at den var egnet til at medføre varige gener. Vurdering blev baseret på, at den fysiske påvirkning hvor klager blev ramt af en gren i panden, ikke i sig selv er stor nok/egnet til at forårsage personskaade. Derudover er der ikke i de lægelige akter beskrevet nogen hændelse som kan give gener i form af hovedpine, kvalme og dobbeltsyn.

Skadeafdelingen vurderede derfor det varige mén til mindre end 5% pga. manglende årsagssammenhæng.

Klager var imidlertid uenig i denne vurdering, hvorfor vi foreslog at betale en forelæggelse for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og dermed få en objektiv og uvildig vurdering af sagen. Dette har klaget ikke ønsket.

Vurdering

Efter at sagen er indbragt for Ankenævnet for Forsikring, har vi foretaget en fornyet gennemgang af sagen. Vi fastholder, at der ikke er godtgjort en sammenhæng mellem det anmeldte ulykkestilfælde og de gener som klager oplever i form af hovedpine, kvalme og dobbeltsyn.

Vi har foreslået at betale en forelæggelse for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, hvilket klager ikke har ønsket. Vi må derfor, på det foreliggende grundlag, fastholde vores afgørelse i sagen. Såfremt klager måtte ønske det, er vi dog fortsat indstillede på at oversende sagen til uvildig vurdering i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og betale de omkostninger som er forbundet med dette."

Klageren har i brev af 22/12 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg syntes det kan være lidt svært at finde ud af om det er den samme sag vi taler om, når i ikke forholder jeg til det Jeg skriver. Så derfor har jeg lige nogle spørgsmål, jeg gerne vil have i forhold jer til. Og ja hvis i ikke har nogle kommentere til det jeg skriver, må det betyde at i er fuldstændig enig med mig, i det jeg skriver.

1. Jeg forstår ikke at i mener at den skade jeg fik i 2019 ikke er så alvorlig at den kan give noget mén. I fik jo oplyst allerede i 2019 at det var nødvendigt med behandling, hvis det ikke skulle blive til et alvorligt mén. Er det ikke rigtig?
2. Da jeg blev undersøgt på [udenlandsk hospital], Øjcenter, Blev der undersøgt om der var andre sygdomme eller skader der kunne have indvirkning på mit Dobbeltsyn. Her fandt man

ud af at det var der ikke og at det udelukkende skyldtes den ulykke jeg var ude for. Er det ikke rigtig?

3. Da vi er uenige om at der er årsagssammenhæng, er det kun en undersøgelse på øjenhospitalet der kan afgøre dette. Jeg har derfor meddelt i 2020, da det var muligt at rejse til Danmark at jeg gerne ville have en lægelig vurdering, og der var årsagssammenhæng, eller om det skyldtes andre ting at mit syn var blevet så meget nedsat. I har dog ikke været interesseret i en lægelig undersøgelse, da i mener at i er meget bedret til at vurdere sådan noget uden en undersøgelse.
4. **I skriver:** Vi vurderede at den anmeldte hændelse ikke i sig selv havde været så voldsom, at den var egnet til at medføre varige gener. Vurdering blev baseret på, at den fysiske påvirkning hvor klager blev ramt af en gren i panden, ikke i sig selv er stor nok/egnet til at forårsage personskade. Derudover er der ikke i de lægelige akter beskrevet nogen hændelse som kan give gener i form af hovedpine, kvalme og dobbeltsyn. Skadeafdelingen vurderede derfor det varige mén til mindre end 5% pga. manglende årsagssammenhæng.
5. Jeg ved ikke lige hvordan i kommer frem til at beskrive hændelsen på den måde. Når lægerne er kommet frem til det modsatte, og i glemmer også lige at skrive at grenen er ca.5 cm+ tyk, og jeg bliver ramt med så stor kraft, at jeg bliver slået bevidstløs, og der bliver konstateret at jeg har samtidig har fået hjernerystelse. Dette er også bevist ved en scanning, samt jeg har fået dobbeltsyn. Samtidig bliver der undersøgt om der er sygdomme eller andre ting der kan være skyld i mit dobbeltsyn, samt synsnedsættelse, her konstaterer man at det er der ikke. Det er kun Jer der omtaler at det er hovedpine, og kvalme, dobbeltsyn. Jeg har anmeldt det som dobbeltsyn, og synsnedsættelse.
6. **I skriver om sagsforløbet:** Sagsforløb Klager anmelder telefonisk den 21. januar 2020, at han den 23. august 2019 er kommet til skade med øjnene, da en gren er svippet ind i dem. Vi bad klager om at udfylde en skriftlig anmeldelse med en nærmere beskrivelse af hændelsen, hvilket vi modtaget nogle dage senere. Af den skriftlige anmeldelse fremgår følgende om hændelsen:
7. Ja jeg kan se på den måde at i skriver sagsforløbet på at i allerede har gjort klar til at sende sagen til ATP. For det 1. så sker skaden ikke d. 23. august 2019 men den 27. marts 2019. for det 2. bliver skaden ikke først anmeldt d. 21. januar 2020. men allerede under 48 timer efter jeg er kommet til skade. For det 3. så mangler der jo alt hvad der ellers er sket i sagens forløb. Jeg forstår godt at i helst vil have at sagens forløb, ser ud som i skriver, at der skulle være gået over et halvt år fra jeg kommer til skade og til at det bliver anmeldt til jer, og der ellers ikke er sket mere i sagens forløb. Jeg går ud fra at i er enige med mig i at det er totalt misvisende det i skriver.
8. Jeg skriver allerede til jer d. 26. januar 2020 at hvis der er behov for en lægelig undersøgelse at hvor meget mit syn er blevet nedsat, vil jeg selvfølgelig have dette, og jeg anbefaler at det bliver på [udenlandsk hospital], da de har en meget anerkendt øjencenter. I afviser dog at der skal laves en rigtig undersøgelse, da i er meget bedret til at vurdere sådan noget uden en lægeundersøgelse. Da i så afviser min sag for 2. gang og ikke er interesseret i en undersøgelse, vælger jeg selv at betale/lægge ud for en undersøgelse, som kan fortælle om de mén jeg har stammer fra den ulykke jeg havde i 2019. Samt fortælle hvor meget mit syn er nedsat. Her

