

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 20. marts 2024 blev i sag nr. 98968:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Privatsikring
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klage af 15/11 2022 har klageren bl.a. anført:

"Jeg var den 14. juni 2017 udsat for en ulykke i form af en stikskade i forbindelse med en bloddonation ved Blodbanken hos [hospitalet].

Ulykken indtraf ved, at en sygeplejerskestuderende skulle stikke en nål ind i min blodåre på venstre arm og dermed tappe mit blod. Uheldigvis blev der i den forbindelse stukket forkert to gange, og nålen ramte en nerve. Jeg oplevede straks udstrålende smerter i hele venstre arm fra indstiksstedet.

Jeg tog efterfølgende hjem for at sove, men jeg kunne mærke, at der var noget helt galt, idet jeg oplevede føleforstyrrelser og smerter i fingrene og i armen. Jeg opsøgte derfor igen Blodbanken, som indgav anmeldelse af skaden til Bloddonorerne Danmark, hvorefter skaden blev anmeldt til Patienterstatningen. Anmeldelsen vedlægges som bilag 1.

Jeg opsøgte samme aftenvagtlægen på [hospitalet], som henviste mig til Nyremedicinsk Afdeling. Journalmateriale for perioden 14. juni 2017 – 13. marts 2018 vedlægges som bilag 2.

Patienterstatningen anerkendte skaden den 9. oktober 2017, jf. bilag 3.

Den 7. februar 2018 blev jeg indkaldt til [privathospitalet]. Journal herom vedlægges som bilag 4.

Den 19. april 2018 blev der af min læge hos ... udfærdiget et albueskema til brug for Patienterstatningens afgørelse, hvor der bl.a. blev konstateret manglende koordination af fingrene, nedsat

kraft og styring af alle fingre, føleforstyrrelser, nedsat håndtrykskraft og konstante smerter. Albueskemaet vedlægges som bilag 5.

Endvidere blev der den 5. maj 2018 udfærdiget lægeerklæring, hvor lægens vurdering bl.a. var, at smerterne blev værre, at der ikke var udsigt til bedring, at der måtte forventes forværring/senfølger, samt at der ikke var andre årsager til den indtrådte komplikation, jf. lægeerklæringens pkt. 5. Lægeerklæringen vedlægges som bilag 6.

Patienterstatningen traf på baggrund af ovenstående den 7. juni 2018 afgørelse om, at jeg havde pådraget et varigt mén på 10 %. Afgørelsen vedlægges som bilag 7.

Idet der ikke var udsigt til bedring, blev jeg henvist til et forløb på Tværfagligt Smertecenter i ..., hvor jeg gennemførte et smertemestringsforløb bl.a. ved akupunktur, fysioterapi, selvhjælpskurser mv. Journal herom for perioden 13. marts 2018 til 30. marts 2020 vedlægges som bilag 8.

Den 22. maj 2019 blev jeg diagnosticeret med sygdommen CRPS, jf. bilag 8, side 6f.

Den 1. april 2020 blev erstatningssagen hos Patienterstatningen genoptaget. Brev herom vedlægges som bilag 9.

Der blev i den forbindelse indhentet ny lægeerklæring samt albueskema af 22. april 2020, som vedlægges som hhv. bilag 10 og bilag 11.

Den 8. maj 2020 uddybede jeg den indhentede lægeerklæring med bemærkninger i relation til foretaget partshøring. Bemærkningerne vedlægges som bilag 12.

Den 17. juni 2020 blev jeg vurderet af speciallæge i ortopædkirurgi skulder-albue, som på baggrund af diagnosen CRPS fastsatte det varige mén til 40 % på baggrund af méntabellens pkt. D.1.9.1.2. Speciallægeerklæringen vedlægges som bilag 13.

Patienterstatningen traf den 19. juni 2020 afgørelse om et varigt mén på 40 %. Afgørelsen vedlægges som bilag 14.

1.2. Forsikringssagen

Jeg blev af familiemedlemmer opfordret til at anmelde skaden til ulykkesforsikringen for en sikkerheds skyld. Jeg rettede derfor henvendelse til Privatsikring den 21. juni 2017 og anmeldte skaden. Jeg havde dog ikke på dette tidspunkt mistanke om, at der vil være tale om varige mén, men det ville jo ikke skade at foretage anmeldelse.

Jeg blev dog straks oplyst, at skadebehandleren ikke mente at skaden var dækningsberettiget, idet jeg frivilligt var gået til bloddonation.

Jeg havde ikke anledning til at have mistro til Privatsikrings vurdering, idet jeg jo ganske rigtigt var gået frivilligt derind, og derudover var skaden dækket af Patienterstatningen.

Først i efteråret 2021 blev jeg opmærksom på, at skaden måske alligevel havde været dækket under policen. Denne mistanke var foranlediget af, at Privatsikring ændrede deres forsikringsbetin-

gelser per 22. juni 2021, hvor der i de generelle undtagelser (pkt. 5.1.) blev indført (police + betingelser af 22. juni 2021 vedlægges som bilag 15):

Skader, der skyldes donation af eller modtagelse af blod eller organer. Dette gælder dog ikke, hvis behandlingen er nødvendig på grund af et ulykkestilfælde, som forsikringen dækker.

Jeg tænkte, at dette alligevel var en pudsigt tilføjelse, da det lige præcis passede på min situation, og hvorfor det så var nødvendigt at tilføje en særskilt undtagelse hertil, hvis ikke situationen var dækket i forvejen.

At der var tale om en ny tilføjelse til betingelserne fremgår af police inkl. betingelser af 11. marts 2021 (vedlagt som bilag 16), hvor denne undtagelse ikke fremgår.

Herefter undersøgte jeg praksis og fandt på Ankenævnets hjemmeside kendelsen AK 62.098 (2004), hvor en præcis tilsvarende situation blev anerkendt som et ulykkestilfælde under ulykkesforsikringen. Kendelsen vedlægges som bilag 17.

Dette foranledigede, at jeg den 10. november 2021 skrev en mail til Privatsikring og forespurgte, om der var blevet udfærdiget et notat på sagen vedrørende anmeldelsen. Mailen vedlægges som bilag 18.

Den 16. november 2021 modtog jeg et link til en online skadeportal 'min side for skadenummer ...'. Mailen vedlægges som bilag 19.

Jeg kunne her konstatere, at der den 9. maj 2018 var lavet en skriftlig dækningsafvisning med henvisning til betingelsernes pkt. 4, afsnit 9 i den dagældende police, der vedlægges som bilag 20. Denne havde jeg ikke tidligere set, idet jeg ikke tidligere var meddelt adgang til denne skadeportal.

Den 17. november 2021 anmodede jeg derfor om en genvurdering af sagen. Mail herom vedlægges som bilag 21.

Den 8. december 2021 afviste Privatsikring at foretage en revurdering under henvisning til forældelse, idet Privatsikring var af den opfattelse, at dækningsafvisningen af 9. maj 2018 medførte, at FAL § 29, stk. 5, 1. pkt. var gældende (bilag 22):

Vi har afvist din skade den 09-maj-2018 og din indsigelse mod afvisningen indtræder herafter tidligst 1 år efter vores afvisning - dvs. den 09-maj-2019.

Den 3. januar 2022 gjorde jeg Privatsikring opmærksom på, at jeg ikke huskede at have modtaget afgørelsen, ligesom denne ikke fremgik af min mailindbakke eller e-Boks mv. Jeg bad derfor om dokumentation for, at afgørelsen overhovedet var modtaget, således at fristen i FAL § 29, stk. 5, 1. pkt. var påbegyndt. Mail herom vedlægges som bilag 23.

Den 13. januar 2022 svarede Privatsikring, at man ikke kunne dokumentere fremsendelsen af afvisningen, men at man fortsat afviste en revurdering. Mail herom vedlægges som bilag 24.

Den på skadetidspunktet gældende police af 8. oktober 2014 vedlægges som bilag 25.

2. Anbringender

Indledningsvist bemærkes, at det følger af Ankenævnets praksis at særlige atypiske skader udskylder forældelsens begyndelsestidspunkt til det tidspunkt, hvor skadelidte burde være klar over, at der vil opstå varige mén.

Det gøres på baggrund af det lægelige materiale i sagen gældende, at der er tale om en sådan atypisk skade, at forældelsesfristen ikke var påbegyndt ved anmeldelsen af skaden den 21. juni 2017, idet der på ingen måde var udsigt til at være varige mén, hvilket først kunne konstateres efter adskillige opgivne behandlingsforsøg og senere diagnosticering af nervesygdommen CRPS.

Derudover er det min opfattelse, at forældelsen ikke på nuværende tidspunkt er indtrådt, jf. nedenstående.

2.1. FAL § 29, stk. 5, 1. pkt.

Det gøres i første række gældende, at fristen efter FAL § 29, stk. 5, 1. pkt. skal regnes fra den 16. november 2021, hvor jeg fik adgang til skadeportalen og blev gjort bekendt med afvisningen af 9. maj 2018.

Der henvises til FAL § 33, stk. 1, hvorefter meddelelser fra forsikringsselskabet til forsikringstageren først er virksomme, når de modtages. Forsikringsselskabet har bevisbyrden for, at afvisningen er fremsendt, og det gøres gældende, at Privatsikring ikke har løftet denne bevisbyrde.

Der henvises til 'Specielle forældelsesregler' af Bo Von Eyben, 2. udg. (2021), side 218 f: *Spørgsmålet, om der sket en 'afvisning', volder normalt ikke tvivl. Som nævnt ovenfor har selskabet bevisbyrden for, at der er sket afvisning, jf. som eksempel på, at denne bevisbyrde ikke var løftet, AKF 94.391/2020, hvor der var sket anmeldelse af en bygningsskade, men hvor selskabet telefonisk havde meddelt, at dets taksator ikke havde kunnet konstatere nogen skade; herefter indsendte anmelderen nogle fotos til selskabet, og der var efterfølgende kontakt om sagen. Selskabet gjorde gældende, at den telefoniske meddelelse (der var understøttet af et notat) udgjorde en afvisning, men fik ikke medhold i, at dette var tilstrækkeligt (bevis) – dog også under henvisning til, at selskabet efterfølgende havde ageret, som om sagen ikke var afsluttet.*

I den nævnte kendelse var et telefonisk notat ikke et tilstrækkeligt bevis til at statuere, at forsikringsselskabet havde afvist dækning.

Det gøres tilsvarende gældende, at Privatsikring ikke har afvist dækning på et tidligere tidspunkt end den 16. november 2021, idet det bemærkes, at skadebehandleren den 21. juni 2017 blot oplyste, at hun ikke 'mente' at der var dækning, da der var tale om lægebehandling.

Derudover bemærkes, at Privatsikring i sin afgørelse af 8. december 2021 selv forudsatte, at fristen i FAL § 29, stk. 5, 1. pkt. begyndte ved fremsendelsen af den skriftlige afgørelse af 9. maj 2018, hvormed det må lægges til grund, at Privatsikring heller ikke selv anså den mundtlige tilkendegivelse den 21. juni 2017 for en afvisning i henhold til FAL § 29, stk. 5, 1. pkt.

2.2. Suspension

Såfremt det lægges til grund, at der er tale om en 'gyldig' afvisning, gøres det gældende, at forældelsen blev suspenderet af Privatsikrings tilkendegivelse om, at skaden ikke var dækningsberettiget, jf. forældelseslovens § 3, stk. 2.

Jeg var i god tro om, at skaden ikke var dækket, og jeg fik som nævnt først mistanke om det modsatte, da jeg blev bekendt med de ændrede vilkår, hvor der blev taget eksplicit forbehold for bloddonationsskader i betingelserne af 22. juni 2021.

Det er min opfattelse, at jeg var fuldt ud berettiget til at stole på Privatsikrings vurdering, og der kan efter min opfattelse ikke stilles krav til intetanende forbrugere om, at de selv skal være mistrouiske overfor deres forsikringsselskab og have kendskab til juridiske dækningsmæssige forhold, herunder kendskab til hele Ankenævnets praksis på området.

Det bemærkes, at der i den juridiske litteratur har været diskuteret, om en vildfarelse omkring dækningsomfanget af en police skulle kvalificeres som en faktisk eller retlig vildfarelse, idet der som udgangspunkt kun kan suspenderes for faktiske vildfarelser.

Det er imidlertid Bo Von Eybens opfattelse, at der er tale om faktisk vildfarelse, som kan begrunde suspension, jf. 'Specielle forældelsesregler', 2. udg. (2021), side 188 ff (mine fremhævelser):

For så vidt angår ukendskab til forsikringens dækningsomfang antages det som nævnt, at dette er udtryk for en retsvildfarelse, og at der i disse tilfælde 'kun undtagelsesvis' kan blive tale om suspension. Der henvises i den forbindelse til, at selv om forsikringsbetingelserne måtte være uklare, kan fristen ikke suspenderes, hvis forsikringstageren har haft mulighed for at få spørgsmålet om dækning afklaret ved henvendelse til forsikringsselskabet, og det samme antages at gælde, hvis forsikringstagerens passivitet skyldes, at han slet ikke har læst forsikringsbetingelserne. Hvis det var rigtigt, at disse tilfælde skal behandles som retsvildfarelse, ville sådanne vurderinger af dens mere eller mindre undskyldelige karakter ikke være relevante. Vildfarelsen ville generelt ikke kunne begrunde suspension, selv om den i det konkrete tilfælde måtte være 'undskyldelig'; den eneste, mulige undtagelse fra princippet om ikke-suspension ville i så fald være tilfælde, hvor vildfarelsen var fremkaldt af en ansvarspådragende rådgivningsfejl fra forsikringsselskabets side. Praksis synes imidlertid netop at vise, at der anlægges en konkret vurdering af, om forsikringstageren burde have indset eller skaffet sig kendskab til indholdet af forsikringsvilkårene, hvilket således viser, at disse tilfælde netop ikke behandles som retsvildfarelse.

Jf. således AKF 55.613/2001 (FED 2002.1992) om en skade som følge af råd, der blev konstateret i 1996, men først anmeldt næsten 5 år senere, da forsikringstageren først da blev opmærksom på, at forsikringen dækkede sådanne skader. Nævnet lagde til grund, at forsikringstageren forinden skaden havde fået meddelelse om, at forsikringen var blevet ændret bl.a. således, at den dækkede disse skader, og at han havde forstået betydningen heraf, således at han burde være vidende om dækningsomfanget på tidspunktet for konstateringen af skaden; kravet var derfor forældet.

I FED 1999.1415 Ø blev suspension afvist med den begrundelse, at den sikrede – efter at have modtaget en opgørelse over en pensionsordning – ikke befandt sig i en undskyldelig uvidenhed om, at den del af pensionsordningen, som blev overført til en bank, ikke omfattede den såkaldte § 50-del af ordningen. I dommen henvises ikke kun til FAL § 29, men også til 1908-loven, men betydningen af vildfarelsens karakter blev ikke ændret ved gennemførelsen af FOL.

I AKF 32.340 (omtalt i 'Forsikring' 1993 nr. 2) var en ulykke i 1986 blevet anmeldt som en arbejdsskade, og der blev i sagen herom fastsat en méngrad på 5 % i 1987. Skaden blev anmeldt til en privat ulykkesforsikring i 1992, idet forsikringstageren først da blev klar over, at denne også dækkede ved arbejdsskader. Nævnet fandt, at kravet var forfaldet i 1987, og at det derfor var forældet – efter den dagældende 5-års frist – i 1992, uanset om forsikringstageren var vidende om sit krav. Der blev således kun taget stilling til 5-års fristen, men hvis man havde fundet, at ukendskab til dækningsomfanget ikke kunne begrunde suspension, ville det være mere nærliggende at statuere forældelse efter den dagældende 2-års frist (hvilket forsikringsselskabet argumenterede for).

I FED 1996.412 Ø blev der ikke taget stilling til betydningen af, at den sikrede først nogle år efter, at diagnosen sklerose blev stillet, blev klar over, at en ulykkesforsikring dækkede denne sygdom, idet dommens henvisning til forsikringstagerens manglende kendskab til sit krav formentlig kun sigtede til udviklingen af sygdommens alvor.

Hvis man opfattede ukendskab til dækningsomfanget som retsvildfarelse, skulle det klare udgangspunkt som nævnt være, at den sikredes heraf følgende ukendskab til sit krav overhovedet ikke kunne begrunde suspension af den 'korte' forældelsesfrist. Men dette har ingen afgørelse statueret. Suspension er mulig, men den udelukkes – ligesom ved ukendskab til forsikringens eksistens – ikke kun ved positivt kendskab til dækningsomfanget, men også, når den sikrede burde have kendskab hertil. Noget andet er, at praksis viser, at de almindelige suspensionsbetingelser sjældent vil være opfyldt (i begge tilfældegrupper), således at resultatet ikke bliver meget anderledes, end hvis de opfattedes som retsvildfarelse.

