

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 18. maj 2022 blev i sag nr. 97408:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Sønderjysk Forsikring G/S
Jens Terp-Nielsens Vej 13
6200 Aabenraa

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 13/10 2021 til nævnet samt i vedlagte bilag har klagerens advokat bl.a. anført:

"Under en fodboldkamp d. 29. april 2017 fik klager en albue i ryggen, hvorefter hans ben låste og han væltede kraftigt omkuld. Klager fik smerter i ben, ryg og blodudtrækninger. Efterfølgende blev smerterne værre og endte i to operationer henholdsvis d. 11. juni 2017 og d. 4. juni 2018.

Efter faldulykken henvendte klager sig til sin ulykkesforsikring hos indklagede med henblik på udbetaling af erstatning for méngrad, men fik afslag på dette.

Indklagedes afslag var baseret på manglende dokumenteret årsagssammenhæng mellem klagers ulykke og de af klager pådragende skader (bilag 1).

Twisten er derfor, hvorvidt der foreligger fornøden årsagssammenhæng og klager er berettiget til erstatning for méngrad.

Klagers opfattelse

Der er uenighed i Sønderjysk Forsikrings afslag på udbetaling af erstatning for méngrad, idet det er klagers opfattelse, at der foreligger den fornødne årsagssammenhæng mellem fodboldkampen og klagers skader, hvilket skønsmæssigt berettiger til en méngrad på 5 % eller derover.

Til støtte for påstanden gøres det gældende:

- At der forelægger lægelige akter der viser, at klager har haft smerter i lænden og venstre ben, og at disse smerter startede efter en fodboldkamp. Akterne er vedlagt som bilag 2. Det fremgår bl.a. således af lægenotat fra [privathospitalet] af 30. maj 2017:

'Vedvarende problemer med smerter lavt i lænden eller rettere venstre balde og strålende ned igennem låret til læggen. Ind imellem også sovende, summende fornemmelse (...). Det startede efter en fodboldkamp, hvor han også fik et ordentligt slag på venstre knæ. Fik en blodsamling og gik lidt dårligt nogen dage efter. Siden har det fortaget sig med knæet, men til gengæld er der vedvarende smerter i venstre ben. Der har ikke været nogen bedring i tilstanden. Har været ved fysioterapeut og har fået nogen enkelte behandlinger, men der var ikke nogen bedring, snarere tværtimod. Har fået smertestillende i form af Panodil, men uden den store effekt. Arbejder med noget tungt arbejde og er sygemeldt. Angiver sig ellers rask. Der er ikke nogen gener på højre side' (bilag 2, s. 1).

- Af lægenotat fra [privathospitalet] af 28. juni 2017 fremgår det bl.a. at der ikke har været nogen bedring af tilstanden, samt at der således er vedvarende problemer (bilag 2, s. 2).

- Af lægenotat fra [privathospitalet] af 12. juli 2017 fremgår bl.a. at der gennem længere tid er lændesmerter med udstråling til venstre ben (bilag 2, s. 3).

- Af lægenotat fra [privathospitalet] af 25. april 2018 fremgår at der er gener i ryggen. Det fremgår bl.a. således: 'Der har nu været tiltagende rygproblemer de sidste 3-4 uger, uden at der er sket noget specielt. Arbejder i [...]. Det er bevægeligt arbejde, men på betongulv. Har fået skåneagtigt arbejde, hvor han ikke skal løfte tungt og belaste. Alligevel har han tiltagende gener fra ryggen og er nu sygemeldt. (...) Tager Panodil lidt efter behov, men det hjælper ikke så meget. (...) Der er også uro om natten og om morgenen, når han skal op af sengen, er det besværligt. Smerter sidder lavt i lænden (...)' (bilag 2, s. 4)

For så vidt angår sagens øvrige omstændigheder og anbringender henvises der til vedlagte bilag."

Selskabet har i brev af 29/10 2021 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"PÅSTAND

Primært: Afvisning

Subsidiært: Klageren gives ikke medhold.

SUPPLERENDE SAGSFREMSTILLING

Ved mail af 26. marts 2020 modtog indklagede klagerens skadeanmeldelse af samme dato. Anmeldelsen vedrører en ulykke, som er sket i maj 2017. Skadeanmeldelsen fremlægges som **bilag A**.

Klagers forsikringsforhold:

Klageren har tegnet en heltidsulykkesforsikring hos indklagede og af policen på skadestidspunktet fremgik, at han arbejdede med [...].

Ved brev af 10. juni 2020 oplyser klagerens advokat over for indklagede, at klager på tidspunktet for ulykken var beskæftiget som [...], hvilket ikke stemte overens med den beskæftigelse, som fremgik af klagerens police på skadestidspunktet. Advokatens brev af 26. marts 2020 fremlægges som **bilag B**.

Ved brevene af 1. juli 2020 og 15. september 2020 varsler indklagede, at en eventuel erstatning vil blive beregnet forholdsmæssigt mellem den præmie klager har betalt og den præmie han skulle have betalt, hvis han havde underrettet indklagede om hans beskæftigelse som [...], jf. Forsikringsaftalelovens § 121, stk. 2. Dette fordi klageren ikke havde opfyldt forsikringsbetingelsernes pkt. 1.12 om forsikringstagerens underretningspligt.

Indklagedes brev af 1. juli 2020 fremlægges som **bilag C** og indklagedes brev af 15. september 2020 fremlægges som **bilag D**.

Præmien for beskæftigelsen '[...]' var på skadetidspunktet 1.393 kr. og præmien for beskæftigelsen '[...]/[...]' var på skadetidspunktet 2.400 kr. En eventuelt erstatningen på ulykkesforsikringen reduceres således i forholdet mellem de 1.393 kr. og 2.400 kr.

Forsikringssum $1.043.607 \times 1.392 =$ korrekt forsikringssum 605.727 kr.
2.400

Klager har bestridt, at en eventuel erstatning skal beregnes forholdsmæssigt på de vilkår og i det omfang, indklagede ville have bibeholdt forsikringen, hvis indklagede havde været bekendt med klagers beskæftigelse som [...].

Forsikringsbetingelserne fremlægges som **bilag E**.

I tilfældet af, at Ankenævnet for Forsikring i den kommende afgørelse giver klageren medhold i, at hans varige mén som direkte følge af ulykken den 29. april 2017 er 5 % eller derover, bedes Ankenævnet samtidig at tage stilling til, hvorvidt erstatningen skal udmåles forholdsmæssigt som beskrevet ovenfor samt i sagens bilag D.

Mén-vurdering:

Indklagede anerkender, at ulykken den 29. april 2017 er omfattet af forsikringens dækningsomfang.

Ifølge forsikringsbetingelsernes pkt. 5.2. er det en betingelse for udbetaling af erstatning, at ulykkestilfældet er den direkte årsag til, at det varige mén fastsættes til mindst 5 %.