Ankenævnet for Forsikring

6.

97278

kommer man frem igen frem efter en meget grundig undersøgelse, at der ikke er nogle sygdomme i mine øjne, og der ikke er sket andre skader på mine øjne, som kan være skyld i mit dobbeltsyn, samt synsnedsættelse. Undersøgelsen er fremsendt som dokument til sagen, ...

9. Som det fremgår af lægeundersøgelsen er mit syn blevet nedsat til 6/60 og 6/48 som svarer til et mén på 70% i mén tabellen A.5.1. og hvis man skal følge tabellen, forhøjes til 75%. ligeledes er der konstateret svært dobbeltsyn, der ikke kan korrigeres med briller ifølge mén tabellen starter det ved 10% for alm. Dobbeltsyn. Ifølge erstatnings advokater vil det i dette tilfælde godt kunne udløse 25%. Dette er dog noget Ankenævnet for forsikring må tage stilling til.

10. Med hensyn til at i gerne vil have at det er en afdeling ved ATP der skal afgøre sagen. Som i skriver: Jeg skal intet foretage mig, jeg vil høre når der er kommet en afgørelse. Ja jeg ved godt at det KUN er forsikringen der kan sende oplysninger til undersøgelse, jeg vil på intet tidspunkt blive hørt, og selv om jeg måske har nogle oplysninger jeg gerne vil have med, kan jeg ikke sende oplysninger i sagen lige som her ved forsikringsankenævnet. Og når man ser hvordan i misinformerer forsikringsankenævnet med hensyn til sagsforløbet, forstår jeg godt hvorfor i helst vil have at jeg ikke skal have indflydelse på hvad der ligger til grundlag for sagen.

Så jeg fastholder mit krav om at få udbetalt den rigtige mén grad, Samt at i skal betale for den lægeundersøgelse der er blevet lavet, og for den behandling som i ikke ville betale, da i heller ville spare de penge, selv om jeg var forsikret og havde ret til den behandling som lægerne anbefalet.

I bør venligst forholde jeg til de 10 punkter, og er der noget I er uenig, må i lige skrive hvad og hvorfor."

Selskabet har i brev af 4/2 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Vi skal beklage, at vi i vores svar til nævnet af 13. december 2021 desværre er kommet til at oplyse skadedatoen til den 23. august 2019. Den korrekte skadedato er, som også anført af klager, den 27. marts 2019.

Klager har i sine bemærkninger til nævnet anført, at han ikke ved en forelæggelse for AES vil blive hørt i sagen. Vi skal i den forbindelse oplyse, at klager får fuld adgang til sin sag hos AES og også selv har mulighed for at uploade materiale på sagen. Vi vil derfor fortsat foreslå, at sagen bliver sendt til uvildig vurdering hos Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Vi har ikke yderligere bemærkninger til det af klager fremsendte og henviser i det hele til vores tidligere svar til nævnet af 13. december 2022."

Klageren har i brev af 15/2 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Nu er det jo ikke sådan at sagen handler om, om der er en vejledende udtalelse, fra et af ATP mange selskaber. Jeg er sikker på at Ankenævnet for Forsikring udmærket kan afgøre sagen, uden sådan en vejledende udtalelse.

Jeg har heller ikke yderligere bemærkninger til sagen eller Tryg's svar, eller mangel på samme. Jeg henviser til den meget grundige speciallægeundersøgelse, som er fremsendt den 6. oktober 2021

Ankenævnet for Forsikring

7.

97278

som helt klar viser at der ikke er nogle sygdomme, eller andre skader, der kan have indvirkning på det mén som man er kommet frem til at jeg har fået efter ulykken 27. marts 2019. Samt til den dokumentation på de udgifter der har været i forbindelse med undersøgelsen, som ligeledes er fremsendt den 6. oktober 2021

Jeg skal derfor anmode Ankenævnet for Forsikring om at afgøre sagen."

Selskabet har i besked af 1/4 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget klagers yderligere bemærkninger til sagen. Det er fortsat vores vurdering, at der ikke er årsagssammenhæng mellem klagers aktuelle gener og det anmeldte ulykkestilfælde. Vi har til orientering vedhæftet vores interne lægeark. Da klager er uenig i vores lægefaglige vurdering af hvorvidt det pågældende traume kan forårsage de gener han aktuelt har, vil vi fortsat fastholde at det vil være hensigtsmæssigt at sende sagen til vurdering i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES). Vi vil dog ikke oversende sagen til AES uden klagers samtykke."