Som nævnt ovenfor er kerneområdet for princippet om ikke-suspension ved retsvildfarelse tilfælde, hvor en hidtidig forståelse af en retsregel underkendes ved en retsafgørelse, således at grundlaget for hidtidige erlæggelse eller ikke-erlæggelse af ydelser derved ændres. En sådan situation foreligger ikke, når det drejer sig om forståelsen af aftalevilkår – i hvert fald ikke, når de ikke har en sådan karakter og udbredelse som standardvilkår på et retsområde, at de reelt fungerer som (deklaratorisk) lovgivning. De reale grunde, som taler for at afskære suspension ved retsvildfarelse, gør sig ikke gældende (eller i hvert fald ikke med samme styrke), når vildfarelsen ikke vedrører forståelsen af en retsregel. Der er heller ikke grund til at behandle ukendskab til forsikringens eksistens og ukendskab til dens dækningsomfang helt forskelligt. Dette ses tydeligt i et tilfælde som i den ovenfor nævnte AKF 55.613/2001, hvor spørgsmålet om dækningsomfang reelt var et spørgsmål om kendskab til eksistensen af en ændring af forsikringen.

Forskellen mellem de to situationer består derimod i, at ukendskab til dækningsomfanget sjældnere vil kunne være utilregneligt, fordi den sikrede må have pligt til at undersøge forsikringsbetingelserne (når de er tilgængelige) og til at få en eventuel tvivl om forståelsen heraf afklaret ved henvendelse til forsikringsselskabet. Hvis den sikrede havde eller burde have haft kendskab til forsikringens eksistens og adgang til forsikringsbetingelserne, vil der derfor normalt ikke – om overhovedet – kunne blive tale om suspension på grund af vildfarelse om dækningsomfanget. Dette er således begrundelsen for resultatet – og ikke, at det drejer sig om retsvildfarelse.

Det gøres således gældende, at vildfarelse om dækningsomfang kvalificeres som en faktisk vildfarelse, der kan begrunde suspension.

Det gøres videre gældende, at vildfarelsen i nærværende sag må anses for undskyldelig, idet vildfarelsen alene beror på Privatsikrings forhold (ansvarspådragende rådgiverfejl), og jeg som forbruger har været i god tro herom, og først fik kendskab til Ankenævnets praksis efter Privatsikrings egen tilføjelse af bloddonationsskader forsikringsbetingelserne af 22. juni 2021.

Der henvises herunder til Von Eybens bemærkning '*fordi den sikrede må have pligt til at undersøge forsikringsbetingelserne (når de er tilgængelige) og til at få en eventuel tvivl om forståelsen heraf afklaret ved henvendelse til forsikringsselskabet.*' Jeg har netop opfyldt denne pligt, og det er alene Privatsikrings forhold som medførte, at jeg kom i denne vildfarelse om dækningsområdet.

Derudover bemærkes, at selv hvis vildfarelsen måtte kvalificeres som en retlig vildfarelse, da vil forældelsen alligevel kunne suspenderes, idet der er tale om en ansvarspådragende rådgiverfejl.

2.3. Ansvarspådragende rådgiverfejl

I tredje række gøres det gældende, at Privatsikring har pådraget sig et selvstændigt erstatningsansvar ved den åbenlyse fejlrådgivning om, at skaden ikke var dækket.

Det antages, at der på baggrund af kendelsen AK 62.098 (2004), samt Privatsikrings egen tilføjelse af bloddonationsskader i dækningsundtagelserne er enighed om, at forholdet skulle have været dækket under policen. Der er således heller intet hensyn at tage til Privatsikring.

Der henvises til lov om finansiell virksomhed § 43, hvorefter finansielle virksomheder skal drives i overensstemmelse med redelig forretningsskik og god praksis inden for området, samt bekendtgørelse 2016-04-07 nr. 330 om god skik for finansielle virksomheders § 3, stk. 1, hvorefter en finansiell virksomhed skal handle *redeligt og loyalt* over for sine kunder.

Privatsikring er i sagens natur nærmest til at kende dækningsområdet af sine egne forsikringsbetingelser, herunder praksis på området, og det kan ikke forventes, at en intetanende forbruger bør stille sig kritisk heroverfor eller i øvrigt have nærmere juridisk kendskab til dækningsområdet, som i nærværende sag. Dette gør sig særligt gældende, idet skaden tillige var dækket af Patienterstatningen, hvorfor det ville give god mening, at hvis skaden var undtaget for dækning.

Uanset om skadebehandleren måtte have været i god tro, burde Privatsikring have foretaget en nærmere vurdering af dækningsområdet, herunder med undersøgelse af gældende praksis, før end der blev truffet en afgørelse.

Som følge af Privatsikrings ansvarspådragende fejl har jeg nu mistet den forsikringsdækning for mine varige skader, jeg havde krav på, uagtet at jeg har betalt for forsikringsdækning i perioden.

Det gøres gældende, at forældelsesfristen vedrørende et eventuelt krav baseret på dansk rets erstatningsregler tidligst løber fra det tidspunkt, hvor jeg fik kendskab til Privatsikrings ansvarspådragende adfærd, hvilket skete i efteråret 2021 og under alle omstændigheder tidligst den 22. juni 2021, hvor Privatsikring ændrede forsikringsbetingelserne.

Det gøres herudover gældende, at dansk rets almindelige erstatningsbetingelser i øvrigt er opfyldte."

Selskabet har den 14/12 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Der klages over, at vi har afvist at dække et anmeldt ulykkestilfælde, hvor vores kunde, i det følgende kaldet klageren, har pådraget sig en nerveskade i venstre arm i forbindelse med donation af blod.

Vi har afvist skaden med henvisning til, at et eventuelt krav i anledning heraf er forældet.

Sagsforløb

Klageren er omfattet af en ulykkesforsikring i Privatsikring. De på skadestidspunktet gældende forsikringsbetingelser vedlægges som bilag 1.

Den 21. juni 2017 anmelder klageren telefonisk, at hun har fået gener i venstre arm efter hun har givet blod, hvor sygeplejersken har stukket forkert og ramt en nerve. Hun oplyser, at skaden er anmeldt til Patientforsikringen. Kopi af skadebeskrivelse vedlægges som bilag 2.

Vi afviser skaden pr. telefon, da forsikringen ikke dækker følger af lægelig behandling, hvis selve handlingen ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettiget ulykkestilfælde. I forbindelse med afvisningen bliver der lavet et skriftligt notat på sagen. Kopi af notatet vedlægges som bilag 3.

Den 7. maj 2018 henvender klageren sig telefonisk, idet hun ønsker et skriftligt afslag tilsendt med begrundelse for, hvorfor vi ikke dækker skaden. Hun oplyser at hun skal bruge det i forbindelse med hendes erstatningssag.

Den 9. maj 2018 sender vi en skriftlig afvisning til klageren. Brevet bliver sendt pr. post. Kopi af brevet vedlægges som bilag 4.

Den 17. maj 2018 rykker klageren for brevet. Vores medarbejder fortæller, at brevet er blevet sendt og det aftales, at hun lige giver det et par dage.

Den 6. juni 2018 kontakter klageren os igen telefonisk. Hun fortæller, at hun har fundet en ankenævnskendelse, som kan have betydning for hendes sag. Hun oplyser, at hun vil skrive til os, hvis den er relevant.

Kopi af telefonnotat vedlægges som bilag 5.

Herefter hører vores Skadeafdeling intet fra klageren før den 17. november 2021, hvor hun beder os om at revurdere sagen. I mailen skriver klageren om forsikringssagen blandt andet følgende: *'Jeg anmeldte telefonisk skaden den 21. juni 2017 under ovenstående policenummer, som blev registreret med skadenummer ... Jeg blev dog straks oplyst, at skaden ikke var dækningsberettiget, idet jeg frivilligt havde deltaget i bloddonation. Udskrift af sagsinformation vedlægges som bilag 16. Den 9. maj 2018 modtog jeg brev om afvisning af dækning under henvisning til, at ulykkesforsikringen ikke dækker følger af lægebehandling. Dækningsafvisningen vedlægges som bilag 17'.*

Kopi af klagerens mail er vedlagt af klageren som bilag 21.

Den 8. december 2021 afviser vi skaden med henvisning til, at et eventuelt krav i anledning heraf er forældet.

Kopi af vores brev er vedlagt af klageren som bilag 22.

Den 3. januar 2022 modtager vi en mail fra klageren, som ikke er enig i, at der er indtrådt forældelse, idet hun mener at forældelsesfristen først bør regnes fra det tidspunkt, hvor det stod klart at hendes følger efter skaden var varige. Hun gør desuden gældende, at hun aldrig har modtaget vores afvisningsbrev af 9. maj 2018, idet hun først har fået adgang til 'min side' den 16. november 2021 og hun har ikke modtaget noget på hverken mail eller i e Boks. Hun beder derfor om dokumentation for vores afvisning.

Kopi af klagerens mail er vedlagt af klageren som bilag 23.

Den 13. januar 2022 oplyser vores Skadeafdeling, at vores brev af 9. maj 2018 er sendt pr. post og vedhæfter samtidig kopi af vores telefonnotat af 21. juni 2017.

Vi hører herefter intet fra klageren, før vi modtager ankenævnsklagen.

Vores vurdering

I klagen til nævnet har klageren anført, at hun ønsker dækning for en nerveskade i venstre arm, som hun pådrog sig i forbindelse med donation af blod den 14. juni 2017.

Til støtte herfor henviser klageren til, at Privatsikring den 22. juni 2021 tilføjede en undtagelsesbestemmelse i forsikringsbetingelsernes punkt 5.1., hvorefter forsikringen ikke dækker '*skader, der skyldes donation af eller modtagelse af blod eller organer. Dette gælder dog ikke, hvis behandlingen er nødvendig på grund af et ulykkestilfælde, som forsikringen dækker*'.

Hun henviser også til AK 62.098, hvor en stikskade blev anerkendt som et ulykkestilfælde.

Klageren gør gældende, at der ikke er indtrådt forældelse af kravet. Til støtte herfor henviser hun blandt andet til, at forældelsesfristen først bør regnes fra det tidspunkt, hvor det stod klart at skaden havde efterladt varige mén. Hun gør desuden gældende, at hun aldrig har modtaget vores afvisningsbrev af 9. maj 2018 og derfor først blev bekendt med brevet, da hun fik adgang til 'min side' den 16. november 2021, hvorfor forældelsesfristen først bør løbe fra dette tidspunkt.

Endelig gør klageren gældende, at Privatsikring har pådraget sig et selvstændigt erstatningsansvar ved at fejlrådgive hende om, at skaden ikke var dækket under den tegnede ulykkesforsikring.

Vi gør opmærksom på, at bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 5.1., som klageren henviser til, er en undtagelsesbestemmelse som blev tilføjet i 2021. Bestemmelsen var således ikke gældende på tidspunktet for skadens indtræden i 2017 og har derfor ingen relevans for sagen.

Efter modtagelsen af ankenævnsklagen har vi haft lejlighed til at gennemgå sagen på ny. Vi har på baggrund af kendelsen AK 62.098 besluttet at anerkende den anmeldte stikskade som et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Det er vores opfattelse, at vi ikke ved at afvise skaden har pådraget os et erstatningsansvar over for klageren. En sådan ansvarsregel ville potentielt betyde, at et selskab kunne ifalde et erstatningsansvar i alle sager, hvor skaden i første omgang blev afvist. Der er tale om en vurdering, som ofte indeholder en vis grad af skøn, og der kan være mange årsager til at vurderingen efterfølgende omgøres.

Vi fastholder imidlertid, at i hvert fald en del af kravet er forældet.

I klagerens gældende forsikringsbetingelser under fælles betingelser punkt 8.0 'forældelse af sikredes krav' fremgår det, at 'For dækning af skader gælder forsikringsaftalelovens almindelige bestemmelser, jf. dog bestemmelsen i pkt. 6, 3. og 4. afsnit'.

Af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1 fremgår, at 'krav i anledning af forsikringsaftalen forældes efter reglerne i forældelsesloven, jf. dog stk. 2-6'.

Ifølge forældelseslovens §§ 2 og 3 gælder en 3-årig forældelsesfrist for at anmelde sit krav til forsikringen. Fristen regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor vedkommende kan fremsætte sit krav om forsikringsdækning over for sin forsikring. Efter ankenævnets praksis er dette tidspunktet, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at klageren har haft en rimelig anledning til at anmelde kravet til selskabet, selvom en eventuel méngrad først ville kunne opgøres senere.

Af de lægelige oplysninger fremgår, at klageren allerede i timerne efter blodtapningen den 14. juni 2017 oplevede kraftige smerter i venstre arm, kræftnedsættelse og snurrende fornemmelse i fingrene. Hun følte det strammede op i overarmen og ned i underarmen, og hun havde svært ved at strække og bøje armen.

Af den lægelige vurdering af 14. juni 2020 lavet i forbindelse med sagen hos Patienterstatningen fremgår, at generne havde været kontinuerligt til stede siden hændelsen.

Det er derfor vores vurdering, at skaden allerede på skadestidspunktet havde vist sig på en sådan måde, at klageren måtte være klar over, at hun kunne have et krav mod forsikringen, og forældelsesfristen bør derfor løbe fra dette tidspunkt. At klageren anmeldte hændelsen umiddelbart efter skaden, taler også for at forældelsesfristen skal regnes fra skadestidspunktet.

I henhold til forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt. forældes krav i anledning af en forsikringsaftale tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at kravet helt eller delvist afvises.

Klageren anmeldte skaden telefonisk den 21. juni 2017, og samme dag afviste vi mundtligt skaden som dækningsberettigende. Der blev i forbindelse hermed lavet skriftligt notat herom, jf. bilag 3.

På anmodning fra klageren, sendte vi den 9. maj 2018 en skriftlig afvisning til klageren. Klageren bestrider imidlertid, at hun skulle have modtaget brevet. Vi skal i den forbindelse gøre nævnet opmærksom på, at klageren i mailen af 17. november 2021 skriver, at '*den 9. maj 2018 modtog jeg brev om afvisning af dækning under henvisning til, at ulykkesforsikringen ikke dækker følger af lægelig behandling*'. Det må på baggrund af denne mail kunne lægges til grund, at klageren rent faktisk modtog vores brev.

Selv hvis det lægges til grund, at klageren ikke modtog brevet, har vi afvist skaden mundtligt den 21. juni 2017. Forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt. stiller ingen formkrav til selskabets meddelelse, og en mundtlig afvisning må derfor have den samme retlige virkning som hvis en afvisning var givet skriftligt.

Da den 1-årige tillægsfrist kan indeholdes i den almindelige 3-årige forældelsesfrist, var krav i anledning af skaden forældet 3 år efter skaden, altså den 21. juni 2020.

Det fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 19. juni 2020, at klagerens sag blev afsluttet den 7. juni 2018, hvor hun fik udbetalt en godtgørelse for gener svarende til en méngrad på 10 %. Det fremgår også, at klageren i januar 2020 oplevede en forværring af sine gener, som Patienterstatningen vurderede, udgjorde et mén på yderligere 30 %.

Klagerens oprindelige krav som følge af skaden var forældet ved hendes fornyede henvendelse til os i november 2021. Da skaden er afvist, har vi ikke haft lejlighed til at opgøre størrelsen af kravet.

For så vidt angår en eventuel senere indtrådt forværring af generne, vil vi genoptage sagsbehandlingen med henblik på en vurdering af, hvornår forværringen er indtrådt og om denne er dækket af forsikringen eller om kravet skulle være faldet for forældelse."

Klageren har i brev af 8/1 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Det kan konstateres, at Privatsikring nu uden nogen former for forbehold anerkender, at den skade som jeg loyalt anmeldte kort efter ulykken skete, var dækket under policen, og at sagen nu alene omhandler forældelse.

Det kan således lægges til grund, at såfremt Privatsikring måtte få medhold i en absurd forældelsespåstand, at Privatsikring i så fald vil blive beriget på bekostning af mig som forbruger, der 1) resten af mit liv skal leve med daglige og kraftige smerter med 40 % varige mén, 2) der nu engang har betalt for den forsikring, der - nu ubestridt - skulle have dækket skaden og 3) at jeg loyalt anmeldte skaden med henblik på at undersøge dækning, der alene blev afvist pga. Privatsikrings egen uagtsomme fejlbehandling eller forsætlige spekulationer ('går den - så går den').

Ovenstående understreger således, at der absolut intet hensyn er at tage til Privatsikring i denne sag. Privatsikrings håndtering af sagen er fuldstændig utilstedelig som forbrugerorienteret forsikringsselskab! Nedenstående følger mine bemærkninger til Privatsikrings svarskrift for hvert enkelt anbringende gjort gældende ved klageskriftet.

2. FAL § 29, stk. 5, 1. pkt.

Hvorvidt Privatsikrings mundtlige dækningsafvisning den 21. juni 2017 må anses at have aktiveret fristen i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, må være op til nævnet at vurdere.