Det følger endvidere af betingelsernes pkt. 5.3.3., at forsikringens dækningsomfang ikke omfatter invaliditet, som skyldes sygdom og udløsning af latente sygdoms anlæg, selvom sygdommen er opstået eller forværret ved ulykkestilfældet.

Derudover fremgår af punkterne 5.3.4. og 5.3.5. at forsikringens dækningsomfang ikke omfatter invaliditet, som skyldes at en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde henholdsvis invaliditet, der bestod før ulykken.

Den 26. marts 2020 anmeldte klager til indklagede, at han den 29. april 2017 havde fået en albue i ryggen til fodbold og væltede omkuld. Han angav, at han som følge heraf fik smerter i ryggen.

Første lægekontakt efter hændelsen var ved egen læge den 09. maj 2017, hvor hændelsen ikke nævnes i konsultationsjournalen, men '... smerter i ryg med udst til venstre ben...'. Konsultationsjournalen fremlægges som **bilag F**.

Af sagens bilag 2 under 'Forløb d. 30-05-2017' fremgår nederst på siden, at MR-skanning viste en snæver spinalkanal / spinalstenose. Under 'Forløb d. 28-06-2017', tredje afsnit fremgår, at klager har vedvarende problemer samt spinalstenose og forsnævring specielt i venstre side, hvor det kan mistænkes, at det er en recesprolaps.

En spinalstenose er en medfødt forsnævring af rygmarvskanalen. Stenose betyder afsmalning og beskriver en tilstand, hvor der er for lidt plads til nerverne ned til benene.

Indklagede har indhentet en lægefaglig vurdering hos indklagedes rådgivende lægekonsulent.

Ifølge lægekonsulenten beskriver MR-skanningen - som noteret i klagers lægejournaler – snævre medfødte pladsforhold og at der er tale om discus protusion, altså discus frembulning (= grundet slidt, ikke traumatisk) på 2 niveauer. Klager blev opereret herfor, men der tilkom nye rygsmerter – derfor stivgøring.

Lægekonsulenten vurderer, at den anmeldte hændelse, det vil sige et stødt med ellebuen i ryggen under en fodboldkamp, ikke alene er egnet til at medføre en diskusprolaps / klagers gener.

Skanningen viste medfødte snævre forhold og discusfrembulning (ikke prolaps) på 2 niveauer, dvs. forud bestående og slid.

Ifølge lægekonsulentens vurdering er klagerens gener relateret til en forud bestående sygdom og ikke til hændelsen den 29. april 2017.

Der er ikke dokumenteret årsagssammenhæng mellem hændelsen den 29. april 2017 og klagerens gener i ryggen, hvorfor det varige mén relateret til hændelsen er vurderet til under 5 %.

ANBRINGENDER

Til støtte for indklagedes primære påstand gøres gældende,

at klager ikke forud for at indbringe klagen for Ankenævnet for Forsikringen havde klaget til indklagedes klageansvarlige, og

at indklagede derfor ikke har haft mulighed til forud at forholde sig til klagen.

Til støtte for indklagedes subsidiære påstand gøres gældende,

- at der ikke er dokumenteret årsagssammenhæng mellem hændelsen den 29. april 2017 og klagers gener,
- at bevisbyrden påhviler klager,
- at denne bevisbyrde ikke ses løftet,
- at klagers gener er relateret til en forud bestående sygdom, jf. forsikringsbetingelsernes pkt. 5.3.3. til 5.3.5,
- at hændelsen den 29. april 2017 alene ikke er egnet til at medføre forandringer i ryggen / varige gener, og
- at ulykkestilfældet den 29. april 2017 ikke er en direkte årsag til at det varige mén vil kunne fastsættes til 5 % eller derover, jf. forsikringsbetingelsernes pkt. 5.2.

Indklagede har indhentet lægelige oplysninger således, at der har kunnet træffes afgørelse på et oplyst grundlag. Klager har ikke i forbindelse med klagen påvist eller dokumenteret forhold, der efter sædvanlig praksis berettiger til fastsættelsen af et varigt mén på 5 procent eller derover. Klageren kan således ikke gives medhold.

Skulle Ankenævnet for Forsikring ved den kommende afgørelse vælge at give klageren medhold, gøres yderligere gældende,

- at en eventuel erstatning skal blive beregnet forholdsmæssigt mellem den præmie klager har betalt og den præmie han skulle have betalt, hvis han havde underrettet indklagede om hans beskæftigelse som [...], jf. Forsikringsaftaleloven § 121, stk. 2 og forsikringsbetingelsernes pkt. 1.12, og
- at den korrekte forsikringssum derfor udgør 605.727 kr.

PROCESSUELLE MEDDELELSER

Det bemærkes, at sagen forud for indbringelsen for Ankenævnet for Forsikring IKKE har været behandlet af indklagedes klageansvarlige. Dette fordi klagers advokat samtidig med at indbringe klagen for Ankenævnet for Forsikring den 13. oktober 2021 sendte en klage til forsikringens klageansvarlige. Klagers klage til forsikringen fremlægges som bilag G.

Indklagede har endvidere fulgt sædvanlige og branchemæssige kutymer for behandling af sager af den pågældende karakter, herunder givet klageren behørig orientering omkring muligheden for indbringelse af sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) og forelægge spørgsmålet om méngradens størrelse, men klager valgte ikke at forelægge spørgsmålet for AES.

Klager har siden anmeldelsen af hændelsen været repræsenteret ved advokat."

Klagerens advokat har i brev af 23/11 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Indklagedes afvisningspåstand:

I nærværende sag har klager klaget internt til selskabet, hvilket blev foretaget samme dag som indbringelsen for Ankenævnet for Forsikring. Indklagede er endnu ikke vendt tilbage i forhold til denne klageskrivelse, og med henvisning til deres svarskrift af 29. oktober 2021 over for Ankenævnet, fastholder de deres allerede tidligere bemærkninger og påstande i sagen. Sønderjysk Forsikring har derudover den 29. oktober 2021 indhentet en supplerende lægefaglig undersøgelse hos overlæge, [...], som ligeledes vurderede klagers sag tilbage i september 2020. Dermed har indklagede reageret på de to klageskrivelser, og indklagede har meddelt, at deres afgørelse fra 13. oktober 2020 fastholdes fra deres side. Derfor har indklagede haft mulighed for at fremkomme med deres svar til klagers interne klageskrivelse, men idet denne ikke har haft en effekt på deres allerede tidligere truffende afgørelse, må en tidligere intern klageskrivelse til Sønderjysk Forsikring ikke anses for afvisningsgrund ved Ankenævnet. Dette begrundes yderligere i, at den interne klage var overflødig, da indklagede trods den interne klageskrivelse fra klager den 13. oktober 2021 ikke er gået videre med sagen internt, udover at indhente yderligere udtalelse fra ekstern lægekonsulent, overlæge, [...].