Til dette har klageren fremsendt brev af 16/5 2022, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg havde tænkt mig at skrive jeg ikke har mere til sagen.

Men jeg må desværre indrømme at jeg bliver nødt til at svare på jeres nye påstande, da i direkte er fulde af løgne IGEN. Men det kan Ankenævnet for forsikring jo ikke vide hvis jeg ikke tager afstand fra hvad i skriver.

Og da I ikke vil skrive Sagens rigtige forløb bliver jeg jo nødt til dette, så Ankenævnet har de rigtige oplysninger.

I skriver: *Der er i den [udenlandske] jr. dokumentation for, at skli. har været udsat for et lettere traume, da han blev ramt af en gren i panden. Der blev d. 27.03.2019 objektivt fundet rødme og hævelse sv.t. den nederste del af ve. side af panden, men der forligger ikke dok. for øjensskade.*

Det er direkte løgne. I har ikke noget dokument der siger sådan, det er noget i selv dikter. Skaden skete d. 27/3 om aftenen. Dagen efter bliver jeg tilset af en lokal læge som siger at jeg er nødt til at tage til et større hospital, da de ikke har udstyr til sådanne skader. Jeg kontakter derfor Tryg Alarm de. 28/3 og siger hvad der er sket, og at jeg bliver nødt til at komme på et større hospital akut. Dette vil så ikke acceptere, I vil først have en samtykkeerklæring, og undersøgt om jeg skulle være behandlet for øjenssygdomme før jeg rejste til [udland]. Jeg må derfor vente på jeg kan få printet de dokumenter ud og sende retur, til jer, før i vil gå ind i sagen.

Den 29/3 har jeg så de oplysninger klar til jer og sender dem til jer. Jeg ringer derefter til jer, og her beslutter i så at jeg først skal undersøges på et hospital i [by 1]. I ville finde ud af hvilken hospital jeg skulle tage til og vende tilbage. Vi skulle bare gøres os klar og skaffe en bil der kunne køre os. Vi skaffede en bil, men da han havde ventet i 3 timer, kørte han igen. Jeg ringede derfor og rykkede, her fik jeg oplyst at det var jeres kontor i [by 2] der stod for det, og i ville kontakte dem.

Jeg blev så ringet op og i oplyste til min kæreste hvilken hospital vi skulle tage på, Hun oplyser til jer at det er det offentlige hospital, hvor hun har mange venner der arbejder. Det hospital er et offentligt hospital, beregnet til [lokale] personer der ikke har penge til at tage på et privat hospital. De har bestemt ikke de bedste læger, og slet ikke i weekenden. Men i fastholder at det skal være dette hospital, og I sender samtidig navnet på hospitalet samt adressen på SMS.

Da vi kommer til hospitalet, får vi oplyst at øjenlægen først er der mandag. Vi ringer derfor til jer igen, her aftaler i så med hospitalet at de har en der har læst til øjenlæge i et år på afdelingen og hun kan da godt prøve at kigge på mig. Da vi så kommer til afdelingen, får jeg så oplyst at den eneste maskine de har til at undersøge øjne med er brudt sammen, og de har ansøgt [udenlandsk] regering om tilladelse til at importere en ny maskine. Så hun kan kun undersøge mig en lomme-lygte. Og nej der forligger ikke dok for øjenskade, eller dobbeltsyn, da de ikke har udstyr til at undersøge dette.

Efter at havde rykket jer for hvad der nu skal ske. Beslutter i så d. 30/3 at jeg skal undersøges på [udenlandsk hospital] Hvor de har et af [udlands] bedste Øjencenter, som rent faktisk er på top-300 på WHO liste ud af over 40.000 øjencenter.

Her bliver jeg så undersøgt d. 3.apr. 2019

Da jeg er færdig med undersøgelser den første dag, kan jeg ikke få lov at gå, da min forsikring nægter at betale. Jeg må derfor ringe og høre hvad der lige sker, her får jeg så oplyst at det er Tryg's afdeling i [by 2] der står for dette, og at man vil kontakte dem med det samme, får at få det løst. Der går ca. 1 time og så kommer de igen fra hospitalet og oplyser at de lige har talt med forsikringen igen, og her fastholder man at de ikke vil betale. Jeg må derfor igen ringe til Tryg, her undskylder man og lover at de nok skal få rettet fejlen hurtigt. Efter at havde ventet i 3 timer mere, vælger jeg derfor selv at stille bankgaranti så jeg kan komme hjem.

Jeg bliver så kontaktet d. 4. apr. først fra [udenlandsk hospital], hvor man oplyser at deres læge har talt med lægen fra Danmark. Her har man så forklaret den Danske læge hvorfor det er så vigtigt med en CT-scanning. Og at lægen i Danmark er gået med til dette, og man også vil betale få de andre undersøgelser.

Der går så et par timer og jeg bliver ringet op fra [alarmcentral], og fortæller mig at deres læge har talt med [udenlandsk hospital] og er blevet enige om at jeg skal CT-scannes.

CT-scanningen viser at jeg har fået en hjernerystelse, som kan være skyld i mit Dobbeltsyn.

[Udenlandsk hospital] oplyser så til jer at mit dobbeltsyn kræver behandling, hvis det ikke skal udvikle sig et alvorligt mén, samt tab af syn. Der bliver oplyst, der bliver også oplyst at denne behandling tager tid og er bestemt ikke billig.

Desværre vil Forsikringen ikke betale for at jeg bliver behandlet, men I vil se tiden an, hvordan det udvikler sig.