Det må dog tilføjes, at der alene blev henvist til, at jeg frivilligt var gået til bloddonation, og der blev derimod ikke henvist til konkrete undtagelsesbestemmelser i forsikringsbetingelserne og/eller nævns- eller retspraksis. Jeg havde således ikke nogen reel mulighed for at vurdere min retsstilling, hvorfor det er min opfattelse, at uanset at Privatsikring afviste dækning, blev fristen ikke aktiveret.

For så vidt angår den skriftlige afvisning dateret den 9. maj 2018, fastholdes det, at jeg først blev gjort bekendt med denne den 16. november 2021, da jeg blev meddelt adgang til Privatsikrings online system 'min side', jf. bilag 19.

Denne adgang blev som nævnt givet på baggrund af min mail af 10. november 2021, hvori jeg anførte:

'Jeg anmeldte i sommeren 2017 en skade telefonisk angående en stikskade i forbindelse med bloddonation den 14. juni 2017, som blev afvist med det samme. Jeg skal venligst høre, om der er udfærdiget et notat herom, som jeg kan få tilsendt?'

Ordlyden af denne mail taler således ikke for, at jeg tidligere har været bekendt med en skriftlig afvisning.

For så vidt angår de påståede telefonsamtaler i 2018, har jeg absolut ingen erindring om disse, som jeg derfor må bestride. Privatsikring har ikke løftet bevisbyrden herfor ved fremlæggelse af egne udfærdigede notater. Det forhold, at jeg i mail af 17. november 2021 anvendte formuleringen 'modtog' om brevet, er naturligvis uheldig, men der henvises alene til dateringen af brevet. På dette tidspunkt, hvor Privatsikring ikke havde gjort forældelse gældende, var der ingen anledning for mig til at overveje, hvorvidt brevet faktisk var modtaget, hvilket jeg først havde anledning til at undersøge efterfølgende.

Det er Privatsikrings påstand, at den skriftlige afvisning blev afsendt med post, men Privatsikring har tilsyneladende ikke sikret sig bevis herfor. Det vækker da ligeledes forundring, hvis Privatsikring skulle have anvendt postforsendelse, idet Privatsikring jo anvender en online-tjeneste til kommunikation med deres kunder, jf. bilag 19.

3. Suspension

Det fremgår af Privatsikrings svarskrift, at Privatsikring alene interesserer sig for forældelsesfristens begyndelsestidspunkt, hvilken jo er aldeles irrelevant for sagen, såfremt det lægges til grund, at Privatsikrings afvisning bragte mig i utilregnelig uvidenhed om mit – nu ubestridte – krav mod Privatsikring, idet forældelsesfristen i så fald suspenderes, jf. forældelseslovens § 3, stk. 2.

Privatsikring har imidlertid ikke med ét ord forholdt sig til anbringendet om suspension.

Uden Privatsikrings bemærkninger hertil, fremstår det uklart, hvorfor Privatsikring ikke måtte mene, at Privatsikrings egen uberettigede afvisning overfor en intetanende forbruger ikke måtte karakteriseres som utilregnelig uvidenhed, der medførte suspension.

Det kan dog konstateres, at Privatsikring ikke har bestridt Bo Von Eybens teori om, at vildfarelse om dækningsomfang i policen udgør en faktisk vildfarelse, som utvivlsomt kan være genstand for suspension. Herom er der således enighed blandt parterne.

Det fastholdes således, at Privatsikrings afvisning den 21. juni 2017 suspenderede forældelsesfristen, idet en forbruger må kunne stole på sit forsikringsselskabs rådgivning/afgørelse, hvorefter spørgsmålet alene er, hvornår jeg så fik viden om mit potentielle krav – altså hvornår jeg fik kendskab til kendelsen AK 62.098 (2004).

Privatsikring har ikke løftet bevisbyrden for, at jeg har været bekendt med afgørelsen i mere end 3 år før forældelsesafbrydende skridt blev foretaget ved nærværende klagesags anlæg.

Privatsikring har i sit svarskrift anført:

'Den 6. juni 2018 kontakter klageren os igen telefonisk. Hun fortæller, at hun har fundet en ankenævnskendelse, som kan have betydning for hendes sag. Hun oplyser, at hun vil skrive til os, hvis den er relevant.'

Tilsvarende ovenstående telefonsamtaler, skal forholdet bestrides. Jeg har absolut ingen erindring om en sådan telefonsamtale eller kendskab til, hvad telefonsamtalen måtte have været foranlediget af.

Det fremstår uklart, om Privatsikring med citatet insinuerer, at jeg allerede på daværende tidspunkt havde kendskab til kendelsen AK 62.098 (2004), hvilket jeg da i så fald på det kraftigste må bestride.

Såfremt jeg havde haft kendskab til en kendelse, der ikke efterlader nogen som helst tvivl om, at skaden var dækningsberettiget, havde jeg i sagens natur ikke ventet i flere år med at gøre kendelsen gældende.

Det savner da tilsvarende mening, at jeg i så fald blot skulle have ringet til Privatsikring med oplysning om en uspecificeret kendelse uden samtidig at gøre den gældende, hvorfor en sådan påstand da ligeledes har formodningen imod sig.

Privatsikring har under alle omstændigheder ikke løftet bevisbyrden herfor.

Det fastholdes derimod, at jeg først blev bekendt med kendelsen AK 62.098 (2004) i efteråret 2021, efter Privatsikring i de nye betingelser per 22. juni 2021 specifikt indskrev bloddonationsskader i undtagelsesbestemmelserne.

Privatsikring har i sit svarskrift anført, at disse nye betingelser ikke har nogen relevans for sagen, idet de ikke var gældende på skadetidspunktet, hvilket i sagens natur er korrekt, men de nye betingelser har naturligvis stor betydning for sagen, idet det var denne indskrivning af bloddonationsskader, der medførte, at jeg fik mistanke om, at den oprindelige afvisning var uberettiget.

Privatsikring ville naturligvis kun have tilføjet en så specifik skadessituation i undtagelsesbestemmelserne, hvis ikke bloddonationsskader allerede havde været dækket under de tidligere gældende bestemmelser på skadetidspunktet – hvilket jo nu, ved Privatsikrings dækningstilsagn, ligeledes kan lægges til grund.

Det forhold, at den specifikke skadesituation således blev tilføjet i undtagelsesbestemmelserne, var således særligt egnet til at vække en sådan mistanke, og der må således også påhvile Privatsikring en skærpet bevisbyrde for, at jeg måtte have været bekendt med dækningen, herunder ankenævnskendelsen, forud for indskrivningen af bloddonationsskader i forsikringsbetingelserne per 22. juni 2021.

Opsummerende fastholdes det i svarskriftet anførte om, at Privatsikrings afvisning bragte mig i utilregnelig uvidenhed om mit krav, som først blev bragt til ophør i efteråret 2021 - og tidligst ved

Privatsikrings ændring af forsikringsbetingelserne per 22. juni 2021, hvorefter kravet følgelig ikke er forældet.

4. Ansvarspådragende rådgiverfejl

Privatsikring afviser at have handlet ansvarspådragende ved sin ubestridte fejlrådgivning, tilsyneladende ud fra nogle generelle betragtninger om, 1) at det ville være uhensigtsmæssigt, at forsikringsselskaber kan holdes erstatningsansvarlige for tidligere afvisninger, og 2) at forsikringsselskabers afvisninger ofte er begrundet i et konkret skøn.

For så vidt angår første punkt, er det da ganske forståeligt, at Privatsikring vil finde det ubehageligt, hvis Privatsikring rent faktisk måtte være pligtig til at betale sine kunder, det de har krav på. Det kan i sagens natur ikke tillægges betydning for afgørelsen. I så fald vil Privatsikring jo blot kunne fortsætte sin praksis om at snyde sine kunder og efterfølgende påberåbe sig ansvarsfrihed og/eller forældelse.

Der er da heller intet uhensigtsmæssigt i, at forsikringsselskaber kan holdes erstatningsansvarlige for deres fejlrådgivning, idet forsikringsselskaberne jo i sagens natur beregner deres præmie ud fra den konkrete risiko ved en given forsikring, hvormed en ansvarsfrihed alene vil udgøre en uberettiget berigelse af forsikringsselskabet.

For så vidt angår andet punkt, vil et synspunkt om, at afvisningen bygger på et skøn, jo være forudsat, at der rent faktisk er udøvet et konkret skøn, som jeg kunne have forholdt mig til – det er i sagens natur ikke ansvarsfritagende, at der ofte foretages et skøn, hvis det ikke er tilfældet i nærværende sag.

Ud fra sagens oplysninger, sammenholdt med kendelsen AK 62.098 (2004), ses det vanskeligt, hvilket skøn Privatsikring rent faktisk har udøvet inden afvisningen blev meddelt – og som Privatsikring nu mener skal være ansvarsfritagende.

Det forhold, at afvisningen blev meddelt straks ved den telefoniske anmeldelse uden nogen form for konkret henvisning til forsikringsbetingelser eller praksis, taler da ligeledes imod, at der blev foretaget et skøn, hvilket da også understøttes ved telefonnotat fremlagt ved Privatsikrings bilag 3. Ligeledes taler det imod, at der rent faktisk blev foretaget et skøn, at Privatsikring nu blankt anerkender forsikringsdækningen.

Såfremt Privatsikring fastholder et anbringende om ansvarsfrihed ud fra et konkret skøn, må Privatsikring jo dokumentere, hvilket skøn der faktisk blev foretaget, og hvilke hensyn der gjorde, at Privatsikring konkret ikke mente, at skaden var dækket.

Det er min opfattelse, at kendelsen AK 62.098 (2004) ikke efterlader rum til et skøn, idet der klokkeklart statueres forsikringsdækning. Såfremt Privatsikring derimod var af den opfattelse, at AK 62.098 (2004) var en ukorrekt afgørelse, måtte Privatsikring jo have meddelt dette ved afvisningen, således at jeg kunne have forholdt mig til afgørelsen. Det må dog endvidere kunne lægges til grund, at Privatsikring anser kendelsen for korrekt, idet Privatsikring jo uden forbehold har anerkendt forsikringsdækningen ved deres svarskrift.

Det fastholdes således, at Privatsikrings håndtering af sagen er ansvarspådragende, herunder i strid med lov om finansiel virksomhed § 43 og bekendtgørelse 2016- 04-07 nr. 330 om god skik for finansielle virksomheders § 3, stk. 1."

Selskabet har i brev af 5/2 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Klageren anfører, at vi ved at afvise skaden har begået en ansvarspådragende rådgiverfejl, som skulle have bragt hende i en faktisk vildfarelse, der kan begrunde suspension af forældelsen.

Vi bestrider, at der skulle være handlet ansvarspådragende, eller at klageren skulle være bragt i en faktisk vildfarelse, som suspenderer forældelsen.

Klageren kan ikke siges at have været i utilregnelig uvidenhed om forsikringens dækningsomfang.

Som eksempel herpå kunne man forestille sig den situation, hvor et forsikringsselskab fejlagtigt oplyser at en bygningsforsikring ikke dækker rørskader, og forsikringstageren på den baggrund undlader at anmelde en skade. Forsikringstageren kunne dog få kendskab til dækningsomfanget ved at gennemlæse sine forsikringsbetingelser, og uvidenheden kan derfor næppe siges at være utilregnelig. Det kan desuden diskuteres, om situationen overhovedet er udtryk for en faktisk vildfarelse og ikke en retlig vildfarelse, som under alle omstændigheder ikke kan begrunde en suspension.

Klagerens ulykkesforsikring dækker de direkte følger efter et ulykkestilfælde. Ved et ulykkestilfælde forstås ifølge forsikringsbetingelserne en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

I den konkrete sag har der således ikke været tvivl om, hvad forsikringen dækker, nemlig følger efter et ulykkestilfælde.

Spørgsmålet om, hvorvidt en anmeldt hændelse opfylder ulykkesdefinitionen i forsikringsbetingelserne og dermed er dækket af forsikringen afhænger derimod af en konkret vurdering – en vurdering der i øvrigt ganske ofte vil afhænge af et skøn, hvilket også har været tilfældet i klagerens sag. Det forhold at vi i første omgang afviser at anerkende skaden kan derfor ikke betragtes som ansvarspådragende fejl fra vores side, ej heller kan dette forhold siges at have bragt klageren i en faktisk vildfarelse således at forældelsen suspenderes.

Selv hvis nævnet mod forventning finder, at klageren skulle være blevet bragt i en faktisk vildfarelse, som kan suspendere forældelsen, blev klageren bragt ud af vildfarelsen, da hun blev bekendt med ankenævnskendelsen i juni 2018, hvor hun kontaktede selskabet.

Klageren havde således været bekendt med kendelsen AK 62.098 og sit eventuelle krav i mere end 3 år, da hun kontaktede os den 17. november 2021.

Klageren bestrider, at hun skulle have kontaktet os i juni 2018. Det skulle i så fald betyde, at vores skadebehandler har noteret opdigtede oplysninger på sagen, hvilket savner mening og som vi som forsikringsselskab i øvrigt må tage stærkt afstand fra.

Vi har afvist skaden mundtligt den 21. juni 2017, hvilket klageren ikke har bestridt. Det fastholdes i øvrigt, at klageren modtog vores skriftlige afvisning af 9. maj 2018.

Klageren har selvfølgelig krav på at få en begrundelse for sit afslag, men forsikringsaftaleloven stiller ikke specifikke krav til indholdet af afslaget, og 'gyldigheden' er således ikke afhængig af, om der henvises til konkrete bestemmelser i forsikringsaftalen eller relevant praksis. Vi bemærker dog, at vi både i vores mundtlige og skriftlige afvisning har henvist til, at forsikringen netop ikke dækker følger af lægelig behandling, hvis behandlingen ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Vi fastholder herefter at i hvert fald en del af kravet var forældet ved klagerens henvendelse til os den 17. november 2021."

Klageren har i brev af 24/2 2023 til nævnet bl.a. anført:

"1. Anmodning om at sagen sættes i bero på Privatsikrings realitetsbehandling

Indledningsvist bemærkes, at Privatsikring ved svarskriftet anerkendte forsikringsdækningen og oplyste, at man genoptog sagsbehandlingen for så vidt angår forværringen af det varige mén. Privatsikring er dog endnu ikke vendt tilbage med en stillingtagen. Jeg skal derfor indledningsvist anmode om, at sagens behandling for Forsikringsankenævnet sættes i bero, indtil Privatsikring har taget endelig stilling hertil, idet det næppe er hensigtsmæssigt, hvis Privatsikring først efter forbedrelsens afslutning fremkommer med en stillingtagen, som vil give anledning til yderligere indsigelser, som Nævnet også skal tage stilling til.

2. Suspension

Privatsikring anfører, at det var så åbenbart, at forsikringen skulle have dækket skaden, at jeg umuligt kunne have været i utilregnelig uvidenhed, da jeg blot kunne have slået op i forsikringsbetingelserne. Man kan således undre sig over, hvorfor Privatsikring ikke blot selv slog op i betingelserne og konstaterede, at skaden var dækket, da skaden blev anmeldt.

Privatsikring kan i sagens natur ikke meningsfuldt påberåbe sig dette synspunkt og samtidig hævde, at der er blevet foretaget et skøn, som ikke måtte være ansvarspådragende – i øvrigt et skøn som Privatsikring fortsat hverken har redegjort for eller dokumenteret.

Uanset om Privatsikring måtte anse forsikringsdækningen for at være åbenbar, så havde Privatsikring utvivlsomt en forpligtelse til yde – korrekt – rådgivning om dækningen, da skaden blev anmeldt i 2017, jf. lov om finansiel virksomheds § 43, hvilket ligeledes følger af det kontraktuelle forhold mellem parterne. Der henvises til 'Forældelse efter forældelsesloven af 2007', 2. udg., af Bo Von Eyben, side 523 ff. om suspension ved professionel rådgivning (mine understregninger):

'Rådgivningsansvaret er karakteriseret ved at være et professionsansvar, idet det udspringer af, at en klient søger bistand som grundlag for beslutninger på områder, der forudsætter en særlig sagkundskab, som (kun) rådgiveren er – eller skulle være – i besiddelse af. Denne særlige relation mellem rådgiveren og klienten får også betydning for suspensionsreglen. Klienten vil normalt ikke have anledning til at anstille nærmere undersøgelser af, om rådgivningen har været korrekt, idet det normalt blot ville indebære, at man måtte henvende sig til en anden rådgiver på området. Der vil derfor typisk være grundlag for suspension af forældelsesfristen lige indtil det øjeblik, der faktisk viser sig konsekvenser af rådgivningen for klientens retslige eller økonomiske stilling (eller sådanne andre forhold, som rådgivningen måtte vedrøre).

[...]