Derudover foretog Sønderjysk Forsikring en delvis afgørelse den 15. september 2020 (bilag D), hvor Sønderjysk Forsikring gjorde gældende, at klager kun havde krav på et reduceret erstatningsbeløb. Denne delafgørelse bestred klager den 29. september 2020 (bilag 3). Klager har derfor

tidligere klaget over en delafgørelse i sagen, og trods denne klage blev afgørelsen den 13. oktober 2020, at klager ikke havde krav på erstatning.

Yderligere bemærkes det, at kontoret ikke tidligere har mødt en påstand om afvisning grundet manglende intern klageskrivelse til selskabet, og derfor indrømmes det, at denne praksis ikke har været kendt her på kontoret. Derudover har kontoret indbragt en del sager for Ankenævnet, hvor nogle af klagerne har manglet en intern klageskrivelse til selskabet, men klagerne er ikke blevet afvist af Ankenævnet. Det bemærkes, at kontoret nu er opmærksomme på denne praksis, og dermed vil den blive fulgt for fremtiden.

Årsagssammenhæng:

Det fastholdes, at der er årsagssammenhæng mellem den indtrådte skade under fodboldkampen den 29. april 2017 og de følger, som klager har i dag. Det fastholdes derfor, at klager har en méngrad på 5 % eller derover.

Indklagede henviser til, at klagers egen læge ikke har noteret ulykkestilfældet, hvilket ikke kan resultere i skadevirkning for klager, idet det fremgår af klagers journal, at noterne ved egen læge er meget sparsomme. Der bør lægges vægt på, at da klager fik tid på privathospitalet den 30. maj 2017, blev ulykkestilfældet nedskrevet, som tidligere fremhævet (bilag 2).

Selvom klager ved MR-scanning har fået konstateret '... snæver spinalkanal. Der er spinalstenose på L4/L5' Har klager stadig krav på dækning for de pådragne skader efter ulykkestilfældet den 29. april 2017.

Det gøres gældende, at hvis det latente sygdomsanlæg er udløst af ulykkestilfældet, har klager ret til fuld dækning. I forbindelse med latente sygdomsanlæg skal det bevises, at sygdomsanlægget med en vis sikkerhed ville være aktiveret inden for kort tid på trods af ulykkestilfældet, hvis forsikringen vil påberåbe sig dette. I nærværende sag havde klager arbejde som [...], og han havde ikke tidligere vist symptomer på en dårlig ryg. Dermed bestyrker dette, at på trods af, at klager har haft fysisk arbejde, så har den latente sygdom ikke vist sig, før klager fik en albue i ryggen under en fodboldkamp. Dermed har klager krav på fuld dækning, da sygdomsanlægget ikke ville være blevet aktiveret uden ulykkestilfældet.

Hvis Ankenævnet finder, at sygdomsanlægget på trods af ulykkestilfældet, ville være blevet aktiveret inden for kort tid efter ulykken, gøres følgende gældende:

Det fremgår af Dansk forsikringsret, 10. udgave, skrevet af Henning Jønsson & Lisbeth Kjærgaard, side 1086, at:

'Hvis selv en rask person ville få nogen, følger af ulykkestilfældet, prøver man at skille ulykkesfølgerne fra sygdomsfølgerne. Det er for så vidt i strid med ordlyden, men da resultatet virker urimeligt for den sikrede, er der praksis for denne fortolkning, jf. AK 45.738.'

I afgørelsen fra Ankenævnet for Forsikring fastslog Ankenævnet i sin kendelse:

'...at de undtagelsesbestemmelser, selskabet påberåbte sig, skulle forstås på den måde, at selskabet kunne afslå at yde dækning i det omfang følgerne af ulykkestilfældet, beroede på en sygdom eller latente sygdomsanlæg, som den forsikrede allerede havde, da ulyk-

kestilfældet indtrådte. Da nogle af følgerne – her 8 % - ikke beroede på sygdom eller latente sygdomsanlæg, blev selskabet pålagt at betale erstatning svarende til de 8 %.

På baggrund af ovenstående citater kan indklagede dermed ikke afvise at dække de direkte følger, som klager pådrog sig efter ulykkestilfældet den 29. april 2017, selvom det efterfølgende opdages, at klager har spinalstenose.

Det fastholdes derfor, at klager efter ulykkestilfældet, på trods af ryglidelsen, pådrog sig en méngrad på 5 % eller derover.

Reducering af erstatningen:

Det er selskabets bevisbyrde at løfte beviset for, at forsikringstagers karriereskift har medført en fareforøgelse for selskabet, jf. AK 90258, samt selskabet skal løfte bevisbyrden for, at selskabet ville have betinget sig en anden præmie end den allerede fastlagte, jf. AK 65.449.

Derfor fastholdes det tidligere anførte over for Sønderjysk Forsikring ved brev af 29. september 2020.

Denne bevisbyrde er i sagen ikke løftet, da det alene fremgår af indklagedes vilkår, at:

'1.12.3. Undladelse af at anmelde risikoforandringer. Hvis den forsikrede undlader at anmelde forhold, omtalt under pkt. 1.12.1, hæfter selskabet kun på de vilkår og i det omfang, selskabet ville have fortsat forsikringen mod den aftalte præmie.'

Indklagede benytter ordet risikoforandringer i deres police. Det fremgår entydigt af Den private Syge og Ulykkesforsikring, skrevet af Ivan Sørensen, side 190, at:

'Selvom der ikke bør stille krav om en detaljeret beskrivelse af de enkelte fareforøgende forhold, må det kræves, at angivelsen i forsikringsbetingelserne ikke efterlader tvivl om, hvilket forhold selskabet anser for fareforøgende, ligesom sådanne vilkår bør indeholde oplysninger om konsekvenserne af undladelsen af at indberette de faktiske forhold.'

Det fremgår af ovenstående citat, at der er skærpede regler for fareforøgelse, hvilket ligeledes bekræftes af Forsikringsret, skrevet af Ivan Sørensen, side 302, hvori det fremgår, at:

'Kravene er dog strengere ved syge- og ulykkesforsikring. De risikoforøgende forhold skal ikke alene udtrykkeligt fremgå af forsikringsbetingelserne, men det skal også tydeligt fremgå, at en ændring af disse forhold skal betragtes som risikoforøgende.'

I Sønderjysk Forsikrings police anvendes ordet risikoforandring, hvilket ikke kan sidestilles med at benytte ordet fareforøgelse/risikoforøgelse. Endvidere skal forsikringstager have en klar viden om, at hvis der sker ændringer, vil det anses som fareforøgende, jf. Den private Syge- og Ulykkesforsikring, side 190. I henhold til Sønderjysk Forsikrings police, fremgår det blot, at ændringerne er risikoforandrende, og dermed ikke risikoforøgende, og derfor har klager ikke haft en positiv viden om, at ændringer ville medvirke til en fareforøgelse i forsikringsaftalelovens forstand.