Da mit syn ikke bliver bedret rykker jeg derfor flere gange [alarmcentral] for at der skal ske noget.

I vælger derfor at jeg skal til Danmark for at få en undersøgelse.

Dette accepterer Jeg, da det jo begynder at være et problem for mig.

Jeg spørger derfor hvor jeg skal til undersøgelse, men får oplyst at jeg er nødt til at kontakte egen læge, som så skal henvise til en øjenlæge, da det ikke er noget I kan gøre. Det viser jeg så at det er stort set umuligt at finde en øjenlæge med under 3 månedernes ventetid. Jeg ringer derfor og oplyser dette til jer, og her forslår I at jeg kontakter [øjnlæge]. Dette gør jeg så og får en tid allerede nogle dage efter.

Desværre er det ikke den bedste oplevelse at være hos [øjnlæge], Da jeg fortæller ham at mine papirer allerede er sendt til [hospital] øjenafdeling af min egen læge for at høre hvad der kunne gøres. Her siger man til min læge at jeg skal forbi en øjenlæge og han skal så henvise mig til [hospital].

Dette bliver [øjnlæge] så sur over, og oplyser at det er noget han selv afgør, og ja det er da rigtig nok. Jeg giver så den rapport som at blevet på [udenlandsk hospital], men han giver mig den tilbage uden at ville se på den, og han siger så er [udland] jo et uland og de ved ingen ting. Jeg får derefter oplyst at han ikke har mere tid til mig, og jeg skal få en ny tid. Så det var ikke meget undersøgelse, ca. 5 minutter.

Da jeg så kommer igen en uge efter er der afsat 15 minutter, og igen gider man ikke måle tryk på øjnene man oplyser at det er sikkert 20,0 på begge øjne, Han kigger så i begge øjne og siger der ikke er nogle sygdomme at se. Da jeg ikke kan se de ting i en bog med special briller på kan jeg mærke at han bliver sur på mig. Jeg får derefter at vide at han har talt med lægen ved [alarmcentral], og de er blevet enige om at der ikke skal gøres mere, og jeg bare skal have en beroligende samtale. Samt at mit dobbeltsyn nok går over af sig selv.

Dette er jeg godt tilfreds med, og ringer derfor til [alarmcentral] læge, da jeg syntes det er underligt at de laver sådan en aftale med øjenlægen før jeg er blevet undersøgt. Her får jeg så oplyst at man er ganske tilfreds med den undersøgelse som er lavet, og jeg skal følge de anvisninger som de kommer med, ellers dækker forsikringen ikke.

Der bliver derfor aftalt at jeg kan tage tilbage til [udland].

Da jeg bestemt ikke føler at det er seriøst der forgik ved øjenlægen vælger jeg derfor at tage til [optiker] hvor de kan måle tryk på øjnene, her bliver så målt det samme som på [udenlandsk hospital] en trykforskel på 4,3. og man oplyser mig om at de skal anbefale mig at søge øjenlæge hvis der er en forskel på 3 og derover.

Jeg skriver derfor en skriftlig klage til [alarmcentral] da jeg kommer tilbage til [udland], samt dok. På den undersøgelse [optiker] havde lavet. Her oplyser man så at vi må vente og se om jeg har noget mén når der er gået et år.

Jeg kontakter jer derfor da der er gået et år, da jeg stadigvæk lider af dobbeltsyn og synsnedsættelse. Og oplyser at jeg gerne vil til en undersøgelse som kan fastsætte hvor galt det står til.

Efter et stykke tid, får jeg så en mail hvor I oplyser at I har vurderet at det højest kan give et mén på under 5%. Og i samtidig mener at skaden er så lille at den ikke kan medføre mén. I mener samtidig at der må være andre årsager til mit dobbeltsyn og synsnedsettelse.

Dette er jeg ikke enige i. Da i allerede første gang jeg blev undersøgt på [udenlandsk hospital], fik oplyst at det var nødvendigt med behandling, hvis det ikke skulle blive til et alvorligt mén, og det ikke var en billig behandling, der skulle laves.

Jeg vil derfor gerne havde lavet en lægelig undersøgelse som kunne fastslå om der er andre ting der kan have indvirkning på mit syn. Dette afviser dog at der skal laves.

Jeg klager derfor over jeres afgørelse igen, og beder samtidig om fuld aktindsigt i min sag. Samt udlevering af logger, telefonsamtaler og korrespondance mellem jer, samt jeres læge, til [udenlandsk hospital], samt den Danske øjenlæge, og mig.

Da min første klage blev sendt allerede 1 uge efter at jeg havde været hos den Danske øjenlæge, har i pligt til at opbevare samtlige Data i sagen til den er afsluttet, dette står også i jeres regler om datahåndtering. Her vælger i så at oplyser så at det ikke er jeres regler der gælder men [alarmcentral] regler, og hos [alarmcentral] sletter man alle samtaler 3 måneder efter uanset om der er en sag. Da jeg har tegnet min forsikring hos Tryg og ikke hos [alarmcentral] er jeg ikke enig i den påstand, at der er [alarmcentral] regler der gælder.

Jeg oplyser til jer at jeg ikke er enig i jeres afslag nr. 2. Samt oplyser igen at det er helt forkert af jer at i afviser en lægelig undersøgelse.