Suspensionsreglens betydning ligger som nævnt i, at den person, som er blevet rådgivet, normalt vil savne grundlag for at kunne vide, at rådgivningen var fejlagtig og potentielt ansvarspådragende, før det viser sig, at rådgivningen medførte negative konsekvenser (eller udeblevne »positive« konsekvenser) i forhold til det tilsigtede. Suspensionen vil derfor normalt først ophøre, når klienten/kunden faktisk får kundskab herom. Der vil kun sjældent opstå spørgsmål om, hvorvidt klienten/kunden på et tidligere tidspunkt burde have skaffet sig kendskab til omstændigheder, som kunne vise eller indicere, at rådgivningen var fejlbehæftet på en sådan måde, at der kunne være grundlag for et erstatningskrav. Vurderingen af, hvad klienten/kunden burde have indset, er imidlertid konkret og individuel, og der må derfor tages hensyn til, om klienten/kunden – uden at være egentlig sagkyndig på området – dog havde særlige forudsætninger for at kende til de forhold, som rådgivningen vedrørte, således at vedkommende havde bedre muligheder end gennemsnitspersoner for at gennemskue fejl og mangler ved rådgivningen.'

Som det fremgår, medfører rådgiveransvaret således, at der ved professionel rådgivning – som et forsikringssselskabs rådgivning af sine kunder om dækningsforhold nu engang er – at der ikke er anledning for kunderne til at opsøge supplerende rådgivning om, hvorvidt forsikringssselskabets rådgivning nu også var korrekt. Man skal altså som forbruger kunne stole på, at den rådgivning man modtager, er korrekt, og i modsat fald må rådgiveren altså tåle, at forældelsen suspenderes.

For så vidt angår Privatsikrings bemærkning om, at fortolkningen af forsikringsvilkårene måtte udgøre en retlig vildfarelse, der ikke kan begrunde suspension, skal jeg blot henvise til det anførte i klageskriftet, herunder henvisningen til Bo Von Eybens fremstilling, der klart indtager det synspunkt, at der er tale om en faktisk vildfarelse.

Derudover gøres der netop undtagelse til denne hovedregel om retsvildfarelse ved rådgivning om juridiske forhold, jf. Von Eyben, side 499 f:

'Der gøres undtagelse fra hovedreglen ved krav i anledning af »fejl begået ved professionel rådgivning eller bistand i juridiske spørgsmål«. Undtagelsen har lige så lidt som hovedreglen fundet udtryk i lovteksten, men beror på, at den retspraksis, som er blevet opretholdt, ikke udelukkede suspension i særlige tilfælde, og at praksis og teori har antaget, at der må gøres undtagelse ved rådgivning om retsspørgsmål. Det særlige ved denne form for retsvildfarelse er, at den er fremkaldt ved selve det ansvarspådragende forhold. Den betragtning, som (bl.a.) ligger bag hovedreglen – at fordringshaveren selv kunne have taget initiativ til at få retsspørgsmålet afklaret, og at reglen skaber incitament hertil – kan ikke anføres over for den, der har søgt professionel bistand om rådgivning i retsspørgsmål. Professionsansvaret herom skal jo netop sikre, at man kan stole på, at rådgivningen lever op til professionsstandarden, og man kan derfor ikke fornuftigvis henvise den, der har søgt rådgivning, til at få afklaret, om dette er tilfældet. Nægtelse af suspension ville derfor være ensbetydende med en særlig begrænsning i ansvaret for rådgivning om retsspørgsmål i forhold til rådgivning om alt andet.'

Uanset om Nævnet således måtte finde, at der er tale om en retlig vildfarelse, gøres det gældende, at vildfarelsen alligevel har suspenderet forældelsesfristen, da vildfarelsen netop er fremkaldt af Privatsikrings ansvarspådragende rådgivning.

Det fastholdes, at jeg først blev gjort bekendt med kendelsen AK 62.098 (2004) efter Privatsikrings ændring af forsikringsbetingelserne i 2021, jf. det tidligere anførte. Et internt telefonnotat besidder i sagens natur ikke nogen bevisværdi, og jeg kan naturligvis ikke udtale mig om, hvorfor den pågældende skadebehandler omtaler en kendelse.

Det bemærkes, at det jo ikke er utænkeligt, at jeg eventuelt har kontaktet forsikringsselskabet i juni 2018, da det netop var i denne periode, at skaden blev udredt, og der blev truffet første afgørelse i Patienterstatningen, men det bestrides på det kraftigste, at jeg var bekendt med nævnte ankenævnskendelse. Det kan jo heller ikke udelukkes, at pågældende skadebehandler har misforstået et budskab, f.eks. at der blev henvist til en lægelig vurdering, hvilket i sagens natur ikke kan komme mig til skade.

Derudover bemærkes, at Privatsikring angiveligt havde fremsendt en skriftlig og begrundet afvisning den 9. maj 2018 - ca. 1 måned forinden denne påståede telefonsamtale. Det fremgår netop af telefonnotatet, at der blev set i betingelserne mv., jf. Privatsikrings bilag 5, (som Privatsikring jo mener åbenbart påviste dækning), hvorfor det tværtimod må antages, at pågældende skadebehandler har fastholdt mig i min vildfarelse om dækning.

Som tidligere anført ville det i sagens natur ikke give nogen mening, at jeg ikke blot gjorde kendelsen gældende, da kendelsen ikke efterlader nogen som helst tvivl om dækningen af skaden, hvorfor det tværtimod forekommer plausibelt, at jeg først undersøgte nævnets praksis, da Privatsikring ændrede forsikringsundtagelserne til eksplicit at omfatte bloddonationsskader, hvorefter jeg netop havde en særlig anledning hertil.

Under alle omstændigheder foreligger der intet bevis for, at der konkret henvises til kendelsen AK 62.098 (2004), og Privatsikring har således i alle tilfælde ikke bevist, at jeg har været bekendt med kendelsen i mere end 3 år. Jeg kan i sagens natur ikke modbevise et postulat i et internt telefonnotat.

3. Ansvarspådragende rådgiverfejl

Som tidligere anført har Privatsikring nu indtaget det synspunkt, at forsikringsdækningen var så åbenbar, at jeg blot kunne have slået op i forsikringsbetingelserne og konstateret, at skaden var dækket under policen. Dette synspunkt taler i sagens natur for, at der er tale om en klar rådgiverfejl.

På trods af at forsikringsdækningen er åbenbar, forsvare Privatsikring sig med, at der blev foretaget et skøn i den konkrete sag, men Privatsikring har fortsat hverken redegjort for skønnet eller fremlagt dokumentation herfor, og det ses således vanskeligt, hvad skønnet skulle bestå i.

Under alle omstændigheder gøres det gældende, at Privatsikrings manglende dokumentation af skønnet må komme Privatsikring processuelt til skade."

Selskabet har i brev af 24/3 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Ad 1 – anmodning om, at sagen sættes i bero

Som tilkendegivet i tidligere indlæg, vil Privatsikring være indstillet på at genoptage sagsbehandlingen i forhold til en eventuel senere indtrådt forværring af klagerens gener efter skaden den 14. juni 2017.

Klagerens ulykkesforsikring dækker med henvisning til fællesbetingelserne punkt 6, afsnit 3 ikke følger, herunder forværring af følger, der viser sig senere end 5 år efter, at ulykkestilfældet er indtrådt.

En eventuel senere indtrådt forværring af følgerne efter skaden vil derfor kun være dækket, hvis forværringen har vist sig indenfor 5 år efter, ulykkestilfældet er indtrådt.

Det er klageren, der har bevisbyrden for, at følgerne efter skaden er forværret samt at forværringen har vist sig indenfor 5 år efter, ulykkestilfældet er indtrådt.

Vi har til vurdering heraf brug for lægelige dokumentation herfor. Såfremt klageren indsender denne, vil Privatsikring selvfølgelig se på sagen på ny.

Vi gør opmærksom på, at de almindelige forældelsesregler fortsat gælder. Skulle der være indtrådt en forværring af generne efter skaden indenfor de 5 år, men som ligger mere end 3 år tilbage, kan et eventuelt yderligere krav i anledning heraf således være forældet.

Ad 2 og 3 – ansvarspådragende rådgiverfejl og suspension af forældelsen

Privatsikring har ikke anført, at det var åbenbart at den anmeldte hændelse var dækket på klagerens ulykkesforsikring. Privatsikring har anført, at det af vilkårene for ulykkesforsikringen klart fremgår, hvad forsikringen dækker, nemlig følger efter et ulykkestilfælde. Hvad der må forstås som et ulykkestilfælde vil derimod afhænge af en konkret vurdering.

Det er fortsat Privatsikrings klare vurdering, at vi ikke har begået egentlige fejl i forbindelse med sagsbehandlingen, som kan begrunde et ansvar overfor klageren. Privatsikring er således også fortsat af den opfattelse, at der ikke kan ske suspension af forældelsen som følge heraf.

Privatsikring henviser til tidligere indlæg i sagen.

Klageren bestrider, at hun skulle have haft kendskab til AK 62.098 allerede i 2018. Hertil skal Privatsikring endnu engang henvise til telefonnotatet af 6. juni 2018, hvor klageren oplyste at hun havde fundet en kendelse, som hun mente kunne have betydning for hendes sag. Skadebehandleren har ikke noteret kendelsesnummeret, men det er svært at forestille sig, at der ikke skulle være tale om selvsamme kendelse, som klageren efterfølgende og nu også over for Ankenævnet henviser til.

Vi har ikke yderligere til sagen, som kan forelægges nævnet på det foreliggende grundlag."

Klageren har i brev af 11/4 2023 til nævnet bl.a. anført:

"1. Opgørelse af påstanden

Påstanden ændres således, at Privatsikring tilpligtes at betale kr. 960.000 med tillæg af renter efter forsikringsaftalelovens § 24, stk. 2.

Det gøres i den forbindelse gældende, at bevisbyrden for et varigt mén på 40 % er løftet ved fremlæggelsen af speciallægeerklæring ved bilag 13, der blev lagt til grund for Patienterstatningens afgørelse ved bilag 14.

Kravet er opgjort i overensstemmelse med dagældende police fremlagt ved bilag 25 svarende til 40 % af invaliditetssummen inkl. tillægserstatning (fra 30 % varigt mén) på kr. 2.400.000, jf. bilag 25, side 4.

For så vidt angår rentekravet bemærkes, at den eneste årsag til at der ikke blev fremsendt lægelig dokumentation og krav i takt med den medicinske udredning i 2017-2020 skyldes Privatsikrings ansvarspådragende rådgivning om, at skaden ikke var forsikringsdækket. Såfremt Privatsikring havde ydet korrekt rådgivning og anerkendt dækningen, som Privatsikring var forpligtiget til, havde der selvsagt løbende været fremsat krav mod Privatsikring i forbindelse med Patienterstatningens afgørelser om det varige mén.

Det gøres derfor gældende, at der skal ske forrentning af kr. 120.000 (svarende til 10 % varigt mén uden tillægserstatning) fra ikke senere end 14 dage efter Patienterstatningens afgørelse af 7. juni 2018, jf. bilag 7, samt forrentning af kr. 840.000 (svarende til 40 % varigt mén inkl. tillægserstatning men med fradrag af kr. 120.000) fra ikke senere end 14 dage efter Patienterstatningens afgørelse af 19. juni 2020, jf. bilag 14. Subsidiært gøres det gældende, at kravet forrentes senest 14 dage efter den 17. november 2021, hvor Privatsikring fik tilsendt den lægelige dokumentation, jf. bilag 21.

2. Ad anmodning om udsættelse på Privatsikrings realitetsbehandling

Privatsikring har oplyst, at der ønskes lægelig dokumentation førend sagen kan realitetsbehandles. Jeg må henvise til, at jeg allerede den 17. november 2021 fremsendte lægelig dokumentation, der ligeledes er tilgængeligt ved nærværende forsikringsankenævns sag, og det er således ganske uforståeligt, at Privatsikring endnu ikke har påbegyndt sagsbehandlingen. Der henvises således navnlig til speciallægeerklæring af 17. juni 2020, jf. bilag 13, der påviser en forværring af det varige mén fra 10 % til 40 %.

Såfremt Privatsikring ikke ser sig i stand til at foretage en vurdering, må Privatsikring jo oplyse, hvilken dokumentation, der anses for nødvendig.

For så vidt angår bemærkningen om at forældelsen af krav i relation til en forværring fortsat løber, henvises til at nærværende ankenævns sag har fristafbrydende virkning, jf. forældelseslovens § 16.

Derudover må det på baggrund af Privatsikrings tilkendegivelser under ankenævns sagen om at ville realitetsbehandle krav vedrørende selve forværringen fra 10 % til 40 % varigt mén antages, at Privatsikring ikke anser krav herom for realitetsbehandlet tidligere, hvorfor forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 tillige finder anvendelse for vidt angår selve forværringen.

3. Afsluttende bemærkninger til suspension og erstatningsansvar

I det følgende skal jeg blot fremkomme med mine afsluttende bemærkninger til spørgsmålet om suspension og erstatningsansvar, idet alt det tidligere anførte fastholdes.

Privatsikring har i sit indlæg af 24. marts 2023 anført:

'Privatsikring har ikke anført, at det var åbenbart at den anmeldte hændelse var dækket på klagerens ulykkesforsikring. Privatsikring har anført, at det af vilkårene for ulykkesforsikringen klart fremgår, hvad forsikringen dækker, nemlig følger efter et ulykkestilfælde. Hvad der må forstås som et ulykkestilfælde vil derimod afhænge af en konkret vurdering.'

Den dækningsmæssige tvist angik ikke, hvorvidt der var tale om et ulykkestilfælde, men derimod om undtagelsesbestemmelsen om følger af lægelig behandling, fandt anvendelse på skadesituationen, jf. bilag 20, hvilket ubestridt ikke var tilfældet.

Privatsikring har videre anført:

'Det er fortsat Privatsikrings klare vurdering, at vi ikke har begået egentlige fejl i forbindelse med sagsbehandlingen, som kan begrunde et ansvar overfor klageren. Privatsikring er således også fortsat af den opfattelse, at der ikke kan ske suspension af forældelsen som følge heraf.'

Der er ikke tale om, at der indtræder suspension 'som følge' af Privatsikrings ansvarspådragende rådgivning, men suspensionen knytter sig alene til, om jeg har været ubekendt med mit krav mod Privatsikring. Den fremførte bemærkning tyder på, at Privatsikring anser suspension som en 'straf', hvilket ikke er tilfældet.

Privatsikring er som den professionelle part overfor en forbruger nærmest til at være bekendt med egne forsikringsbetingelser, og det fastholdes, at rådgivningen var ansvarspådragende.

Det gøres fortsat gældende, at bevisbyrden for at der er indtrådt suspension er løftet med henvisning til at det er ubestridt, at Privatsikring uberettiget afviste forsikringsdækningen, og at jeg som forbruger var berettiget til at henholde mig til. Det er herefter op til Privatsikring at bevise, at suspensionen blev afbrudt senere end 3 år før nærværende klagesags anlæg, og den bevisbyrde er ikke løftet.

Idet vildfarelsen tilmed var fremkaldt af Privatsikrings egen adfærd, gøres det gældende, at Privatsikrings bevisbyrde herfor er skærpet.

Det fremførte postulat om en påstået telefonsamtale den 6. juni 2018 bestrides i sin helhed. Der er intet fremlagt af dokumentation, der kan bekræfte rigtigheden heraf udover et af Privatsikring udfærdiget telefonnotat, som ikke besidder nogen bevisværdi. Selv hvis der fandt en telefonsamtale sted, er der intet bevis for, at jeg var bekendt med ankenævnets kendelse AK 62.098 (2004) på daværende tidspunkt.

Som det fremgår af Privatsikrings indlæg af 24. marts 2023 bygger indsigelsen alene på Privatsikrings formodninger og spekulationer, der imidlertid ikke kan anses for noget bevis. Henset til at vildfarelsen er fremkaldt af Privatsikrings egen adfærd, må enhver bevismæssig tvivl endvidere komme Privatsikring til skade.

Det fastholdes fuldt ud, at jeg først blev gjort bekendt med kendelsen efter Privatsikrings eksplícite tilføjelse af bloddonationsskader i undtagelsesbestemmelserne ved police af 22. juni 2021, jf. bilag 15. En sådan tilføjelse var både egnet til at så tvivl om den tidligere dækningsafvisning, ligesom det må anses for et plausibelt hændelsesforløb, da der kort herefter blev indgivet fornyet anmeldelse i november 2021.

Privatsikring har herefter ikke bevist, at det måtte forholde sig anderledes."

Selskabet har i brev af 7/5 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Ad 1 – opgørelse af påstanden

Privatsikring fastholder, at i hvert fald en del af kravet (hovedkravet) var forældet ved klagerens henvendelse den 17. november 2021, således at der alene vil være dækning for en eventuel senere indtrådt forværring af generne efter skaden, såfremt et sådant krav ikke også skulle være faldet for forældelse.