På ovenstående baggrund har Sønderjysk Forsikring ikke gjort det klart for klager, at ændring i beskæftigelsen ville være en fareforøgelse i forsikringsaftalelovens § 121 forstand."

Selskabet har i brev af 13/12 2021 til nævnet bl.a. anført:

"PÅSTAND

Indklagedes påstande ændres, således at den i svarskriftet nedlagte primære påstand om afvisning bortfalder.

Indklagedes påstand er: Klageren gives ikke medhold.

SUPPLERENDE SAGSFREMSTILLING

Den i svarskriftet anførte sagsfremstilling fastholdes.

Ad klagers bemærkninger omkring årsagssammenhæng:

Ifølge indklagedes lægekonsulents vurdering, er den anmeldte hændelse – et stød med albuen i ryggen under en fodboldkamp - ikke egnet til at udløse de(n) anmeldte skade henholdsvis—de beskrevne gener. Lægekonsulentens vurdering fremlægges som **bilag H**.

Den anmeldte skade og de beskrevne gener vurderes forårsaget af den forud bestående sygdom og ikke af hændelsen under fodboldkampen.

Bevisbyrden for årsagssammenhæng påhviler klager og den ses ikke løftet.

Ad klagers bemærkninger vedrørende reducere af erstatningen:

Det fremgår **direkte** og **entydig** af forsikringsbetingelsernes punkt 1.12.1.:

'... Ændring i beskæftigelse, sportsudøvelse m.m.

Forsikrede har pligt til at underrette selskabet, hvis der sker ændringer i det oplyste om nedenævnte forhold, hvorefter selskabet afgør om forsikringen kan fortsætte og i så fald, på hvilke vilkår: - ...

- Ændring i erhverv eller beskæftigelse, herunder også ...

- ...'

Af punkt 1.12.3. fremgår:

'Undladelse af at anmelde risikoændringer. Hvis den forsikrede undlader at anmelde forhold, omtalt under pkt. 1.12.1., hæfter selskabet kun på de vilkår i det omfang, selskabet ville have fortsat forsikringen mod den aftalte præmie.'

Indklagede henviser til AK 71829, hvorefter forsikringsbetingelser, som de oven for citerede, anses som egnede til at formidle en klar viden om forsikringstagerens forpligtelser og konsekvensen af at undlade at opfylde disse.

Derudover henvises til AK87.610. AK 86.865 og kendelsen i 45.221. hvor forsikringstager ved tegning havde oplyst, at hun var studerende, men da hun på skadestidspunkt var beskæftiget som lagerekspedient - hvilket indebar en højere fareklasse-, måtte hun tåle pro rata erstatning.

ANBRINGENDER

De i svarskriftet anførte anbringender fastholdes. Yderligere gøres gældende,

- at der ikke er dokumenteret årsagssammenhæng mellem hændelsen og klagers skade/gener,
- at indklagedes forsikringsbetingelser er egnede til at formidle forsikringstageren en klar viden om forsikringstagerens forpligtelser, og
- at konsekvensen af, at undlade at opfylde disse forpligtelser er, at indklagede kun dækker på de vilkår og i det omfang, den ville have fortsat forsikringen.

Klageren kan således ikke gives medhold."

Til dette har klagerens advokat fremsendt brev af 22/12 2021, hvori det bl.a. er anført:

"Indklagedes bemærkninger i brev af 13. december 2021 giver ikke anledning til at ændre tidligere fremsatte påstand eller anbringender. Derimod gøres følgende supplerende bemærkninger gældende.

Ad indklagedes bemærkning vedrørende manglende årsagssammenhæng

Indklagede har på intet tidspunkt været samarbejdsvillig i forhold til at få klager speciallægeundersøgt, som med større sikkerhed vil fastslå, hvorvidt der er årsagssammenhæng mellem klagers gener og ulykkestilfældet. Klagers repræsentant anmodede allerede indklagede om en speciallægeundersøgelse tilbage i juli 2020, men indklagedes egen lægekonsulent mente, at der ikke var årsagssammenhæng på trods af, at lægekonsulenten ikke havde set klager fysisk. Indklagede lagde herefter konsulentens udtalelse til grund for deres afgørelse.

Jeg anmoder på den baggrund om, at Ankenævnet for Forsikring pålægger Sønderjysk Forsikring G/S at få udarbejdet en speciallægeundersøgelse, inden Ankenævnet for Forsikring træffer deres afgørelse, idet undersøgelsen må anses for af væsentlig betydning for sagen i forhold til at fastslå årsagssammenhængen mellem klagers gener og ulykkestilfældet.

Ad indklagedes bemærkninger vedrørende reducere af erstatningen

Med henvisning til forsikringsaftalelovens § 48 gøres det gældende, at Sønderjysk Forsikring G/S ikke har reageret uden unødigt ophold, da indklagede allerede ved modtagelsen af vores henvendelse den 26. marts 2020 modtog lægelige journaler, hvori det fremgår af journalen den 22. februar 2019, at klager havde arbejde på [...] i [...], men at klager ville få svært ved at vende tilbage til arbejdet. Det fremgår herefter af journalen den 26. marts 2019, at klager var blevet fyret fra [...] (bilag 4). Det bekræftes af indklagede, at lægejournalerne er modtaget ved brev 16. april 2020 (bilag 5). Dermed havde indklagede allerede ved gennemlæsning af journalerne en positiv viden om, at klager på skadestidspunktet var ansat i [...] i [...]. Klager udfyldte ligeledes skadesanmeldelsen den 28. april 2020 (bilag 6), hvori det ligeledes bekræftes, at klager arbejdede på [...] i [...]. Derudover fremgår det, at behandlingerne er foretaget gennem [...] sundhedsforsikring. Dermed har indklagede haft en positiv viden om, at klager var ansat hos [...] som [...] allerede ved modtagelsen af journalerne den 26. marts 2020.

Efter modtagelsen af skadesanmeldelsen anmodede indklagede om en bekræftelse på, at klager på ulykkestidspunktet var [...] den 13. maj 2020 uden at gøre opmærksom på, hvilken effekt klagers skiftede erhverv ville medføre. Erhvervsskiftet bekræftes på mail den 10. juni 2020, hvorefter forsikringen først endeligt den 1. juli 2020 reklamerer over klagers ændrede erhvervsbetegnelse (bilag c). Det gøres gældende, at Sønderjysk Forsikring G/S har haft positiv viden omkring klagers ændrede erhverv siden 26. marts 2020 og derfor går der over tre måneder, inden indklagede reklamerer over for klager. Reklamationen er dermed ikke kommet frem uden unødigt ophold. Sønderjysk Forsikring G/S kan dermed ikke nedsætte erstatningen pro rata, idet reklamationsfristen ikke er overholdt, jf. forsikringsaftalelovens § 121, stk. 3, jf. forsikringsaftalelovens § 48.