Jeg vælger derfor at kontakte [udenlandsk hospital] for om de som oplyst i jeres læge rapport kan fastholde at mit dobbeltsyn og synsnedsettelse kan skyldes den ulykke jeg havde i 2019. De afviser dog at ville udtale sig om dette, uden en grundig undersøgelse.

Da jeg er af den opfattelse, og en grundig undersøgelse på et meget anerkendt hospital, må være den bedste måde at finde ud af om der er en sammenhæng mellem den skade jeg pådrog mig i 2019, og de mén jeg har i dag. Vælger jeg selv at lægge ud for sådanne en undersøgelse.

Denne undersøgelse viser et helt klart sammenhæng, og at der ikke er opstået nogle sygdomme eller skader siden skaden. Ligeledes viser undersøgelsen også hvor meget mit syn er blevet nedsat, og jeg fortsat lider af alvorligt dobbeltsyn, og de også oplyste jer om i 2019.

Desværre nægter i at forholde jeg til en undersøgelse, fortaget af øjenlæger, som virkelig er specialister i øjenskader. I mener at i som Jurister er bedre til at bedømme øjenskader, uden en undersøgelse er nødvendig.

Jeg kan oplyse at I (Tryg kvalitet) skriver til mig d.16. aug. 2021:

Vi skal på ny orientere dig om, at vi ikke har yderligere dokumenter/akter liggende, som du ikke har fået tilsendt en kopi af. Det gælder både akterne fra [alarmcentral] og Tryg. I den forbindelse kan jeg bemærke, at vores/[alarmcentrals] lægekonsulenter ikke har korresponderet med lægerne i [udland] eller Danmark, hvorfor der ikke foreligger oplysninger, som du mangler at få udleveret.

Ankenævnet for Forsikring

11.

97278

Det vil så sige at [udenlandsk hospital], den danske øjenlæge samt [alarmcentral] logger, og jeg er fulde af løgn når vi alle påstår det modsatte? Og ja nu eksister den rapport, som i ellers siger var grundlaget til at i hentet mig til Danmark ikke mere.

Jeg syntes det er underligt at I skriver d. 1.apr 2022 at det er jeres lægefaglige vurdering, der ligger til grund for jeres afslag på erstatning.

I skriver i begge afslag at det er en vurdering I har lavet i Tryg ulykke/skade. Og her er jo ikke ansat nogle læger. Så hvor kommer jeres lægefaglige fra? I vedhæfter også et **nyt** dokument i sagen som ikke eksisterer i sagen da i sendte aktindsigt. Og da i påstår d. 16. august 2021 at der ikke er findes mere end det i har sendt, må det jo være fremstillet efter denne dato. Samt igen er der mange fejl og mangler i jeres sagsforløb.

I skriver at: *har været udsat for et lettere traume, da han blev ramt af en gren i panden.*

Jeg ved ikke om man kan kalde det for et lettere traume, ulykken svare til at man bliver ramt at et bat på 5 cm. brede med stor kraft i hovedet, og man bliver slået bevidstløs i 5 min.+

Prøv at sammenligne min forklaring med sagens forløb med jeres sagsforløb

...

Jeg forstår godt med jeres fremlægning af sagens forløb at i heller vil havde en vejledende udtalelse, som vil blive lavet ud fra de oplysninger i sender i sagen, i stedet for at i skal forholde jer til en lægeundersøgelse.

Og ja vi bliver nok aldrig enige, med jeres forhold og manglende oplysninger i sagen.

Da der nu forligger en speciallæge undersøgelse fra [udenlandsk hospital], som helt klart viser at der ikke er opstået nogle sygdomme eller andre skader som kan havde indvirkning på de mén jeg har i dag, og som også helt klart viser hvor meget mit syn er blevet nedsat på grund af skaden, og jeres manglende vilje til at yde den hjælp som jeg havde betalt for.

Det der kan diskuteres, er hvor mange % mén der skal gives for alvorligt dobbeltsyn i lodret. Her må man nok forholde sig til de domsafsigelser der findes i forvejen på området. Jeg har fået oplyst fra erstatningsadvokater at det plejer at være 25% og op.

Da mén tabellen er meget præcis på området med synsnedsættelse, skal man bare forholde sig til mén tabellen.

Med hensyn til om i skal betale for den behandling som i allerede i 2019 fik oplyst var nødvendig, og stadigvæk er nødvendig, for at jeg kan beholde en smule syn jeg har tilbage i dag, ved jeg ikke om det falder uden for forsikringsnævnet kompetence, så det er noget ankenævnet må tage stilling til.

Jeg har ikke yderligere oplysninger til sagen."

Hertil har selskabet i besked af 28/6 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har noteret os klagers yderligere bemærkninger til sagen. Vi mener fortsat, at det i denne sag hvor der er så stor uenighed om årsagssammenhængen, vil være hensigtsmæssig at få en uvildig vurdering hos Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Da kunden ikke er indstillet på at få sagen vurderet i dette regi, må vi på det foreliggende grundlag fastholde vores tidligere afgørelse."

Nævnets sekretariat har den 23/8 2022 bedt selskabet kommentere klagerens krav om betaling af behandlingsudgifter. Selskabet har i brev af 22/9 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Klageren har i klageskemaet bl.a. anført, at selskabet bør betale for behandling, som allerede første gang blev oplyst af hospitalet [udland] var nødvendig.

Selskabet opfatter dette som om, at klageren ønsker erstatning for nogle oprindelige behandler, som ifølge ham skulle have været nødvendige umiddelbart efter skaden, men som han ikke fik.