Vi gør opmærksom på, at forsikringen, jf. fællesbetingelsernes punkt 6.3 ikke dækker følger, herunder forværring af følger, der viser sig senere end 5 år efter, at ulykkestilfældet er indtrådt, eller sygdommen er diagnosticeret.

Herudover gælder de almindelige forældelsesregler fortsat.

Vi henviser i det hele til vores tidligere indlæg til nævnet af henholdsvis den 14. december 2022, den 31. januar 2023 og den 3. februar 2023.

Ad 2 – anmodning om udsættelse af nævnsbehandlingen med henblik på realitetsbehandling

Som tilkendegivet i tidligere indlæg, er Privatsikring indstillet på at genoptage sagen for så vidt angår et eventuelt merkrav (forværring) i anledning af skaden.

Vi har derfor i denne uge sendt sagens lægelige oplysninger til vores lægekonsulent og bedt ham om at vurdere om og i givet fald hvornår en senere forværring af generne skulle være indtrådt. Privatsikring skal således på denne baggrund anmode sekretariatet om, at sagen sættes i bero, indtil lægekonsulenten har haft mulighed for at gennemgå sagens lægelige oplysninger.

Vi bemærker, at det i forbindelse med vores vurdering af sagen kan blive nødvendigt at indhente yderligere lægeligt i form af f.eks. en funktionsattest, ny speciallægeerklæring eller lign.

Ad 3 – suspension og erstatningsansvar

Privatsikring bestrider fortsat, at der skulle være handlet ansvarspådragende i forbindelse med behandlingen af sagen, ligesom det bestrides at forældelsen skulle være suspenderet.

Det bemærkes, at undtagelsesbestemmelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 4.9 kan påberåbes af selskabet, når 'invaliditeten skyldes følger efter ... lægelige behandling eller lignende behandling, hvis selve behandlingen ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettigende ulykkestilfælde'.

I vurderingen af om undtagelsesbestemmelsen finder anvendelse indgår således også implicit en vurdering af, om der foreligger et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Der henvises i det hele til tidligere indlæg i sagen."

Selskabet har i brev af 23/5 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har nu modtaget svar fra vores lægekonsulent, som vurderer at der er behov for at indhente yderligere lægelige oplysninger i form af en ortopædkirurgisk speciallægeerklæring. Vi har derfor i dag skrevet til klageren og bedt om samtykke til at der indhentes en erklæring til brug for sagens videre behandling."

Klageren har i brev af 17/6 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Det kan oplyses, at Privatsikring har anerkendt, at forværringen ikke er forældet, hvorfor Nævnet ikke vil skulle tage stilling hertil.

Der er imidlertid fortsat tvist om forældelse af det oprindelige varige mén, samt udmåling af erstatningen, hvorfor Nævnet fortsat forventes at skulle træffe afgørelse i sagen.

Idet jeg imidlertid fortsat er i dialog med Privatsikring om ovenstående, vil jeg bede om yderligere 2 ugers udsættelse, idet jeg herefter håber at kunne vende tilbage med mine afsluttende bemærkninger til sagen."

Klageren har i brev af 14/9 2023 til nævnet bl.a. anført:

"1. Status på forsikringssagen

Privatsikring har anerkendt forsikringsdækningen, samt at forværringen fra 10 % til 40 % varigt mén ikke er forældet, hvilket nævnet således ikke skal tage stilling til.

Privatsikring har derudover foretaget acontoudbetaling svarende til 30 % varigt mén – dvs. udbetaling af 20 % varigt mén, mens de første 10 % efter Privatsikrings opfattelse er forældet. Der vedlægges korrespondance herom som bilag 26.

Det gøres gældende, at Privatsikring herved har anerkendt et varigt mén på minimum 30 %, hvilket udløser tillægserstatning i henhold til policen, jf. bilag 25, side 4. Tillægserstatningen forfalder først på det tidspunkt, da der kunne konstateres et varigt mén på minimum 30 %, og da Privatsikring har anerkendt, at forværringen ikke er forældet, skal der allerede på dette grundlag ske udbetaling af hele tillægserstatningen svarende til ikke under 30 % varigt mén. Privatsikring har imidlertid og af ukendte årsager ikke foretaget udbetaling af tillægserstatning.

Det bemærkes, at jeg har anmodet Privatsikring om acontoudbetaling af tillægserstatningen for den del, der er opnået enighed om (30 %).

2. Opgørelse af påstanden og renter

Privatsikring har oplyst, at forsikringssummen rettelig udgør kr. 1.254.000 pga. indeksregulering (bilag 25, side 4), hvorfor jeg skal revidere påstanden til kr. 1.003.200 svarende til 40 % varigt mén inkl. tillægserstatning (2.508.000 x 40 %) med fradrag af den allerede erlagte acontoudbetaling.

For så vidt angår renter i relation til erstatning for forværringen, har Privatsikring indtaget et synspunkt om, at jeg burde have kontaktet Privatsikring om forværringen allerede den 22. maj 2019, jf. bilag 27. Det gøres derfor gældende, at erstatningen for forværringen skal forrentes fra 14 dage efter den 22. maj 2019, jf. herved princippet i AK 75.246 (2009), da det kan lægges til grund, at jeg ville have fremsendt lægelig dokumentation for forværringen på dette tidspunkt, såfremt Privatsikring ikke uberettiget havde afvist dækningen.

For så vidt angår den allerede udbetalte acontoerstatning bemærkes, at Privatsikring har beregnet renter for 14 dage efter den 18. november 2021. Nævnet bedes således ligeledes tage stilling til forrentningen af denne del, jf. det ovenstående.

Det bemærkes, at Privatsikring har indtaget et synspunkt om, at der trods den omfattende lægelige dokumentation i sagen ikke bevis for et varigt mén på 40 %. Det gøres, som tidligere nævnt,

heroverfor gældende, at bevisbyrden for et varigt mén er løftet, hvorfor Ankenævnet kan tage stilling til udmålingen.

Der henvises endnu engang til speciallægeerklæringen af 17. juni 2020 ved bilag 13, der fastsatte det varige mén til 40 %. Speciallægeerklæringen blev foretaget på baggrund undersøgelserne af bl.a. bevægelighedsindskrænkninger i april 2020, jf. bilag 10 og 11, ligesom der også blev foretaget egne undersøgelser, hvorved det varige mén kunne fastsættes.

Det bemærkes, at Patienterstatningen som offentlig myndighed er underlagt officialprincippet og er således pligtig til at oplyse sagen, herunder indhente nødvendig lægelig dokumentation til også at varetage skadevolders (...) interesser. Henset til at Patienterstatningen har fundet et varigt mén på 40 % for bevist, må beviskravene ligeledes anses for værende opfyldte i nærværende sag, da der ikke gælder strengere beviskrav i forsikringssager end i patienterstatningssager.

Slutteligt skal jeg henvise til, at Privatsikrings egen lægekonsulent har erklæret sig enig i et varigt mén på 40 %, jf. bilag 27, hvorfor påstanden forekommer uforståelig.

Da der er tale om varige skader, er der ikke er anledning til at indhente ny lægedokumentation, og Ankenævnet kan således tage stilling til sagen på det foreliggende grundlag.

3. Suspension

Der henvises til bemærkningerne i tidligere skrivelser, der fastholdes.

4. Supplerende om erstatningsansvar for fejlagtig skadebehandling

Østre Landsret har ved dom af 6. juli 2023 (U.2023.4903Ø) haft lejlighed til at forholde sig til forsikringsselskaber erstatningsansvar ved fejlagtig skadebehandling. Dommen vedlægges som bilag 28.

Der henvises til Østre Landsrets præmisser (mine understregninger):

'AIG havde med sit kendskab i 2017 til skadesomfanget på B og A's ejendom hverken faktisk eller retligt belæg for at afvise at yde forsikringsdækning for mere end en svampeskade. Landsretten finder navnlig under hensyn til de da foreliggende oplysninger om, at der var flere skader som følge af ægte hussvamp, herunder oplysningerne om skadernes placering i tagkonstruktionen, at AIG derved på ansvarspådragende vis har tilsidesat sine pligter efter forsikringsaftalen ved behandlingen af skadesanmeldelsen, idet forsikringsselskabets standpunkt allerede på daværende tidspunkt fremstod åbenbart urigtigt.'

Østre Landsret fandt dermed, at AIG's skadebehandling var ansvarspådragende, dersom dækningsafvisningen fremstod åbenbart urigtig.

I nærværende sag har Privatsikring afvist forsikringsdækningen med henvisning til undtagelsesbestemmelsen om følger af lægebehandling, hvilket er i strid med den klare kendelse i AK 62.098 (2004), som ikke efterlader nogen tvivl om dækningsspørgsmålet.

Privatsikring afviste allerede mundtligt dækningen i forbindelse med den mundtlige anmeldelse, jf. (Privatsikrings) bilag 3, uden at skadebehandleren foretog nogen undersøgelser af praksis mv. Privatsikring har først under nævnssagens behandling anerkendt forsikringsdækningen uden nærmere begrundelse for, hvorfor Privatsikring nu har skiftet mening om dækningsspørgsmålet,

hvorfor det må lægges til grund, at Privatsikring på intet tidspunkt har været uenig i retsstillingen, men blot har søgt at begrænse Privatsikrings hæftelse mest muligt til skade for mig.

Privatsikring har på den ene side anført, at det var så åbenbart, at skaden var dækket, at jeg ikke kan have været uvidende om mit krav, hvormed forældelsen ikke er suspenderet. På den anden side har Privatsikring anført, at det ikke var ansvarspådragende skadebehandling, da der blev foretaget et konkret skøn. Privatsikring har imidlertid ikke nærmere kunne redegøre for eller dokumentere, hvilket skøn der blev foretaget ved Privatsikrings dækningsafvisning ad flere omgange.

Det gøres gældende, at Privatsikrings dækningsafvisning var åbenbart urigtig, herunder at Privatsikring hverken havde faktisk eller retligt belæg for af afvise at yde forsikringsdækning. Herved har Privatsikring allerede af den årsag handlet ansvarspådragende, jf. landsrettens præmisser.

Derudover gøres det gældende, at Privatsikrings 'straksafvisning' ved den telefoniske anmeldelse uden at foretage nogen nærmere undersøgelser af, hvorvidt skaden kunne være dækket af forsikringen (hvilket jo ubestridt var tilfældet), ligeså er en illoyal skadebehandling i strid med forsikringsaftalen, hvorfor der også på denne baggrund foreligger et ansvarsgrundlag.

Privatsikring er således både pligtig til at betale erstatning på forsikringsretligt- og erstatningsretligt grundlag."

Selskabet har i brev af 18/10 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Tillægserstatning

Klageren gør gældende, at hun har krav på tillægserstatning, idet vi med forværringen samlet set har anerkendt et varigt mén efter skaden på 30 %.

I henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 5, udbetales der en tillægserstatning, når ulykkestilfældet medfører en invaliditetsgrad på 30 % eller derover. Tillægget er af samme størrelse som den ordinære erstatning, således at der i disse tilfælde betales dobbelt erstatning.

Da det oprindelige krav (de 10 %) er forældet, er klageren afskåret fra at gøre kravet gældende. Det må efter Privatsikrings opfattelse også gælde det grundlag, dvs. invaliditetsgraden på 10 %, som kravet var støttet på.

Det aktuelle (ikke forældede) krav vedrører forværringen, hvor vi foreløbigt har udbetalt en erstatning svarende til et varigt mén på 20 %, herefter opfylder klageren således ikke betingelsen for tillægserstatning i punkt 5.

Såfremt grundlaget for det oprindelige krav skal indgå i opgørelsen af invaliditetsgraden på 30 %, skal der udbetales en erstatning svarende til en invaliditetsgrad på i alt 60 %. Konsekvensen heraf ville være, at klageren også vil få erstatning for det oprindelige, men forældede, krav. Det har ikke været hensigten med bestemmelsen og strider i øvrigt mod de almindelige regler om forældelse.

Finder Nævnet, at klageren opfylder kravet i bestemmelsen i punkt 5 om tillægserstatning, således at en invaliditetsgrad på minimum 30 % i sig selv udløser retten til tillægget, gør Privatsikring gældende, at der alene kan udbetales erstatning for den del af kravet, som ikke er forældet. Det vil i så fald svare til en samlet erstatning på i alt 40 %. Dette synspunkt følger af de almindelige

regler om forældelse, og støttes også af ordlyden i bestemmelsen i punkt 5, hvorefter *'tillægget er af samme størrelse som den ordinære erstatning, således at der i disse tilfælde betales dobbelt erstatning'*.

Privatsikring har udbetalt en erstatning for forværringen svarende til et varigt mén på 20 %, og tillægget kan derfor aldrig blive større end den del, der er udbetalt erstatning for, dvs. 20 %.

Beregning af renter for kravet vedrørende forværringen

Privatsikring har i brev af 14. august 2023 orienteret klageren om, at vi på baggrund af sagens lægelige oplysninger kan udbetale en foreløbig erstatning for forværringen svarende til et varigt mén på 20 %.

Vores lægekonsulent oplyser i den forbindelse, at klagerens tilstand løbende er forværret, men at hun i hvert fald burde have kontaktet Privatsikring efter konsultationen den 22. maj 2019, hvor hendes regionale smertesyndrom blev konstateret og diagnosticeret.

Klageren gør gældende, at kravet skal forrentes fra 14 dage efter dette tidspunkt, da det ifølge klageren må lægges til grund, at hun ville have fremsendt lægelig dokumentation for forværringen på dette tidspunkt, såfremt Privatsikring ikke (uberettiget) afviste hendes krav på dækning i 2017. Det er Privatsikrings opfattelse, at klageren ikke har ført bevis for eller sandsynliggjort, at hun ville have henvendt sig på dette tidspunkt, såfremt hendes oprindelige krav på dækning ikke var blevet afvist. Tværtimod synes klagerens agereren i sagen netop at tyde på, at hun ville have henvendt sig til Privatsikring uafhængigt heraf, hvis hun havde haft oplysninger som hun mente kunne være af betydning for hendes sag. Privatsikring henviser til, at klageren også tilbage i maj og juni måned 2018 henvendte sig til Privatsikring, idet hun havde fundet en ankenævnskendelse, som hun mente kunne have betydning for hendes sag.

Privatsikring fastholder herefter, at rentekravet er beregnet korrekt og i overensstemmelse med bestemmelsen i FAL § 24, idet renterne er beregnet fra 14 dage efter at Privatsikring modtog de seneste lægelige oplysninger, som var den 18. november 2021.

Indhentelse af speciallægeerklæring

Vores lægekonsulent vurderer, at der er behov for en mere kvalificeret vurdering i form af en ortopædkirurgisk speciallægeerklæring for at kunne vurdere størrelsen af det mermén (den forværring), der efterfølgende er indtrådt. Klageren nægter imidlertid at give samtykke til at en sådan erklæring indhentes, da hun mener at de foreliggende lægelige oplysninger dokumenterer en forværring på 30 %.

'Speciallægeerklæringen af 17. juni 2020', som klageren henviser til, er ikke en speciallægeerklæring, men derimod en lægelig vurdering lavet af en speciallæge i forbindelse med Patienterstatningens vurdering af sagen. Vurderingen er foretaget på baggrund af de på daværende tidspunkt foreliggende lægelige oplysninger i sagen og uden at speciallægen har undersøgt klageren. Der er således aldrig udfærdiget en speciallægeerklæring i sagen.

Patienterstatningens afgørelse er foretaget på baggrund af et par attester udfærdiget af klagerens egen læge. Attesterne er imidlertid lavet tilbage i april 2020 og er altså mere end 3 år gamle. Der foreligger således ikke nye, opdaterede lægelige oplysninger om, hvordan klageren med tiden har

lært at leve med sine gener eller hvorvidt generne og bevægeligheden i armen er blevet bedre eller yderligere forværrede.

En speciallægeerklæring kan derfor også være til klagerens fordel, hvis det viser sig at hendes gener efter skaden er blevet yderligere forværret siden Patienterstatningens afgørelse i juni 2020.

Privatsikring fastholder herefter, at en speciallægeerklæring er nødvendig for en endelig opgørelse af mermén.

Suspension

Privatsikring henviser til tidligere indlæg i sagen.

Erstatningsansvar

Den Østre Landsretsdom, som klageren henviser til, er på ingen måde sammenlignelig med forløbet i nærværende sag og er derfor ikke af relevans for sagens bedømmelse. Privatsikring henviser i øvrigt til tidligere indlæg til Nævnet."

Klageren har i brev af 8/11 2023 til nævnet bl.a. anført:

"1. Tillægserstatning

Privatsikring har gjort gældende, at også tillægserstatningen skulle være forældet. Privatsikrings synspunkter savner mening og er åbenlyst ikke forenelig med gældende ret.

Som anført af Privatsikring udløses tillægserstatningen på det tidspunkt, hvor der konstateres en invaliditetsgrad (varigt mén) på 30 %.