Endvidere gør indklagede gældende, at Sønderjysk Forsikring G/S' vilkår opfylder kriterierne for at være præcise nok til, at en forsikringstager vil være opmærksom på at erhvervsskifte, vil være en fareforøgende omstændighed. Dette begrundes indklagede med en henvisning til AK 71829, da indklagede mener, at der foreligger enslydende ordlyd i forhold til forsikringsselskabernes vilkår. Nykredit Forsikring A/S' vilkår er nævnt som følgende i afgørelsen:

'14. Risikoforandring

[...]

Undladelse af at give disse meddelelser kan medføre, at erstatningen bortfalder eller bliver nedsat. (egen understregning)

Det fremgår derimod af indklagedes forsikringsvilkår punkt 1.12.3., at:

'Undladelse af at anmelde risikoforandringer. Hvis den forsikrede undlader at anmelde forhold, omtalt under pkt. 1.12.1., hæfter selskabet kun på de vilkår og i det omfang, selskabet ville have fortsat forsikringen mod den aftalte præmie. (egen understregning)

På trods af at begge selskaber benytter ordet risikoforandring, hvilket i sig selv er upræcist, benytter Nykredit Forsikring A/S det i en mere præcis sammenhæng end Sønderjysk Forsikring G/S. Nykredit Forsikring A/S er præcise omkring, at hvis der ikke gives meddelelser om eventuelle ændringer, vil dette kunne medføre nedsættelse eller bortfald af erstatningen. I indklagedes vilkår fremgår retsvirkningerne af manglende meddelelse mere upræcist, i forhold til hvad en forsikringstager kan forvente, hvis meddelelsen ikke gives. I indklagedes vilkår fremgår det, at indklagede kun hæfter i forhold til vilkår i det omfang selskabet ville have fortsat præmien. I denne ordlyd fremgår der ingen præcis retsvirkning, og derfor har klager ikke haft mulighed for at vide, at der var tale om fareforøgende omstændighed, som ville få væsentlig betydning for udbetalingen af erstatning. På den baggrund er der væsentlig forskel på ordlyden i Nykredit Forsikring A/S' vilkår og indklagedes.

Hvis ovenstående ikke kan imødekommes, gøres nedenstående gældende.

I forhold til farekategorien kan det tilføjes, at klager var [...] på skadestidspunktet, men der var tale om et stilsiddende arbejde, hvor min klient skulle samle [...] til [...] og [...]. Disse dele blev samlet i hånden. Dette er indklagede ligeledes tidligere blevet gjort bekendt med. Indklagede må derfor løfte bevisbyrde for, at dette stilsiddende arbejde har været mere risikofyldt end arbejde med [...]."

Hertil har selskabet i brev af 21/1 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Indklagedes påstand, sagsfremstilling og anbringender fastholdes.

Indklagede bestrider at skulle have modsat sig indhentelsen af en speciallægeerklæring.

Det var Indklagedes vurdering, at sagen er lægefagligt tilstrækkeligt oplyst. Af denne grund vurderede Indklagede, at indhentelse af yderligere lægefaglige vurderinger ikke var nødvendigt.

Indklagede ville ikke have modsat sig, hvis Klager selv havde iværksat indhentelse af en speciallægelig vurdering under forudsætning af, at Klager forud havde afstemt valget af speciallæge m.v. med Indklagede.

Hvis Klager ønsker at indhente en speciallægeerklæring, vil Indklagede ikke modsætte sig at Klager selv sørger for det. Valg af læge og eventuelle spørgsmål til speciallægen skal dog afstemmes forud med Indklagede.

Indklagede mener ikke, at det kan pålægges Indklagede at indhente en sådan erklæring. Bevisbyrden for, at det foreliggende lægefaglige materiale ikke skulle være retvisende, påhviler Indklagede.

Derudover bemærkes, at det er forsikringsselskabet og ikke speciallægen, der skal foretage vurderingen af følgerne efter ulykkestilfældet. Derfor er angivelse af årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og følgerne, skønnet mén-procent m.v. ikke en del af en speciallægeerklæring.

Vedrørende Klagers bemærkninger omkring redueringen af erstatningsbeløbet på grund af risikoforandring gør Indklagede gældende, at Klager ifølge forsikringsbetingelsernes pkt. 1.12. var forpligtet til selv at underrette Indklagede om ændringen af hans beskæftigelse / risikoen.

Undlader en forsikringstager at underrette forsikringen, hæfter forsikringen kun på de vilkår og i det omfang, forsikringen ville have fortsat forsikringen.

En bemærkning i en lægejournal, som Indklagede har modtaget i forbindelse med skadesbehandling, er ikke en underretning i forsikringsbetingelsernes pkt. 1.12.'s forstand. Desuden skal bemærkes, at skadesafdelingen og policeafdelingen er to selvstændige organisatoriske enheder indenfor forsikringen.

Indklagede har reageret uden unødigt ophold på Klagers underretning om risikoændringen.

I skadesforsikringsmæssige sammenhæng indebærer arbejdet som [...] en højere risiko end [...]."

Heroverfor har klagerens advokat i brev af 11/2 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers tidligere påstand, anbringender og sagsfremstilling fastholdes. Indklagedes bemærkninger i processkrift A af 21. januar 2022 giver dog anledning til nedenstående supplerende bemærkninger.

Reklamation uden unødigt ophold

Indklagede gør gældende, at fremsendelsen af lægejournalerne den 26. marts 2020 ikke opfylder underretningen i forsikringsbetingelsernes pkt. 1.12's forstand. Det bestrides, idet en nærmere definition af en underretning ikke er præciseret i betingelserne eller i forsikringsaftaleloven.

Det fremgår derudover af Dansk forsikringsret, 10. udgave, skrevet af Henning Jønsson & Lisbeth Kjægaard, side 390:

'Hvis der er sket en skade, og selskabet i forbindelse med skadesanmeldelsen eller i forbindelse med den efterfølgende behandling får kundskab om, at der foreligger overtrædelse af en sikkerhedsforholdsregel, og vil påberåbe sig overtrædelsen, må det uden unødigt ophold give den sikrede meddelelse derom.... Det samme resultat følger af en analog anvendelse af reglen i FAL § 48 om reklamationspligt ved fareforøgelse.'

Den 26. marts 2020 blev skaden anmeldt til forsikringsselskabet (bilag A), og derfor har selskabet i forbindelse med skadesanmeldelsen fået kundskab til klagers ændring i sit erhverv. Ud fra ovenstående citat er det uden betydning, hvilken afdeling der modtager underretningen, idet det er skadesafdeling, som modtager skadesanmeldelser. Derfor udledes det af ovenstående citat, at skadesafdelingen ligeledes kan varetage forsikringsselskabets interesser, når det skal vurderes, hvorvidt der foreligger en fareforøgelse. Derfor regnes reklamationsfristen fra den 26. marts 2020. Denne dato understøttes af karnovs note 77 til forsikringsaftalelovens § 21, stk. 1, da der ikke er formkrav til en anmeldelse:

'Der kan ikke stilles formkrav til anmeldelse, jf. Ivan Sørensen IV 106, men af bevismæssige årsager er skriftlighed at foretrække.'