Til brug for vurdering af sagen vedrørende ulykkesdækningen på enkeltrejseforsikringen, indhentede selskabet klagerens journaler. Journalerne fremlægges som **bilag A**.

Heraf fremgår det, at klageren fik foretaget en CT-skanning i [udland]. Derudover fremgår det, at klageren den 4. april 2019 blev vurderet 'fit to fly without medical escort'.

Journalen nævner intet om anbefalet yderligere behandlinger eller lignende.

Som det i detaljeret grad er gennemgået i klagerens tidligere sag ved Nævnet – sag 95534 – så har selskabet dækket klagerens omkostninger til den indledende behandling i [udland], rejse på businessclass hjem til Danmark, samt rejse på businessclass tilbage til [udland].

Selskabet har således udbetalt 14.344,32 kr. til klageren, og 44.792,64 kr. til [alarmcentral] for de udgifter, de har afholdt i sagen.

Da klageren kom til Danmark, blev han tilset af en øjenlæge, hvor der den 7. maj 2019 blev konstateret fredelige forhold, og der er intet noteret om behov for yderligere behandling. Dette fremgår også af bilag A.

På baggrund af ovenstående er det selskabets opfattelse, at selskabet har behandlet sagen lægeligt forsvarligt, og at klageren har fået den behandling, der var behov for.

Såfremt klagepunktet omhandler, at klageren fremadrettet ønsker dækning for behandlinger vedrørende sit syn, så skal selskabet bemærke, at rejseforsikringen alene dækker behandling ved akut sygdom eller tilskadekomst, hvilket klageren har fået dækket, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 6.1. Forsikringsbetingelserne fremlægges som **bilag B**."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af en CT-skanning den 4/4 2019 på hospital i udlandet fremgår bl.a.:

"History and Examination

On 27/03/2019 [claimant] accidentally hit his head with a tree branch. He was not unconscious but felt like a brief blackout. There was swelling and redness on his forehead. He then started to have a strong headache everyday with nausea and also experienced double vision. CT brain was done this morning to show [no] ICH and no skull fracture.
He is fit to fly without medical escort.

Diagnosis
(S06.0) Concussion
(H53.2) Diplopia

...

Physician's Recommendations

Patient needs to rest for 7 Days.
From Date 04/04/2019 To Date 11/04/2019

...

IMPRESSION:

- Subtle thin hyperdense lesion at left inferior frontal region about 3-mm in thickness, could be due to minimal SDH or pseudolesion from beam hardening artifact.
- Old lacunar infarctions and severe degree small vessel disease; as described.
- Diffuse brain atrophy; more advance than age.
- Mild mucosal thickening of bilateral frontal and both maxillary sinuses.
- Mild soft tissue swelling at forehead."

Af journalnotat af 29/4 2019 hos egen læge i Danmark fremgår bl.a.:

"Diagnoser:

F00 øje

Kontakt tekst:

AK :

Fået pind slået imod øjne slut marts i [udland]. Undersøgt dernede, lægerne sender ham til DK.
Kendt hjerneskade efter fald 2011 – hvorfor han bor i [udland] og modtager behandling.
[Udenlandsk] læge nervøs pga. forskellige tryk, fortalte at synet kunne blive tunneleret.
Angiver dobbeltsyn, ej smerte.
OBJ: Norm. ega pupil, nat reaktion lys.
Konf BV øjenklinik [hospital] som anbefaler spec. prak."

Af speciallægeepikrise hos øjenlæge i Danmark fremgår bl.a.:

"EPIKRISER:

30.04.19

...

Kom til skade i [udland] hvor han blev ramt af en gren i øjnene

Objektivt:

Syn h. øje: 1,0 med +1,0

ve. øje : 0,8 med +1,0

Kan læse allermindste tekst med +3,0

Tryk 22/22

Coverttest: Ingen indstillingsbevægelse.

Corneareflekser: Egale

Stereotest med TNO: Normal

Autorefr: ca +1,0

Hø. og Ve. øje: Katarakt, normal fundus.

Papiller velafrænsede, med normal farve.

Ingen tegn til øget intracranieelt tryk.

Konklusion: Igen til SF. dil og nyt foto

07.05.19

...

Kommer til SF.

Er generet af dobbeltsyn på afstand.

SF hø/ve. ingen defekter

Stereotest med TNO:

Ser halvdelen af tavle 5 med besvær med læsebriller

Oft. dil: papiller med centrale fysiologiske excavationer

Ingen tegn til glaukom

Ingen corpuskollaps. Nethinderne tilliggende.

Ingen huller eller latticedeg.

Konkl. Fredelige forhold

Beroligende besked"

Af klagerens beskrivelse af undersøgelse af 10/5 2019 hos en optiker i Danmark fremgår bl.a.:

"Tryk måling af mine øjne hos [optiker] i ..., efter at jeg fik oplyst at mit tryk var helt normalt, selv om de havde målt noget andet på Hospitalet i [udland]. Jeg skal lige oplyse at der aldrig blev målt tryk på mine øjne hos øjenlægen da lægen troede det var på 2,0 Dette blev også oplyst til [alarm-central] læge, men her ønsket men mere at tro på en læge der tror. End på direkte målinger. [Optiker] målte et tryk på H. øje på 24,0 og V. øje på 19,3. De oplyste at de skal anbefale at man søger øjenlæge hvis der er mere end 3 i forskel. Men jeg kom jo lige fra en øjenlæge. Og havde lige talt med en læge fra Falck ."