Der synes at være enighed om, at da Privatsikring udbetalte erstatning for 20 % for forværringen sammenholdt med, at de første 10 % varigt mén efter Privatsikrings opfattelse er forældet, at det samlede varige mén mindst udgør 30 %, som således udløser tillægserstatning i henhold til forsikringsaftalen, og spørgsmålet om hvorvidt jeg har ret til tillægserstatningen er herefter alene, hvorvidt der også er indtrådt af tillægserstatningen.

Som tidligere anført kunne tillægserstatningen – både for forværringen og de oprindelige 10 % mén – først kræves på det tidspunkt, hvor det samlede varige mén oversteg 30 %, hvilket ubestridt vil sige den 22. maj 2019, hvorfor kravet om tillægserstatning således ikke var forældet ved indledningen af nærværende klagesag. Kravet om tillægserstatning er herefter i sin helhed ikke forældet.

Det bemærkes, at der ikke er tale om, at Privatsikring – såfremt Privatsikring måtte få medhold i spørgsmålet om forældelse af de første 10 % - skal betale erstatning svarende til 60 % varigt mén, som påstået.

Der skal derimod foretages særskilte vurderinger af forældelsen for hhv. den 'ordinære' erstatning og tillægserstatning. Såfremt Nævnet finder, at de første 10 % er forældet, men at tillægserstat-

ningen ikke er forældet, vil der ske udbetaling af samlet 50 % varigt mén (20 % ordinær (da de første 10 % er forældet) og 30 % tillægserstatning, der ikke er forældet).

Der kan ikke foretages en sådan opdeling af tillægserstatningen, hvor også de første 10 % af tillægserstatningen skulle være forældet sammen med de oprindelige 10 % af den ordinære erstatning, dersom hele tillægserstatningen forfaldt på én gang i forbindelse med forværringen i maj 2019 – i modsætning til den ordinære erstatning.

Privatsikrings synspunkt synes at være, at det ikke alene er en betingelse for udbetaling af tillægserstatningen, at invaliditetsgraden overstiger 30 %, men ligeledes at der faktisk udbetales ordinær erstatning for 30 %. Privatsikrings synspunkter er åbenlyst ikke forenelige med gældende ret, herunder forældelsesloven, eller i øvrigt forsikringsaftalen, der ikke tager højde for en situation, hvor en ordinær erstatning er delvist forældet, hvilket må komme Privatsikring som koncipist til skade.

Privatsikring henviser ligeledes til ordlyden af forsikringsbetingelserne, hvorefter Privatsikring hævder, at tillægserstatningen alene kan omfatte den faktisk udbetalte ordinære erstatning med henvisning til betingelsernes pkt. 5. Synspunktet må skulle forstås på den måde, at ordlyden af forsikringsaftalen i så fald skulle fravige forældelseslovens regler, herunder da synspunktet ikke er foreneligt med forældelsesloven.

Der henvises i den forbindelse til forældelseslovens § 26, stk. 2, hvorefter forældelsesloven ikke ved forudgående aftale kan fraviges til skade for en forbruger – hvilket forsikringsaftalen ubestrideligt er. Såfremt forsikringsaftalen skal forstås på den måde, at forældelsesloven er fraveget ved aftale, er et sådant vilkår ugyldigt.

Nævnet skal således alene basere sin vurdering på forældelseslovens bestemmelser, som åbenlyst leder til, at ingen dele af tillægserstatningen er forældet.

2. Renter

Det fastholdes, at renter skal beregnes fra et tidligere tidspunkt i henhold til Nævnets afgørelse AK 75.246 (2009). Privatsikring har ikke redegjort for, hvorfor princippet ikke skulle gøre sig gældende.

Privatsikrings synspunkt om bevisbyrde savner mening. Dertil må det være op til Privatsikring at bevise, at jeg ikke ville have gjort kravet gældende på et tidligere tidspunkt, hvis ikke Privatsikring havde begået ansvarspådragende fejl i skadebehandlingen, hvilken bevisbyrde ikke er løftet.

Jeg skal endnu engang bestride dels eksistensen af nogen telefonsamtale i sommeren 2019 og under alle omstændigheder indholdet heraf. Det bemærkes, at Privatsikring til trods for at forholdet et omtvistet ikke har fremlagt yderligere dokumentation for den påståede telefonsamtale, herunder udskrift af opkaldsliste mv., men alene henholder sig til et eget-fabrikeret telefonnotat uden bevisværdi.

3. Lægelig dokumentation

Det fastholdes, at bevisbyrden for et varigt mén på 40 % er løftet på det foreliggende grundlag, hvilket i særlig grad støttes af Patienterstatningens afgørelse, der fandt et mén på 40 % for bevist.

Privatsikrings synspunkter om kvaliteten af lægedokumentationen savner mening. Privatsikring har ønsket en 'opdateret' vurdering af en speciallæge i ortopædkirurgi. Der er imidlertid allerede foretaget en vurdering af en uvildig speciallæge i ortopædkirurgi, jf. bilag 13.

Som tidligere nævnt blev denne speciallægeerklæring udfærdiget bl.a. på baggrund af foretagne undersøgelser af bevægelighedsindskrænkningerne ved bilag 10 og 11. For god ordens skyld bemærkes, at det heller ikke er korrekt, at speciallægen ikke foretog egne undersøgelser, selvom dette ikke fremgår. Speciallægen foretog reelt egne undersøgelser, og hvis kvaliteten af de indhentede attester ikke havde været retvisende, ville speciallægen i sagens natur have afstået fra at kunne foretage en vurdering.

Såfremt lægedokumentationen ikke havde en karakter, som opfylder beviskravene for det varige mén på 40 %, havde Patienterstatningen forvaltningsretligt været nødsaget til at indhente yderligere dokumentation. Nævnet kan herefter efter min opfattelse lægge til grund, at den fremlagte lægelige dokumentation opfylder beviskravene.

Privatsikrings indsigelser og ønske om en 'opdateret' speciallægeerklæring er derimod helt åbenlyst blot et naivt forsøg på at spekulere i, at det varige mén på magisk vis skulle være forsvundet eller formindsket, hvilket Privatsikring da også åbenlyst erkender – helt i tråd med Privatsikrings generelle usmagelige ageren i sagen.

Et varigt mén er – som navnet antyder – karakteriseret ved at være varigt, hvilket nu engang vil sige, at der ikke opnås forbedringer af tilstanden i fremtiden, og der er herefter ikke noget behov for 'opdaterede lægelige oplysninger'.

Selv hvis det lægges til grund, at det varige mén på 40 % efterfølgende skulle være formindsket, skal det bemærkes, at der utvivlsomt ville være blevet udmålt erstatning efter forsikringsaftalen til 40 %, hvis kravet havde været anmeldt efter mén-fastsættelsen til 40 % i maj 2019, og såfremt der efterfølgende måtte opstå en forbedring af det varige mén, ville Privatsikring ikke kunne tilbageføre en udbetalt erstatning herfor.

Privatsikring skal i sagens natur ikke opnå en bedre retsstilling ved at handle ansvarspådragende i deres skadebehandling, hvorfor et synspunkt om en påstået forbedring af det varige mén blot vil betyde, at jeg i så fald har lidt et erstatningsretligt tab på baggrund af Privatsikrings uberettigede dækningsafvisning, da der utvivlsomt ville have været udbetalt erstatning for 40 % varigt mén, hvis ikke Privatsikring havde handlet ansvarspådragende i deres skadebehandling. Herefter er de erstatningsretlige betingelser opfyldte.

Det gøres derfor gældende, at Privatsikring under alle omstændigheder vil skulle betale erstatning svarende til et varigt mén på 40 %, selv hvis det måtte lægges til grund, at det varige mén skulle være forbedret.

---ooo0ooo---

Sagen kan hermed forelægges for Nævnet."

Ankenævnet for Forsikring

30.

98968

Selskabet har den 5/1 2024 meddelt, at selskabet ikke har yderligere bemærkninger. Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Nævnet har blandt andet modtaget anmeldelsen af 30/6 2017 til Bloddonerne i Danmark. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Det fremgår af journalnotat af 14/6 2017 fra hospitalet:

"[20'erne] kvinde henvist fra vagtlægen med smerter i venstre arm efter blodtapning dags dato. Tidligere sund og rask.

AKTUELT

Fået blodtapning i dag kl. 14:30 den 14.06.17 af en uerfaren blodtapper som har stukket forkert to gange i pt.'s venstre albuebøjning. Pt. er efterfølgende gået hjem og sove, vågner op med kraftig smerter i venstre arm, føler en subjektiv kraftnedsættelse og snurrende fornemmelse i fingrene. Føler det strammer op over overekstremitetsmuskulatur og ned i underarmen. Har svært ved at strække og bøje armen. Ingen feber, ingen synlig underhudsblødning eller deformiteter. Ingen feber, opkastning eller diarré."

Det fremgår af selskabets telefonnotat af 21/6 2017:

"Talt med skl: hun får taget blodprøve for første gang og så stikker man forkert og rammer nerve. Så hun har gener nu
Det bliver også anm til patientforsikringen
...
Afvist pr tlf - dækker ikke lægelig beh når årsag til beh ikke skyldes ut."

Det fremgår af journalnotat af 29/8 2017 fra hospitalet:

"Kontakt fra Klinisk Fysiologisk Afdeling:
Patienten havde fået en tid til neurofysiologisk undersøgelse d. 25.08.17. Denne tid aflyste hun. Fik derefter ny hurtig tid d. 12.09.17. Patienten har imidlertid ringet til Klinisk Fysiologisk Afdeling og meddelt, at hun ikke ønsker undersøgelsen foretaget, da hun har det fint.
Patienten kan således afsluttet herfra Reumatologisk Afdeling."

Det fremgår af Patienterstatningens brev af 9/10 2017 til klageren:

"Afgørelse

Din stikskade i armen og følgerne heraf i form af smerter og føleforstyrrelser er omfattet af loven.

Vi har anerkendt sagen efter KEL § 19, stk. 2, og § 22, stk. 1.

Du skal nu sende nogle oplysninger til os, så vi kan opgøre din erstatning. Under afsnittet 'Sagens videre forløb' kan du se, hvilke oplysninger du skal sende til os.

...

Begrundelse

Efter KEL § 19, stk. 2, og § 22, stk. 1, erstattes enhver personskade, som kan være opstået i forbindelse med bloddonation, medmindre det er overvejende sandsynligt, at skaden har en anden årsag.

Det er vores vurdering, at din stikskade i venstre arm med efterfølgende smerter og føleforstyrrelser kan være forårsaget af bloddonationen 14. juni 2017.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at generne opstod i forbindelse med tapningen, hvor du oplevede udstrålende og jagende smerter ved indstiksstedet og efterfølgende fik føleforstyrrelser i fingrene og armen. Samtidig har vi lagt vægt på, at det fremgår af anmeldelsen, at du inden tapningen ikke havde nogen gener i armen.

Vi har fastsat skadedatoen til 14. juni 2017, som er den da, bloddonationen foregik."

Det fremgår af journalnotat af 7/2 2018 fra forundersøgelse på privathospitalet:

"[Klageren] beskriver, at hun nu et halvt års tid efter skaden stadigvæk har smerter ned i arm, hånd og fingre. Har måttet opgive [job] og hun henvises mhp. evt. yderligere diagnostik og behandling.

Objektivt:

[Klageren] kan godt fungere med armen. Hun bøjer og strækker fornuftigt i albueleddet. Normal supination og pronationsbevægelse. Ingen synlige forandringer omkring albueleddet aktuelt. Hånd og fingre bevæges normalt og frit, men hun beskriver føleforstyrrelser i de tre radiale fingre, værst på tommel og pegefinger. Hun kan lave fri bevægelse i hånd og fingre, men hun har besvær med finfølesansen, når hun fx. skal tage ting, som ikke fylder så meget, er hun nødt til også at bruge synet, så hun er sikker på, at hun har fat på tingene.

Plan:

Jeg foreslår, at [klageren] afklares med en MR-skanning af albueleddet specielt mhp. nervebane-forløb og jeg tvivler på, at vi har noget kirurgisk tilbud til [klageren]. Hun har en verserende patientforsikringssag.

Jeg kontakter [klageren], når der foreligger svar på MR-skanningen."

Det fremgår af MR-beskrivelse af 13/2 2018:

"MR-skanning af venstre albueled:

Der er ikke ansamling eller synovitis i albueleddet. Normale ossøse signalforhold, ingen bone-bruise. Ingen synlige brusklæsioner. Tricepssenen er intakt. Kollaterale ligamenter er intakte, ingen billeddiagnostiske tegn på epicondylitis humeri. Den visualiserede muskulatur omkring albueleddet ses uden tegn på fedtdegeneration eller atrofi som man kan se det ved denervation. Bicepssenen er intakt, ingen større synlige ekstraartikulære ansamlinger eller synlige tumorer. Undersøgelsen er ikke sufficient til at vurdere det detaljerede forløb af nervus medianus. Nervus ulnaris er normal."

Det fremgår af lægeerklæring til brug for Patienterstatningen udfyldt af klagerens egen læge den 19/4 2018:

4. Hvor mange grader kan skulderen bevæges fra armen ned langs siden (med frit skulderblad): udad-opad? (180°) fremad-opad? (180°) bagud? (30°)	Aktivt <table border="1"> <tr> <th>Venstre</th> <th>Højre</th> </tr> <tr> <td>45°</td> <td>180°</td> </tr> <tr> <td>45°</td> <td>180°</td> </tr> <tr> <td>10°</td> <td>30°</td> </tr> </table>		Venstre	Højre	45°	180°	45°	180°	10°	30°	Passivt <table border="1"> <tr> <th>Venstre</th> <th>Højre</th> </tr> <tr> <td>45°</td> <td>180°</td> </tr> <tr> <td>45°</td> <td>180°</td> </tr> <tr> <td>10°</td> <td>30°</td> </tr> </table>		Venstre	Højre	45°	180°	45°	180°	10°	30°
Venstre	Højre																			
45°	180°																			
45°	180°																			
10°	30°																			
Venstre	Højre																			
45°	180°																			
45°	180°																			
10°	30°																			
5. Er der skurren i albue- og/eller skulderleddet?	nej																			
6. Hvordan er bevægeligheden i albueleddene fra strakt stilling inklusive underarmens drejebewægelser? (målt i grader)	Venstre	Højre																		
Extension: (0°)	0	0																		
Flexion: (150°)	70°	145°																		
Supination: (90°)	80°																			
Pronation: (90°)	80°	70°																		
7. Bevæges håndled og fingre frit? Hvis ikke, hvilke indskrænkninger findes da?	NEJ. MANGLENDE KOORDINATION AF ALLE FINGRE NEDSAT KRAFT OG STYRING AF FINGRE (ALLE) SMERTE VED FLEXION/EXTENSION AF ALLE FINGRE																			
8. Er der muskelsvind (mere end 1 cm): a) af overarm? (På midten) b) ved underarmens rod? c) af håndens muskler? (Handskemål)	NEJ Omfangsmål	Venstre 32,5 cm 25,2 cm 19 cm	Højre 32,5 cm 25,3 cm 19,7 cm																	
fortsættes næste side...																				
9. Er der føleforstyrrelser? (bedømt ift. modsatte side)	JA																			
10. Er håndtrykkraften nedsat, hvis ja: i hvilket omfang	JA. BETYDELIG																			
11. Hvilke klager har patienten?	KONSTANT SMERTE, STED I ALBUE, DER STRÅLER NED I FINGRE. ØMHEDE I HUD OG MUSKLER I UNDERARM NEDSAT FØLESANS IFA NEDSAT FUNKTION KRAFT OG STYRING AF FINGRE MEST 1.2. OG 3. FINGER. SMERTE VED BEVÆGELSE AF HÅNDLED																			
13. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår?	MR-SCANNING AF VE ALBUE LED 13/2-2018. PRIVAT HOSPITAL I [REDACTED]																			
14. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?	PT ER STØDERENDE. FRTIDSELS SOM [REDACTED] JANUAR 2018 DELVIST GENOPAGELSE, ARBEJDET TIL PASSET SYMPTOMER OG FUNKTION																			

Ankenævnet for Forsikring

33.