På ovenstående baggrund fastholdes det, at selskabet ikke har reklameret uden unødigt ophold."

Selskabet har herefter i brev af 25/2 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Indklagedes påstand, sagsfremstilling og anbringender fastholdes.

Bemærkninger til klagerens kommentarer vedrørende begrebet 'underretning':

Klager anfører, at begrebet underretning ikke er nærmere defineret i forsikringsbetingelserne eller Forsikringsaftaleloven.

Da ordet underretning er almindelig sprogbrug, vil jeg henvise til Den Danske Ordbogs definition:

*'det at **give** oplysninger af en vis betydning **direkte** til dem som det berører, eller som har interesse i oplysningerne'*

En underretning indebærer derved en aktiv handling fra underrettende (at give de specifikke oplysninger) og direkte til den/dem, som har en interesse i underretningen.

En sidebemærkning i en lægejournal, som tilgår Indklagedes skadesafdeling i forbindelse med en konkret skadesbehandling og lang tid efter ændringen af Klagers beskæftigelse / risikoen er sket, anses ikke som en opfyldelse af underretningspligten, jf. forsikringsbetingelsernes pkt. 1.12.

Klager var forpligtet til selv at underrette Indklagedes policeafdeling henholdsvis kundecenter direkte om ændringen af hans beskæftigelse / risikoen. Underretningspligten indtrådte på tidspunktet for ændringen af risikoen.

Undlader en forsikringstager at underrette forsikringen, hæfter forsikringen kun på de vilkår og i det omfang, forsikringen ville have fortsat forsikringen.

Desuden skal bemærkes, at skadesafdelingen, policeafdelingen og kundecenter er selvstændige organisatoriske enheder indenfor forsikringen.

Bekræftelsen af risikoændringen pr. mail af 10. juni 2020, er det tidspunkt, hvor underretning er sket og Indklagede har den 1. juli 2020, det vil sige uden unødigt ophold, reageret herpå.

Uden unødigt ophold:

Skulle Ankenævnet komme frem til, at bemærkningen i lægejournalerne kan anses som en underretning i forsikringsbetingelsernes forstand, gør Indklagede gældende, at en reklamationstid på halvanden måneder (26. marts 2020 – 13. maj 2020) plus de 3 uger efter risikoændringen var blevet bekræftet overfor Indklagede (10. juni 2020 – 01. juli 2020) ifølge retspraksis anses som værende 'uden unødigt ophold'.

Der henvises til afgørelserne i U 2000.1567 H (godt 2 måneder godkendt), FED 2000.84 Ø (8 måneder godkendt) og FED 1996.1256 V (3 måneder godkendt).

At Indklagede først den 10. juni 2020 får svar på anmodningen af 13. maj 2020 om bekræftelse af ændringen, det vil sige 1 måned efter, kan ikke lægges Indklagede til last.

Desuden kan anføres, at Klager allerede på det tidspunkt var repræsenteret ved advokat, som qua sin profession kunne antages at være bekendt med procedurer og regler på området, herunder konsekvenserne af at undlade en underretning i forsikringsbetingelsernes pkt. 1.12's forstand.

Indklagede har reageret uden unødigt ophold på Klagers underretning om risikoændringen."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af skadestueepikrise fra sygehus af 7/8 2014 fremgår bl.a.:

"Har slået ve. side af thorax, da han spillede fodbold i går. Fik en albue i ve. side af thorax. ... Pt. er informeret om, at der ikke er mistanke om pneumothorax, men at der er tale om en kontusion af ve. sidige ribbenskurvatur."

Af journalnotat fra egen læge af 9/5 2017 fremgår bl.a.:

"Tilt smerter i ryg med udst. til venstre ben. Ømhed lavt over columna lumbalis. Laseque pos venstre side."

Af speciallægeepikrise fra privathospital af 30/5 2017 fremgår bl.a.:

"Har igennem godt 3 uger haft vedvarende problemer med smerter lavt i lænden efter rettere venstre balde og strålende ned igennem fåret til læggen. Ind imellem også med sovende, sumrende fornemmelse. Ikke nogen gener på højre side. Det startede efter en fodboldkamp, hvor han også fik et ordentligt slag mod venstre knæ. Fik en blodansamling og gik lidt dårligt nogen dage efter. Siden har det fortaget sig med knæet, men til gengæld er der vedvarende smerter i venstre ben. Der har ikke været nogen bedring i tilstanden. Har været ved fysioterapeut og fået nogen enkelte behandlinger, men der var ikke nogen bedring, snarere tværtimod. Har fået smerte-

stillende i form af Panodil, men uden den store effekt. Arbejder med noget tungt arbejde og er sygemeldt. Angiver sig ellers rask. Der er ikke nogen gener på højre side.

...

Objektivt

...

MR-skanning viser en snæver spinalkanal. Der er spinalstenose på L4/L5 niveau, men mere påvirkning på venstre side, hvor man kan mistænke en recesprolaps, som påvirker L5- og evt. også L4-rod. Snævre forhold på L3/L4 niveau, men uden prolaps eller stenose, og der er frie forhold længere oppe. Har formentlig en recesprolaps oveni en relativt snæver spinalkanal. Der er tegn på rodtryk. Mit forslag er en ultralydsvejledt blokade, opstart med NSAID og ubelastet aktivitet.

...

Ultralyd viser inflammation omkring facetledsområdet L4/L5 i venstre side.

...

DM511 - Lumbal eller torakal diskusprolaps med radikulopati

DM480 – Spinalstenose"

Af speciallægeepikrise fra privathospital af 30/5 2017 fremgår bl.a.:

"MR-skanning af col. lumbalis: Der er 5 hvirvler med lumbalt udseende. Ingen frakturseq. og ingen tumorer. Der foreligger kongonetalt snævre forhold centralt i spinalkanalen, hvor spinalkanalens sagittale diameter i højde med L1 opmåles til 11 mm og i højde med overkanten af corpus L4 til godt 8 mm. 5. lumbale diskus er let degenereret med højdereduktion og let nedsat vandsignal. Distale medulla spinalis incl. conus medullaris har normalt udseende. Sv.t. de 3 øverste lumbale niveauer ses normale forhold incl. normalt udseende af durasækken med cauda equina. I niveauet L4/5 ses en bredbaset diskusprotrusion bugtende dorsalt ind i spinalkanalen ca. 3 mm, mest udtalt på ve. side. Der fremkommer herved central spinalstenose samt stenosering af lateralreceserne/ fremfor alt på ve. side. Durasækkens sagittale diameter er reduceret til 6% mm. I niveauet L5/S1 ses ligeledes en bredbaset diskusprotrusion, bugtende dorsalt ca. 2 mm ind i spinalkanalen med en impression i forvæggen af durasækken. Der er dog pæne pladsforhold centralt i spinalkanalen, hvor durasækkens sagittale diameter opmåles til ca. 10 mm. Konklusion: Kongenitale snævre forhold i spinalkanalen. Bredbaset diskusprotrusion L4/5 med central spinalstenose samt fremfor alt ve. sidig laterlrecesstenose. Protrusio discus intervertebralis mediana L5/S1 uden nerverodspåvirkning - se venligst tekst"