Af vurdering fra selskabets lægekonsulent fremgår bl.a.:

"Der er i den [udenlandske] jr. dokumentation for, at skli. har været udsat for et lettere traume, da han blev ramt af en gren i panden. Der blev d. 27.03.2019 objektivt fundet rødme og hævelse sv.t. den nederste del af ve. side af panden, men der forligger ikke dok. for øjenskade.

Skli. har oplyst, at han i efterforløbet udviklede hovedpine, kvalme og dobbeltsyn.

Undersøgelse ved privat praktiserende øjenlæge i Danmark (...) fandt intet foruroligende og der er specielt ikke beskrevet objektive fund, der kan forklare skli.'s subjektivt oplevede dobbeltsyn.

...

På det foreliggende grundlag er hændelsen (ramt af gren i panden - lettere traume) ikke egnet til at forårsage øjenskade, hvilket harmonerer med, at øjenlæge ikke har fundet tegn på øjenskade. Således ej heller ÅSH."

Af en øjenundersøgelse af 22/6 2021 fra hospital i udlandet fremgår bl.a.:

"History and Examination

Low vision+ Diplopia both eyes

2 years ago the patient was accidentally hit by a wooden object to his head. He had loss of consciousness for 5-10 minutes. There was no evidence of intracerebral hemorrhage or skull fracture but his vision was impaired since then

Corrected VA 20/200+1(6/60) ph not improved, 20/150 (6/48) ph not improved

Slit lamp examination:

normal cornea, NC, lens Nuclear sclerosis grade 1

Fundus normal optic disc, attached retina, macula intact, mild dilated + tortuous veins are observed

Impression: Suspected Cortical blindness

Diagnosis

(H54.2) Low vision, both eyes

(H47.7) Disorder of visual pathways, unspecified"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"6. Grundforsikring

6.1 Sygdom og tilskadekomst

...

6.1.1 Akut sygdom og tilskadekomst

Forsikringen dækker, så du kan få behandling ved akut sygdom eller tilskadekomst, der opstår på rejsen.

Vi kan stille garanti eller sende betaling til hospitalet eller den behandlende læge.

Akut sygdom er sygdom, der opstår pludseligt under rejsen, og som ikke har vist symptomer før afrejse

...

6.1.2

Forsikringen dækker ikke

- i Danmark.

...

6.2 Transport i forbindelse med sygdom og tilskadekomst

Forsikringen dækker, så du kan blive bragt på hospitalet eller transporteret hjem ved akut sygdom, tilskadekomst eller dødsfald, der opstår på rejsen.

Hjemtransport skal være godkendt af vores læge.

...

8. Ulykke

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

8.1 Varigt mén

Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde, og giver ret til erstatning ved varigt mén på 5 % eller derover.

Til brug for vurdering af om en anmeldt skade er omfattet af forsikringen og en eventuel erstatnings størrelse, kan vi kræve lægeundersøgelse i Danmark.

Du skal kunne sandsynliggøre, at ulykkestilfældet skete på ferien.

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

Fastsættelse af méngrad

Méngraden fastsættes, når de endelige følger efter ulykkestilfældet kan bestemmes.

Méngraden kan højst være 100 % pr. ulykkestilfælde pr. person. Méngraden fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel. Det er altid den vejledende méntabel, der gælder på afgørelsestidspunktet, og den der bruges ved fastsættelse af erstatningen. Méngraden fastsættes uden hensyn til dit erhverv og din sociale situation.

Forsikringen dækker ikke

...

- udgifter til undersøgelser, konsultationer, læge- og hospitalsbehandling.

...

- 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.

...

10.1 Erstatning ved sygdom eller tilskadekomst

...

Forsikringen dækker ikke

...

- Fortsat behandling, hvis du nægter at lade dig hjemtransportere, når såvel Tryg Alarms læge og den behandlende læge har besluttet, at hjemtransport skal ske.
- Behandling efter hjemkomsten til Danmark."

Nævnet udtaler:

Klageren rejste til udlandet og var dækket af en enkeltrejseforsikring fra 17/6 2018 til 8/12 2019. Han har anmeldt, at han den 27/3 2019 under en gåtur blev ramt med stor kraft af en stor gren i hovedet og øjnene og var bevidstløs i ca. 5 minutter, og at det formentlig var en fælde, som blev udløst og ramte ham. Han fik dobbeltsyn og kontaktede selskabets alarmcentral

dagen efter. Han blev tilset på et lokalt hospital og på et hospital i hovedstaden, hvor han blev CT-skannet den 4/4 2019 og fik lavet en øjenundersøgelse den 5/4 2019. Alarmcentralen besluttede, at han skulle hjemtransporteres for videre udredning. Selskabet har dækket klagerens flyrejse til Danmark den 26/4 2019. Den 30/4 og 7/5 2019 blev han undersøgt af en øjenlæge, som fandt "fredelige forhold" ved øjnene, og at der ikke var behov for behandling. Selskabet har dækket klagerens returrejse den 10/5 2019. Klageren bor nu i udlandet.