98968

Det fremgår af lægeerklæring til brug for Patienterstatningen udfyldt af klagerens egen læge den 3/5 2018:

2. Patientens klager a) Hvilke symptomer klager patienten over (jf. ovenfor under 1b)? b) Var et eller flere af disse problemer til stede hos patienten forud for den indtrådte komplikation (se ovenfor under pkt. 1c)?	a) Føler konstante nervesmerter fra venstre albue og ned mod 1, 2 og 3 fingre. Nervesmerterne er opstået fra albuen og på ydersiden af underarmen. Hypersensitiv på venstre underarm. Negativt; kan hun ikke have på hvis det strammer. b) Nej.
3. Iværksatte behandlinger a) Er patienten under behandling for disse symptomer (jf. 2 a)? Hvis ja: Angiv behandlingens art og omfang samt hvor længe denne forventes at skulle fortsætte?	Vedt til fysioterapeut uden effekt og behandling her er afsluttet. Svar: Det hjalp ikke
...	
5. Lægens vurdering a. Anser du patientens tilstand for blivende? b. Er der udsigt til yderligere bedring? c. Kan der forventes forværring/senfølger?	Smertene bliver væk Nej Ja
d. Mener du, at patienten nu er arbejdsdygtig i samme omfang som før den indtrådte komplikation? Hvis nej: Hvilke arbejdsfunktioner mener du da, at patienten ikke længere kan udføre? Er der andre årsager end den indtrådte komplikation til eventuel nedsat arbejdsevne?	Arbejder stadig som [redacted] men arbejdsopgaver er tilrettet hendes problemer. Kan ikke løfte en [redacted] og har ikke fysiske opgaver med mindre høj hånd (arm kan bruges). Har mere overordnet opgaver. Nej

Det fremgår af selskabets brev af 9/5 2018 til klageren:

"Vi har modtaget din henvendelse vedrørende hændelsen 21. juni 2017.

Ulykkesforsikringen dækker ikke invaliditet, som skyldes følger af lægebehandling, hvis behandlingen ikke er nødvendiggjort af et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen.

Vi henviser til Forsikringsbetingelsernes invaliditetsdækning, punkt 4, afsnit 9.

Vi kan derfor ikke hjælpe dig i dette tilfælde."

Det fremgår af selskabets telefonnotat af 6/6 2018:

"Talt med en fra sygehus som hjælper skl med at
Hun som bloddonor er kommet til skade. Vi ser i betingelser osv. Hun mener at hun har en kendelse som gør vi evt skal se på sagen igen
Hun skriver til os hvis det er relevant"

Det fremgår af afgørelse af 7/6 2018 fra Patienterstatningen:

<u>"Varigt mén efter erstatningsansvarslovens § 4 (se vejledningens punkt 4)</u>	
Patientskaden er vurderet til en méngrad på	10 %
Godtgørelse pr. méngrad	8.790 kr.
Godtgørelse i alt	87.900 kr.
Godtgørelse for varigt mén i alt	87.900 kr.

Beløbet forrentes fra 30-06-2018.

Du er berettiget til godtgørelse for varigt mén. Begrundelsen er, at der er varige gener efter blodtapningsskaden.

Du er i februar 2018 blevet undersøgt på [privathospitalet]. Det er her beskrevet, at der var 'fornuftig' bevægelighed i albueleddet og normal bevægelighed af hånd og fingre. Du var dog generet af føleforstyrrelser og nogen smerter ud i hånden og i 3 fingre. En MR-skanning viste normale forhold i albuen. Vi har også modtaget en Patientskadeerklæring fra din egen læge. Her er beskrevet noget nedsat bevægelighed i både albue, håndled og fingre, med nedsat håndtrykskraft. Desuden smerter og føleforstyrrelser.

Det er ud fra dette vores vurdering, at der er en méngrad på 10%. Godtgørelsen forrentes fra månedsdagen efter modtagelsen af de seneste lægelige oplysninger."

Det fremgår af journalnotat af 22/5 2019 fra hospitalet:

"Indskrænket bevægelighed i skulderen, ekstensionsdefekt i albue, indskrænket dorsal og plantar fleksion i håndled, pronation/supination i.a.

Der ses nogle misfarvninger på håndryggen og på indersiden af håndleddet. Føler ikke temperaturforskel, dog øget svedtendens i venstre håndled. Der er motorisk påvirkning. Patienten kan ikke gennemføre præcist arbejde med hånden og fingrene.

Patienten har CRPS i henhold til Budapest kriterierne, hvor hun opfylder alle inklusionskriterier."

Det fremgår af journalnotat af 4/6 2019 fra hospitalet:

"[Klageren] har fået diagnosen CRPS i venstre hånd og arm, men adspurgt er hun ikke helt klar over, hvad det indebærer andet end i overskriftform. Jeg fortæller om nervesystemet, og at hjernen kan komme til at opfatte den skadede arm som farlig for overlevelsen og derfor prøve at lukke af for den. Det giver lidt mening for [klageren], og hun prøver at lave en bodyscanning, hvor hun oplevede, at der slet ikke var kontakt med venstre arm, og at omridset af den var meget utydeligt og diffust. Undervejs i øvelsen sad [klageren] og trak vejret dybt og roligt, og der var ro i hele kroppen. Da hun skulle prøve at mærke efter i begge underarme, kom der unwinding fra venstre underarm. Dette tolker jeg som et godt tegn, og senere fortæller [klageren], at hun har en del unwinding i forbindelse med, at hun går i seng om aftenen. Jeg forklarer, at kroppen prøver at give slip på spændinger, og at hun bare skal lade det komme, og at hun evt. kan hjælpe det lidt på vej ved at arbejde med at løsne op i skulder, albue og håndled, inden hun går i seng.

Jeg introducerer hende til desensibiliserende øvelser, som hun har været lidt i gang med på egen hånd, og hun får udleveret et lateralitetskort, så hun kan arbejde med højre- og venstreorientering i hjernen.

[Klageren] ser ud til at fange det, vi taler om, og det vigtigste er, at hun bliver gjort opmærksom på, at en fjendtlig indstilling overfor armen er bare vand på hjernens mølle om at lukke af for armen. Hun opfordres derfor til at behandle den kærligt og tænke kærligt på den samt at give den omsorg og pleje."

Det fremgår af journalnotat af 12/9 2019 fra hospitalet:

"[Klageren] fortæller, at det går rigtig godt med lateralitetskortene, og at hendes sympaticusreaktion næsten ikke er tilstede, når hun bruger dem. Hun kan bruge dem i lidt længere tid, og hun synes, at det går fremad. Smerterne er stadig rigtig slemme, men hun siger, at hun synes, hun håndterer det lidt bedre. I forhold til hendes nye arbejde kan hun mærke, at hun er ekstra træt, men hun har også fået lavet aftaler om, hvordan det skal være, og hun holder arbejdsgiver fast på det. [Klageren] bliver meget berørt, når vi snakker nærmere om smerterne og konsekvenserne af dem. Hun kan mærke, at hun slet ikke har lyst til at tage hul på den del af det, og vi taler om vigtigheden af netop at gøre det, fordi ophobet vrede og følelser lagt under låg ikke er specielt godt for nervesystemet og for smertehåndtering. Hun opfordres til evt. at prøve at sætte ord på, mens vi er i gruppen, men ellers er der mulighed for, at hun og jeg fortsætter et lille samtaleforløb efter gruppe. Med baggrund i, at der stadig kommer noget reaktion omkring lateralitetskortene, venter vi endnu et stykke tid med spejltræning."

Det fremgår af journalnotat af 6/1 2020 fra hospitalet:

"[Klageren] fortæller, at hun er inde i en kraftig smerteforværring. Hun har været maksimalt presset på arbejde den senere tid og er også i sin ferie blevet ringet op af arbejdsgiver og blevet bedt om at løse opgaver. Hun har svært ved at sige fra, og til trods for hun har haft ferie i længere tid, er smerterne ikke blevet mindre. Vi taler igen om vigtigheden af, at hun får sat grænser, og hun er godt klar over, hvor langt ude hun er. Hun begynder at se sig om efter en anden type job, men er usikker på fremtiden. Hun arbejder færdig med lateralitetskortene, men tiden hun kan holde ud at sidde med dem er reduceret til 2-3 minutter. Dette er et kraftigt udtryk for, hvor presset nervesystemet er."

Det fremgår af lægeerklæring til brug for Patienterstatningen af 22/4 2020 fra klagerens egen læge:

2. Patientens klager a. Hvilke symptomer klager patienten over (jf. ovenfor under pkt. 1b)? b. Var en eller flere af symptomerne tilstede forud for den indtrådte komplikation (se ovenfor pkt. 1c)?	a. Patienten har tiltagende og konstante smerter svarende til albue, håndled, fingre samt skulderblad på venstre side. Smerten beskrives som jagende og stikkende. Derudover er der nedsat bevægelighed i hele armen og i fingrerne. Desuden nedsat følelse svarende til hele armen. b. Nej
3. Iværksatte behandlinger a. Er patienten under behandling for disse symptomer (jf. 2 a)? Hvis ja: Angiv behandlingens art og omfang samt hvor længe denne forventes at skulle fortsætte	a. Patienten er aktuelt ikke længere i behandling, men hun har været i behandling med følgende: Patienten har været i behandling hos fysioterapeut og ergoterapeut. Derudover har hun haft et længere forløb på smerteklinikken, hvor man har afprøvet tablet Duloxetine 30 mg. Dette uden effekt og der var en del bivirkninger, især i form af kvalme. Man opgav derfor medicinsk behandling. Endvidere er hun blevet behandlet via psykolog. Patienten er nu afsluttet på smerteklinikken.
...	
5. Lægens vurdering a. Anser du patientens tilstand for blivende? b. Er der udsigt til yderligere bedring? c. Kan der forventes forværring/senfølger?	a. Ja b. Nej c. Patienten har oplevet forværring i forløbet. Hun har således allerede på nuværende tidspunkt senfølger. Jeg kan ikke udtale mig om, hvorvidt det kan blive endnu værre.

Ankenævnet for Forsikring

37.

98968

d. Mener du, at patienten nu er arbejdsdygtig i samme omfang som før den indtrådte komplikation?	d. Nej
Hvis nej:	
- Hvilke arbejdsfunktioner mener du da, at patienten ikke længere kan udføre?	Patienten kan ikke længere påtage sig et arbejde, der medfører fysiske løft, heller ikke løft, der involverer lette ting.

... 8. Eventuelle bemærkninger Udover de føleforstyrrelser og smerter, som selve nerveskaden bevirker, har patienten også tiltagende problemer med hukommelsen, hovedpine, koncentrationsbesvær og søvnbesvær på grund af smerter. Derudover har patienten besvær med at gribe og navigere med armen, når hun ikke ser direkte på den.
--

Det fremgår af lægeerklæring til brug for Patienterstatningen af 22/4 2020 fra klagerens egen læge:

3. Er der noget synligt at påvise ved inspektion og palpation af skulderen?	Nej. Der er tydelig ømhed ved palpation af skulderleddet.			
4. Hvor mange grader kan skulderen bevæges fra armen ned langs siden (med frit skulderblad): udad-opad? (180°) fremad- opad? (180°) bagud? (30°)	Aktivt		Passivt	
	Venstre	Højre	Venstre	Højre
	45	180	45	180
	35	180	35	180
	10	30	10	30
5. Er der skurren i albue- og/eller skulderleddet?	Nej			
6. Hvordan er bevægeligheden i albueleddene fra strakt stilling Inklusive underarmens drejebewægelser? (målt i grader)		Venstre	Højre	
	Extension: (0°)		0	
	Flexion: (150°)	20	150	
	Supination: (90°)	45	90	
	Pronation: (90°)	50	90	

7. Bevæges håndled og fingre frit?	Nej, der er indskrænket bevægelighed i alle retninger i håndleddet. Især for dorsal flexion.		
Hvis ikke, hvilke indskrænkninger findes da?	Der er lille aktiv bevægelighed i fingrerne. Ved test af tommelfinger sat sammen med de øvrige fingre, kan patienten ikke aktivt nå mere end ca. 1 cm. derfra. Passivt kan man godt sætte fingrerne sammen, men med smerter.		
8. Er der muskelsvind (mere end 1 cm):	Omfangsmål	Venstre	Højre
a) af overarm? (på midten)		36 cm	36 cm
b) ved underarmens ros?		25,5 cm	26 cm
c) af håndens muskler? (Handskemål)		Ingen synlig cm	forskel cm
9. Er der føleforstyrrelser? (bedømt ift. modsatte side)	Ja, hypestesi i forhold til den raske arm.		
10. Er håndtrykkraften nedsat, hvis ja: i hvilket omfang	Svært nedsat kraft på venstre hånd.		
11. Hvilke klager har patienten?	Patienten har konstante smerter både i forbindelse med bevægelse og i forbindelse med berøring. Nogle dage er værre end andre. Hun angiver, at smerten normalt ligger på 7-8 ud af 10 på en vas score. Smerten er nu oppe i en karakter hvor det føles som albuestød hele tiden. Desuden nedsat bevægelighed i både skulder, albue, håndled og fingre samt nedsat følesans i hele området. Dertil kommer, på grund af dårlig nattesøvn formentlig, og fordi smerterne fylder så meget, koncentrationsbesvær og hukommelsesbesvær samt hovedpine. Det påvirker naturligvis patientens arbejdsevne.		

Det fremgår af klagerens brev af 8/5 2020 til Patienterstatningen:

"Jeg fremsender hermed bemærkninger til følgende dokument:
Lægemiddelskadeerklæring, som følge af modtagelse af parthøring fra jer.

Bemærkninger til Lægemiddelskadeerklæring

Efter konsultationen ved lægen, føler jeg ikke at alle punkter i erklæringen er fyldestgørende i forhold til hvad jeg fortalte lægen, hvorved jeg har følgende bemærkninger og tilføjelser.

2.a) Smerten kan beskrives som konstant voldsom smerte, stikkende, trykkende, øm, jagende og strålende. Disse smerter er tilstede i hele armen, hele tiden. Smerten stråler ned i alle mine fingre og op i skulderblad, som resulterer i store føleforstyrrelser og nedsat bevægelighed i led.

8) Udover de nævnte bemærkninger, har jeg også synsbesvær når smerterne er størst. Derudover taler jeg ofte usammenhængende og tåget, samt at jeg ofte har svært ved at formulere mig, som har givet mig problemer i tidligere jobsituationer, men også i dagligdagen, sammen med venner og familie. I det offentlige rum oplever jeg ofte ubehag og mangel på overskud, pga. smerterne. Jeg har meget svært ved at være sammen med flere mennesker på en gang, hvor jeg oplever voldsom og pludselig hovedpine, en fraværende tilstand, mangel på overskud, kvalme og synsforstyrrelser. Derudover er der, som ligeledes er at finde i min journal, mange dagligdagssituationer jeg ikke kan klare alene, f.eks. handle, støvsugning, rengøring."

Det fremgår af lægelige vurdering af 17/6 2020 fra Patienterstatningens speciallæge i ortopædkirurgi:

"Vurdering:

Det drejer sig om en [20'erne] kvinde, som d. 14. juni 2017 havde pådraget sig nerveskade i ve. arm efter blodtapning. Nerveskaden blev anerkendt, og ved afgørelsen d. 7. juni 2018 fastsat varigt mén på 10 %, smerter og nedsat bevægelighed.

Ved undersøgelsen på ortopædkirurgisk amb. d. 6. juni 2018 var der normal motorisk funktion af nervus medianus, ulnaris og radialis. Hun havde udstrålingssmerter på undersiden af underarmen og nogen brændende fornemmelse på fingrene 1, 2 og 3.

I april 2019 startede pt. et forløb på smerteklinikken. Den 22. maj 2019 vurderede smerteklinikken, at pt. havde gener der svarende til CRPS. Forløbet blev afsluttet d. 17. okt. 2019.

PSE april 2020: Patienten har oplevet forværring i forløbet. Patienten har tiltagende og konstante smerter svarende til albue, håndled, fingre samt skulderblad på venstre side. Smerten beskrives som jagende og stikkende. Desuden nedsat følelse svarende til hele armen. Der er udtalte bevægeindskrænkning af ve. skulder, ve. albue og ve. håndled og fingrene.

Konklusion:

På baggrund af PSEén fra april 2020 er der betydelig forværring af tilstanden siden ménfastsættelsen i juni 2018, som MOS pga. udviklingen af CRPS. Det varige mén er på 40 % (baggrund D.1.9.1.2.)."

Det fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 19/7 2020:

"Efter lov om erstatningsansvar § 11, stk. 1, kan en afsluttet sag om godtgørelse og erstatning genoptages, hvis sagens faktiske omstændigheder har ændret sig væsentligt i forhold til dem, der blev lagt til grund ved sagens afslutning.

Vi afsluttede sagen 07. juni 2018 (sagsnummer 17-8085). Du har telefonisk 30. marts 2020 anmodet om, at sagen genoptages. Du har begrundet din anmodning med at du har øgede gener og har fået diagnosticeret en smertetilstand.

Vi har herefter indhentet de seneste sygehusjournaler. Det fremgår heraf, at:

Fordi du fortsat havde generende smerter i armen blev du 6. juni 2018 set i ortopædkirurgisk ambulatorium. De vurderede de ikke havde behandlingsmuligheder, men anbefalede du kom på tværfagligt smertecenter.

Her startede du 12. april 2019. Du beskrev betydelige og daglige smerter i armen. Du arbejdede fortsat som ..., men uden fysiske arbejdsopgaver. Du var samtidig under uddannelse til ...

Det er senere noteret, at du blev færdig med studiet maj 2019 og 29. august 2019 noteret, at du var kommet i arbejde.