Af speciallægeepikrise fra privathospital af 28/6 2017 fremgår bl.a.:

"Der har ikke været nogen bedring i tilstanden. Synes ikke rigtig, at det går fremad. Har stadigvæk smerter ned igennem venstre ben. Har forsøgt konservativ behandling, men uden effekt. Objektivt

Træder ikke rigtig igennem på venstre ben og trækker lidt på det, når han går. Der er ikke nogen speciel ømhed i lænden eller ned over balderne.

...

Således vedvarende problemer. Har spinalstenose og forsnævring specielt i venstre side, hvor man kan mistænke, at der er tale om recesprolaps. Der god indikation for operation, og patienten er helt indstillet på dette."

Af ambulanteepikrise fra privathospital af 5/9 2017 fremgår bl.a.:

"7 uger efter operationen. Det er gået rigtig fint. Har ikke nogen gener i benet. Kan blive lidt træt i selve ryggen. Tager ikke noget medicin. Er meget tilfreds. Objektivt Gangen er pæn og oprejst, arret reaktionsløst. Der er negativ Lasegue bilat. Normal kraft og sensibilitet. Lidt svage, men egale dybe reflekser."

Af speciallægeepikrise fra privathospital af 24/4 2018 fremgår bl.a.:

"Blev opereret i juli med bilat. dekompression L4/L5 samt fjernelse af en venstresidig prolaps på samme niveau. Det er gået rigtigt fint efter operationen. Har ikke nogen gener fra benene, ingen føleforstyrrelser, kan gå uden problem, men der har været skiftende gener fra selve ryggen. Der har nu været tiltagende rygproblemer de sidste 3-4 uger, uden at der er sket noget specielt. Arbejder i [...]. Det er bevægeligt arbejde, men på betongulv. Har fået lidt skåneagtigt arbejde, hvor han ikke løfte tungt og belaste. Alligevel har han tiltagende gener fra ryggen og er nu sygemeldt. Tager Panodil lidt efter behov, men det hjælper ikke så meget. Det er værst, når han kommer hjem fra arbejde, og der er også uro om natten og om morgenen, når han skal op af sengen, er det besværligt. Smerterne sidder lavt i lænden, men ikke nogen udstråling til baller eller ben. Ellers rask, der er ikke nogen ændring i dette. ... Men ikke nogen udstråling til benene, der er fri bevægelse i hofter og knæ. Normal kraft over fødder og tæer, der er normal sensibilitet ved berøring over alt, der er normale, egale patella- og achillessenereflekser. Ingen klonus eller Babinski. Altså god effekt på de udstrålende symptomer og selve stenosen, men altså tiltagende rygproblemer."

Af speciallægeepikrise fra privathospital af 26/4 2018 fremgår bl.a.:

"Kommer til svar på MR, som viser at der er frie forhold i spinalkanalen. Der er postoperative forandringer, men ikke nogen ny prolaps. Discus er dog noget degenereret i forhold til sidste år. Ingen Modic forandringer. Det er uforandret, måske også lidt tiltagende på L5. Således virker det til at være L4-discus, de er problemet."

Af ambulanteepikrise fra privathospital af 17/5 2018 fremgår bl.a.:

"Det er frem for alt lændesmerterne. Der er ikke nogen gener ned i benene."

Af ambulanteepikrise fra privathospital af 12/7 2018 fremgår bl.a.:

"6-ugers kontrol. Det er gået rigtig fint. Mærker til ryggen, men ikke noget i benene."

Af journalnotat af 22/2 2019 fremgår bl.a.:

"Er blevet opereret 2 gange i ryggen. Får svært ved at vende tilbage til sit arb i [...] på [...]."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"Hvad forstås ved et ulykkestilfælde?"

Som ulykkestilfælde betragtes: en pludselig hændelse der forårsager personskade

...

1.12. Risikoforandring

1.12.1. Ændring i beskæftigelse, sportsudøvelse m.m. Forsikrede har pligt til at underrette selskabet, hvis der sker ændringer i det oplyste om nedennævnte forhold, hvorefter selskabet afgør om forsikringen kan fortsætte, og i så fald på hvilke vilkår:

...

Ændring i erhverv eller beskæftigelse, herunder også overgang mellem arbejde som lønmodtager og selvstændig erhvervsdrivende.

...

1.12.3. Undladelse af at anmelde risikoforandringer. Hvis den forsikrede undlader at anmelde forhold, omtalt under pkt. 1. 12. 1, hæfter selskabet kun på de vilkår og i det omfang, selskabet ville have fortsat forsikringen mod den aftalte præmie.

...

5.2. Hvad omfatter invaliditetsdækningen?

5.2.1. Ulykkestilfælde, der medfører mindst 5% medicinsk invaliditet. Når et ulykkestilfælde, se fællesbestemmelsernes pkt. 1.2, er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (= men) fastsættes til mindst 5%, udbetales der erstatning.

...

5.3. Hvad omfatter invaliditetsdækningen ikke?

Invaliditetserstatningen udbetales ikke for:

...

5.3.3. Invaliditet, der skyldes sygdom og udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.

5.3.4. Invaliditet, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde."

Nævnet udtaler:

Klageren, som er født i 1980'erne, kom den 29/4 2017 til skade med ben og ryg, da han fik en albue i ryggen under en fodboldkamp. MR-scanning af 30/5 2017 påviste en diskusprolaps og spinalstenose.

Klageren er utilfreds med selskabets afvisning af dækning. Klageren har anført, at der er årsagssammenhæng mellem fodboldkampen og klagerens aktuelle rygggener, hvilket skønsmæssigt berettiger til en méngrad på 5% eller derover. Det er dokumenteret i de lægelige oplysninger, at klagerens smerter startede efter fodboldkampen. Selvom klageren ved MR-scanning har fået konstateret spinalstenose, har han stadig krav på dækning for de pådragne skader efter ulykkestilfældet. Hvis det latente sygdomsanlæg er udløst af ulykkestilfældet, har han også ret til fuld dækning. Han har ikke tidligere vist symptomer på dårlig ryg. Selskabet burde havde ind-

hentet en speciallægeerklæring til belysning af spørgsmålet om årsagssammenhæng. Det fremgår ikke tydeligt af forsikringsbetingelserne, at der skal ske underretning ved risikoforøgelse og retsvirkningen ved undladelse heraf. Selskabet har ikke reklameret rettidigt, jf. forsikringsaftalelovens § 121, stk. 3, jf. forsikringsaftalelovens § 48.