I januar 2020 anmeldte klageren hændelsen den 27/3 2019 og sine synsproblemer til ulykkesdækningen på rejseforsikringen. Selskabet har den 25/3 2020 afslået at yde dækning for varigt mén, idet der ikke er årsagssammenhæng mellem hændelsen og klagerens aktuelle gener. Selskabet har tilbudt at forelægge sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og at betale omkostningerne ved forelæggelsen. Selskabet har anført, at selskabet har dækket den indledende behandling i udlandet i 2019 og klagerens rejseudgifter til Danmark for videre udredning og rejsen retur. Forsikringen dækker alene behandling ved akut sygdom og tilskadekomst.

Klageren ønsker, at selskabet betaler erstatning for varigt mén for dobbeltsyn og nedsat synsstyrke og sine samlede udgifter (transport, ophold og undersøgelse) i forbindelse med en øjenundersøgelse, som han har fået foretaget i udlandet den 22/6 2021. Han ønsker videre dækning for udgifter til behandling af sine synsproblemer.

Klageren har anført, at selskabet ikke har ønsket at få foretaget en lægelig undersøgelse, og at han selv har bekostet øjenundersøgelsen den 22/6 2021. Han har anført, at "Her fandt man så ud af at der ikke var nogle sygdomme eller andre skader på mine øjne, og det udelukkende var de samme symptomer som da jeg kom til skade, i 2019. Derfor kunne de sige at det stammede fra skaden i 2019. De mente derfor at den behandling jeg blev hentet hjem til Danmark for at få ikke havde hjulpet. Da jeg så oplyste til dem, at der slet ikke blev igangsat nogle behandlinger i Danmark, var de meget uforstående over dette, da de jo netop havde talt med den danske forsikringslæge, og oplyst at det var vigtigt med behandling, for at det ikke skulle blive til et alvorligt mén". Klageren har afvist, at sagen forelægges for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring på

grund af dårlige erfaringer med Arbejdsmarkedets Erhvervssikring i en tidligere ulykkessag, hvor sagen blev afgjort på et forkert grundlag, og hvor han ikke kunne få sagen genoptaget.

Af CT-skanning af 4/4 2019 fremgår: "On 27/03/2019 [claimant] accidentally hit his head with a tree branch. He was not unconscious but felt like a brief blackout. There was swelling and redness on his forehead. He then started to have a strong headache everyday with nausea and also experienced double vision. CT brain was done this morning to show [no] ICH and no skull fracture. He is fit to fly without medical escort. Diagnosis (S06.0) Concussion (H53.2) Diplopia ... **Physician's Recommendations** Patient needs to rest for 7 Days. From Date 04/04/2019 To Date 11/04/2019".

Af undersøgelser hos øjenlæge i Danmark fremgår: "30.04.19 ... Ingen tegn til øget intracranielt tryk ... 07.05.2019 ... Er generet af dobbeltsyn på afstand ... Konkl. Fredelige forhold Beroligende besked".

Af vurdering foretaget af selskabets lægekonsulent fremgår: "På det foreliggende grundlag er hændelsen (ramt af gren i panden - lettere traume) ikke egnet til at forårsage øjenskade, hvilket harmonerer med, at øjenlæge ikke har fundet tegn på øjenskade. Således ej heller ÅSH".

Af en øjenundersøgelse af 22/6 2021 på hospital i udlandet fremgår: "Low vision+ Diplopia both eyes 2 years ago the patient was accidentally hit by a wooden object to his head. He had loss of consciousness for 5-10 minutes. There was no evidence of intracerebral hemorrhage or skull fracture but his vision was impaired since then ... Impression: Suspected Cortical blindness".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning for varigt mén med henvisning til manglende årsagssammenhæng mellem hændelsen den 27/3 2019 og klagerens synsproblemer.

Ankenævnet for Forsikring

19.

97278

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at der ved en CT-skanning den 4/4 2019 ikke blev fundet intracerebral blødning (ICH).

Nævnet har videre lagt vægt på, at øjenlægen i Danmark ved undersøgelser den 30/4 2019 og 7/5 2019 ikke fandt tegn til øget intracranialt tryk eller øjenskader og konkluderede, at der var "fredelige forhold" ved øjnene.

Nævnet har også lagt vægt på, at den udenlandske læge i øjenundersøgelsen af 22/6 2021 har gengivet klagerens forklaring om, hvornår hans synsproblemer opstod, og at lægen ikke har udtalt sig om årsagssammenhæng.

Nævnet finder herefter ikke grundlag for at pålægge selskabet at betale for klagerens udgifter i forbindelse med øjenundersøgelsen den 22/6 2021.

Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at dække eventuelle udgifter til behandling af klagerens synsproblemer.

Nævnet bemærker, at klagerens rejseforsikring var i kraft fra 17/6 2018 til 8/12 2019, og at selskabet har dækket de indledende undersøgelser i udlandet og udgifterne til hjemtransport af klageren den 26/4 2019 for udredning i Danmark. Øjenlægen i Danmark fandt ikke en behandlingskrævende tilstand, og selskabet betalte for klagerens returrejse til feriestedet den 10/5 2019. Et eventuelt akut opstået behandlingsbehov i dag dækkes ikke af rejseforsikringen, som ikke længere er i kraft. Ulykkesforsikringen i tilknytning til rejseforsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelser, konsultationer, læge- og hospitalsbehandling.

Nævnet bemærker, at selskabet har tilbudt klageren at forelægge spørgsmålet om årsagssammenhæng for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring uden omkostninger for ham.

Ankenævnet for Forsikring

20.

97278

Med denne bemærkning

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen

formand