Selskabet har afvist dækning under henvisning til manglende årsagssammenhæng. Selskabet har anført, at et stød med en albue i ryggen ikke er egnet til at medføre en diskusprolaps eller klagerens gener, og at klagerens gener er relateret til forudbestående sygdom. Sagen var tilstrækkeligt lægeligt oplyst, hvorfor en speciallægeerklæring ikke var nødvendig. Selskabets forsikringsbetingelser er egnede til at formidle en klar viden til forsikringstageren om dennes forpligtelser, og at manglende opfyldelse af disse forpligtelser. Klageren skal ifølge forsikringsbetingelserne underrette selskabet om risikoforandringer, herunder ændret beskæftigelse, hvilket ikke er sket. Selskabet kan derfor beregne en pro rata erstatning.

Af journalnotat fra egen læge af 9/5 2017 fremgår det, at "Tilt smerter i ryg med udst. til venstre ben. Ømhed lavt over columna lumbalis. Laseque pos venstre side."

Af speciallægeepikrise fra privathospital af 30/5 2017 fremgår det, at "Har igennem godt 3 uger haft vedvarende problemer med smerter lavt i lænden eller rettere venstre balde og strålende ned igennem låret til læggen. Ind imellem også med sovende, summende fornemmelse. ... Det startede efter en fodboldkamp, hvor han også fik et ordentligt slag mod venstre knæ. ... Siden har det fortaget sig med knæet, men til gengæld er der vedvarende smerter i venstre ben. Der har ikke været nogen bedring i tilstanden. Arbejder med noget tungt arbejde og er sygemeldt. ... Objektivt ... MR-skanning viser en snæver spinalkanal. Der er spinalstenose på L4/L5 niveau, men mere påvirkning på venstre side, hvor man kan mistænke en recesprolaps, som påvirker L5- og evt. også L4-rod. Snævre forhold på L3/L4 niveau, men uden prolaps eller stenose, og der er frie forhold længere oppe. Har formentlig en recesprolaps oveni en relativt snæver spinalkanal. Der er tegn på rodtryk. Mit forslag er en ultralydsvejledt blokade, opstart med NSAID og ubelastet aktivitet. ... Ultralyd viser inflammation omkring facetledsområdet L4/L5 i

venstre side. ... DM511 - Lumbal eller torakal diskusprolaps med radikulopati DM480 – Spinalstenose"

Af speciallægeepikrise fra privathospital af 28/6 2017 fremgår det, at "Har stadigvæk smerter ned igennem venstre ben. Har forsøgt konservativ behandling, men uden effekt. Objektivt Træder ikke rigtig igennem på venstre ben og trækker lidt på det, når han går. Der er ikke nogen speciel ømhed i lænden eller ned over balderne. ... Således vedvarende problemer. Har spinalstenose og forsnævring specielt i venstre side, hvor man kan mistænke, at der er tale om recesprolaps."

Af ambulanteepikrise fra privathospital af 5/9 2017 fremgår det, at "7 uger efter operationen. Det er gået rigtig fint. Har ikke nogen gener i benet. Kan blive lidt træt i selve ryggen. Tager ikke noget medicin. Er meget tilfreds."

Af speciallægeepikrise fra privathospital af 24/4 2018 fremgår det, at det er gået rigtigt fint efter operationen, og at klageren ikke har nogen gener fra benene eller føleforstyrrelser, men at der har været skiftende gener fra ryggen. Der har nu været tiltagende rygproblemer de sidste 3-4 uger, uden at der er sket noget specielt. Smerterne sidder lavt i lænden, men der er ikke udstråling til baller eller ben. Der er fri bevægelse i hofter og knæ.

Af speciallægeepikrise fra privathospital af 26/4 2018 fremgår det, at "Kommer til svar på MR, som viser at der er frie forhold i spinalkanal. ... Discus er dog noget degenereret i forhold til sidste år. Ingen Modic forandringer. Det er uforandret, måske også lidt tiltagende på L5. Således virker det til at være L4-discus, de er problemet."

Af forsikringsbetingelsernes punkt 1.2 fremgår det, at som ulykkestilfælde betragtes en pludselig hændelse, der forårsager personskade. Af forsikringsbetingelsernes punkt 1.12 fremgår det, at forsikringstager har pligt til at underrette selskabet, hvis der sker ændringer i det oplyste om erhverv eller beskæftigelse, hvorefter selskabet afgør, om forsikringen kan fortsætte og i så fald på hvilke vilkår. Undladelse af at anmelde risikoforandringer medfører, at selskabet kun hæfter

på de vilkår og i det omfang, selskabet ville have fortsat forsikringen med den aftalte præmie. Invaliditetsdækningen omfatter ulykkestilfælde, der medfører mindst 5 % invaliditet, og som er direkte årsag til forsikredes medicinske invaliditet. Undtaget fra invaliditetsdækning er invaliditet, der skyldes sygdom og udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde og invaliditet, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde.

Efter en gennemgang af sagen – herunder sagens lægelige bilag – finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning under henvisning til, at det har fastsat méngraden efter ulykkestilfældet den 29/4 2017 til mindre end 5 %. Nævnet finder ikke grundlag for at pålægge selskabet at indhente en speciallægeerklæring.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren ved MR-scanning af 30/5 2017 har fået påvist spinalstenose og en recesprolaps på L4 og L5 niveau, og at ultralyd har påvist inflammation omkring facetledsområdet.

Nævnet har også lagt vægt på, at det fremgår af speciallægeepikrise af 30/5 2017, at klageren fik et slag mod venstre knæ med smerter til følge, og at det af speciallægeepikrise fra privathospital af 24/4 2018 fremgår, at "klageren ikke har nogen gener fra benene eller føleforstyrrelser, men at der har været skiftende gener fra ryggen", og at "der er ikke udstråling til baller eller ben. Der er fri bevægelse i hofter og knæ".

Nævnet har videre lagt vægt på, at det af speciallægeepikrise fra privathospital af 24/4 2018 fremgår, at der har været tiltagende smerter i ryggen igennem 3-4 uger, uden at der er sket noget specielt, og at det af MR-scanningssvar af 26/4 2018 fremgår, at diskus er degenereret i forhold til sidste år.

Nævnet har herudover lagt vægt på, at det fremgår af forsikringsbetingelsernes pkt. 5.3.3 og 5.3.4, at forsikringen undtager bl.a., "Invaliditet, der skyldes sygdom og udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde." og "In-

Ankenævnet for Forsikring

20.

97408

validitet, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde."

Nævnet har herefter ikke fundet anledning til at tage stilling til, om selskabet har været berettiget til at gøre fareforøgelse gældende.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings'.

Peter Thønnings