22. maj 2019 vurderede smerteklinikken, at du havde gener der svarede til smertetilstanden CRPS og der blev udskrevet medicin. Du fik også udleveret et TNS apparat. 4. juni 2019 blev der startet fysioterapi. Da medicinen gav bivirkninger blev den udtrappet. Du modtog øreakupunktur og støttende samtaler.

Forløbet i smertemestringsgruppen blev afsluttet 17. oktober 2019.

Det er oplyst, at du i januar 2020 oplevede forværring af smerterne. Du sagde dit daværende arbejde op i februar 2020 og fik kort efter arbejde på kontor andetsteds. Du fik dog ikke startet der, på grund af den nationale Covid-19 situation.

Vi har modtaget Patientskadeerklæring 27. og 30. april 2020. Du har sendt dine bemærkninger til denne, hvor du uddybende forklare dine gener og deres betydning.

Vi har på den baggrund vurderet, at betingelserne for at genoptage sagen er opfyldt.

Begrundelsen er, at dine gener er væsentligt forværrede set i forhold til vores tidligere afgørelser.

...

Vi vurderer, at du er berettiget til yderligere godtgørelse for varigt mén. Vi har lagt vægt på beskrivelsen af dine gener i Patientskadeerklæringen, din egen beskrivelse af generne og deres betydning i hverdagen, samt sygehusjournalerne.

Det er beskrevet, at du har meget betydelige daglige smerter og påvirket følesans samt nedsat bevægelighed i hele armen, fra skulder til hånd. Vi vurderer på den baggrund, at dit varige mén nu udgør 40%. Du har tidligere fået godtgørelse for gener, der varede til en méngrad på 10%. Du får derfor nu godtgørelse for yderligere 30% varigt mén. Godtgørelsen forrentes fra månedsdagen efter modtagelsen af albueskemaet."

Det fremgår af klagerens mail af 10/11 2021 til selskabet:

"Jeg anmeldte i sommeren 2017 en skade telefonisk angående en stikskade i forbindelse med bloddonation den 14. juni 2017, som blev afvist med det samme.

Jeg skal venligst høre, om der er udfærdiget et notat herom, som jeg kan få tilsendt?"

Det fremgår af klagerens mail af 17/11 2021 til selskabet:

"Jeg skal hermed indgive genanmeldelse af stikskade af 14. juni 2017, idet jeg beder selskabet om at foretage en revurdering af sagen.

...

Forsikringssagen

Jeg anmeldte telefonisk skaden den 21. juni 2017 under ovenstående policenummer, som blev registreret med skadenummer Jeg blev dog straks oplyst, at skaden ikke var dækningsberettiget, idet jeg frivilligt havde deltaget i bloddonation. Udskrift af sagsinformation vedlægges som bilag 16.

Den 9. maj 2018 modtog jeg brev om afvisning af dækning under henvisning til, at ulykkesforsikringen ikke dækker følger af lægebehandling. Dækningsafvisningen vedlægges som bilag 17.

Dækningsberettiget skade

Jeg skal hermed anmode om en revurdering af sagen, idet selskabet bedes anerkende, at skaden er dækningsberettiget under policen.

Der henvises i den forbindelse til AK 62.098 (2004), som vedlægges som bilag 18.

Ankenævnet har her udtrykkeligt taget stilling til, at en fuldstændig identisk skade var omfattet af ulykkesdefinition *'en pludselig hændelse, der forårsager personskade'*. Endvidere tog nævnet stilling til, at en lignende dækningsundtagelse som følge af tandlæge- og lægebehandling og andre behandlinger ikke omfattede bloddonation.

Ankenævnet udtalte således herom:

'Det følger af de ovenfor gengivne forsikringsbetingelser, at forsikringen dækker pludselige hændelser, der forårsager personskade. Den skadevoldende indvirkning på legemet - indføringen af kanylen – må efter nævnets opfattelse vurderes som en pludselig hændelse.'

Nævnet finder, at bloddonation ikke kan anses for omfattet af undtagelsesbestemmelsen om tandlæge- og lægebehandling og anden behandling, hvorfor selskabet er pligtigt at anerkende, at klageren har været udsat for et ulykkestilfælde omfattet af forsikringen.'

Ankenævnet gav derfor klager medhold.

Skadeforløbet i ankesagen samt de påberåbte forsikringsbetingelser er således fuldstændig identiske med nærværende sag.

Jeg gør endvidere opmærksom på, at selskabet nu har ændret forsikringsbetingelserne således, at skader pådraget i forbindelse med bloddonation udtrykkeligt er undtaget af forsikringen. Denne undtagelse fremgår imidlertid ikke af de forsikringsbetingelser, der var gældende på skadestidspunktet.

Det er derfor min helt klare overbevisning, at skaden er dækningsberettiget under policen, og jeg imødeser således selskabets stillingtagen.

For god ordens skyld henvises til forsikringsaftalelovens § 24, stk. 2, jf. stk. 1 og § 29, stk. 3."

Det fremgår af selskabets brev af 8/12 2021 til klageren:

"Vi har på baggrund af din henvendelse gennemgået din skadesag, og vi må desværre oplyse, at dit krav efter denne skade er forældet.

Det fremgår af sagen, at du den 21-juni-2017 anmelder hændelsen af samme dato.

Den 09-maj-2018 afviser vi din skade over ulykkesforsikringen. Vi skriver samtidig til dig, at hvis du har spørgsmål til sagen, er du velkommen til at ringe eller skrive til os.

Du ringer til os den 06-juni-2018, og oplyser, at du muligvis har en kendelse, som gør, at vi evt. skal se på sagen på ny. Det aftales, at du skriver til os, hvis du ønsker vi skal se på sagen igen.

Herefter retter du først henvendelse til os igen den 17-november-2021.

I vores vurdering af sagen har vi lagt til grund, at der i henhold til FAL §29, stk. 5, 1. punkt gælder: *'Er en skade inden forældelsesfristens udløb anmeldt til selskabet, indtræder forældelse af krav, som skaden giver anledning til, tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det helt eller delvis afviser kravet'.*

Vi har afvist din skade den 09-maj-2018 og din indsigelse mod afvisningen indtræder herefter tidligst 1 år efter vores afvisning - dvs. den 09-maj-2019.

Imidlertid gælder der samtidig, at krav i henhold til Forsikringsaftalen er underlagt en 3 årig forældelse jf. Forsikringsaftalelovens §29 og Forældelseslovens § 3, stk. 1.

3 års fristen regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor man kan kræve at få sit krav opfyldt. Dvs. fra det tidspunkt hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at man har haft rimelig anledning til at gøre sit krav gældende. Det er ikke en betingelse, at omfanget af skaden er opgjort. Ved ulykkestilfælde er dette tidspunkt i henhold til praksis som udgangspunkt ulykkestilfældet.

Da 1 års fristen jf. FAL § 29, tk. 5, 1. pkt. således kan indeholdes i 3 års fristen, må vi gøre gældende, at dit krav vedrørende denne skade er forældet 3 år efter ulykkestilfældet - dvs. den 21-06-2020.

På baggrund af ovennævnte, må vi derfor oplyse, at vi desværre ikke hjælpe dig på din ulykkesforsikring.

Allerede fordi vi har vurderet, at dit krav er forældet, har vi ikke realitetsbehandlet skaden, og har dermed ikke taget stilling til det eventuelle anerkendelsesspørgsmål."

Det fremgår af klagerens mail af 3/1 2022 til selskabet:

"Jeg er ikke enig i, at forældelsens begyndelsestidspunkt skal regnes fra skadestidspunktet, idet de varige følger var upåregnelige på daværende tidspunkt. Det fremgår af de medsendte lægelige dokumenter, at jeg var igennem adskillige behandlingsforsøg, og at der først på et senere tidspunkt kunne konkluderes, at der ikke var yderligere behandlingstilbud og at følgerne var varige.

Det er korrekt, at der på sagen på myclaim.scalepoint.com fremgår et afvisningsbrev af 8. maj 2018, idet Privatsikring behandlede sagen efter anmeldelsen. Denne har jeg dog først set i forbindelse med min undersøgelse af sagen i november 2021, idet jeg først den 16. november 2021 fik tildelt adgang til 'min side'. Jeg har ikke tidligere modtaget afvisningen. Jeg har ligeledes tjekket min indbakke igennem for perioden på både min mail og e-Boks, hvor der ikke fremgår at være modtaget noget i maj 2018.

Jeg vil derfor gerne vide, hvordan og hvornår afvisningen af 8. maj 2018 er modtaget hos mig. Jeg skal bede om at modtage dokumentation."

Det fremgår af selskabets brev af 13/1 2022 til klageren:

"Du beder om at vi dokumentere hvornår du har modtaget afvisningen.

Vi kan naturligvis ikke dokumentere præcis hvornår brevet er kommet i din postkasse, da det er sendt til dig med posten. Du er dog den 21/06/2017 blevet oplyst telefonisk om, at skaden ikke er dækket.

Her er kopi af vores interne notat om dette:

'21/06/17 Beskrivelse

Afvist pr tlf - dækker ikke lægelig beh når årsag til beh ikke skyldes ut.'

Derudover er du den 07/05/2018, samme dag som afgørelsen er blevet lavet skriftligt, igen blevet telefonisk informeret omkring afvisningen. Her er kopi af vores interne notat om dette:

'07/05/18 Beskrivelse

Talt med skl, hun vil meget gerne have et afvisningsbrev tilsendt, med begrundelse for, hvorfor vi ikke dækker ulykken. Hun skal bruge det til sit videre forløb i sin erstatningssag et andet sted.

___ mail: ...'

Du skriver også, at du ikke mener at forældelsesfristen bør forløbe fra skadestidspunktet men først fra da du kendte omfanget af varige gener. I henhold til lovgivningen skal forældelsen beregnes fra det tidspunkt hvor du havde eller burde have kendskab til at der er sket en skade. Du har den 21/06/2017 kontaktet os omkring skaden og det er derfor vores vurdering at du allerede her havde kendskab til at der er sket en skade.

Ud fra ovenstående finder jeg ikke grundlag for revurdering af sagen, men du er velkommen til at kontakte os for yderligere spørgsmål."

Det fremgår af selskabets brev af 14/8 2023 til klageren:

"Vi har nu vurderet din skade med henblik på udbetaling af et forskud på erstatning vedrørende forværring af varigt mén.

På baggrund af de lægelige oplysninger i sagen kan vi på nuværende grundlag udbetale et forskud på erstatning vedrørende forværring af varigt mén. Vi kan udbetale et forskud svarende til 20%.

Da forsikringens sum er på 1.254.000 kr., er du på nuværende tidspunkt berettiget til et forskud på 250.800 kr.

Renter

Vi skal også udbetale 36.083,85 kr. i renter.

Renterne er beregnet fra 14 dage efter at vi har modtaget de seneste lægelige oplysninger. Vi har lagt til grund, at din mail fra den 17-november-2021 med bilag er indgået på din skadesag den 18-november-2021. Vi har derfor beregnet renter fra 14 dage herefter.

Vi gør opmærksom på, at vi indberetter renterne til SKAT.

Vi sender beløbet, så snart du kontakter os med det registrerings- og kontonummer du ønsker udbetalingen til.

Til orientering, har du mulighed for at få din erstatning for varigt mén samt renter heraf beskyttet mod kreditorer, jf. retsplejelovens § 513.

Kreditorbeskyttelse forudsætter, at beløbet holdes klart adskilt fra din øvrige formue ved, at beløbene indsættes på en særskilt konto.

Det vil sige, at kreditorer ikke kan kræve, at erstatningen bruges til indfrielse af din eventuelle gæld.

Vurdering af den samlede forværring

Inden vi kan til tage endelig stilling til forværring af varigt mén ønsker vi fortsat at få udfærdiget en speciallægeerklæring.

Årsagen er, at vi ønsker at tage stilling i sagen på et fuldt og oplyst grundlag - herunder en opdateret beskrivelse af dine gener.

Vi har i den forbindelse noteret os, at der ikke tidligere er udarbejdet en decideret speciallægeerklæring.

Vi afventer derfor fortsat at høre fra dig i forhold til valg af speciallæge samt underskreven samtykkeerklæring.

Fod god ordens skyld gør vi opmærksom på, at vi afventer sagens afgørelse i Ankenævnet for Forsikring vedrørende dit hovedkrav."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"Invaliditetsdækning ved ulykkestilfælde

...

Hvad omfatter invaliditetsdækningen?

3. Ulykkestilfælde der medfører medicinsk invaliditet

Når et ulykkestilfælde, se fællesbetingelsernes pkt. 2, er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (= mén), fastsættes til mindst 5% eller mindst 10% udbetales der erstatning.

...

Hvad omfatter invaliditetsdækningen ikke?

4. Invaliditetserstatningen udbetales ikke for:

...

- Invaliditet, der skyldes følger efter tandlæge-, lægebehandling eller lignende behandling, hvis selve behandlingen ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

Tillægserstatning

5. Tillægserstatning fra 30% invaliditet

Hvis tillægserstatning er valgt, og medfører ulykkestilfældet en invaliditetsgrad på 30% eller derover, udbetales en tillægserstatning. Tillægget er af samme størrelse som den ordinære erstatning, således at der i disse tilfælde betales dobbelt erstatning.

Tillægserstatningen ophører, når forsikrede fylder 67 år.

Er tillægserstatningen valgt, udbetales for børn under 18 år udover selve menerstatningen et ekstra rådighedsbeløb på 25% af menerstatningen ekskl. tillægserstatning, dog max 150.000 kr.

Er forsikrede myndig på tidspunktet for udbetalingen, betales beløbet til forsikrede.

...

Fællesbetingelser for Privatsikrings Ulykkesforsikring

...

Hvad forstås ved et ulykkestilfælde?

2. Som ulykkestilfælde betragtes:

- en pludselig hændelse
- der forårsager personskade

Som ulykkestilfælde anses også drukning, kulilteforgiftning, ihjelfrysning og insektbid.

Ud over ulykkestilfælde, dækkes endvidere følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsagen til ulykkestilfældet er besvimelse og ildebefindende, altså kortvarige bevidsthedstab, samt hedeslag eller solstik. Det er en forudsætning, at årsagen til besvimelsen eller ildebefindendet ikke skyldes sygdom, sygdomsanlæg eller sygdomslidelser.

Årsagssammenhæng:

For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen bliver der bl.a. 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.

...

6. Forsikringstiden

Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde, når ulykkestilfældet er indtrådt i forsikringstiden.

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringens begyndelsesdato og ophørsdato.

Forsikringen dækker ikke følger, herunder forværring af følger, der viser sig senere end 5 år efter, at ulykkestilfældet er indtrådt, eller sygdommen er diagnosticeret.

Omfatter forsikringen 'Invaliditetsdækning ved ulykkestilfælde samt særlige sygdomme', dækker forsikringen invaliditet som følge af sygdom, der bliver lægeligt diagnosticeret i forsikringstiden, jvfr. dog de anførte karensbestemmelser.

...

8. Forældelse af sikredes krav

For dækning af skader gælder forsikringsaftalelovens almindelige bestemmelser, jvfr. dog bestemmelsen i pkt. 6, 3. afsnit."

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte telefonisk den 21/6 2017, at hun ved bloddonation den 14/6 2017 fik gener i venstre arm, da sygeplejersken stak forkert og ramte en nerve. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at forsikringen ikke dækkede lægelig behandling, når årsagen ikke skyldtes et

ulykkestilfælde. Patienterstatningen anerkendte den 9/10 2017, at der var tale om en patient-skade. Den 9/5 2018 fremsendte selskabet et skriftligt afvisningsbrev. Patienterstatningen traf den 7/6 2018 afgørelse om, at klagerens varigt mén var 10 %. Patienterstatningen genoptog sagen og traf den 19/6 2020 afgørelse om, at klagerens varige mén var 40 %. På baggrund af klagerens henvendelse i november 2021 afviste selskabet den 8/12 2021 skaden med henvisning til forældelse.

Efter sagens indbringelse for nævnet har selskabet anerkendt hændelsen som et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Selskabet har gjort gældende, at klagerens oprindelige krav svarende til et varigt mén på 10 % er forældet. Selskabet har anerkendt dækning af forværringen af generne og har foreløbigt udbetalt acontoerstatning svarende til et varigt mén på 20 %. Selskabets lægekonsulent har vurderet, at der er behov for en mere kvalificeret vurdering i form af en ortopædkirurgisk speciallægeerklæring for at kunne fastsætte størrelsen af forværringen.

Klageren ønsker dækning svarende til et varigt mén på 40 % samt tillægserstatningen. Klageren har anført, at Patienterstatningen har vurderet, at hun har et varigt mén på 40 % efter en speciallægeerklæring, der er udfærdiget på baggrund af bevægelighedsindskrænkningerne dokumenteret i skemaerne fra egen læge. Klageren mener, at det ikke er nødvendigt at indhente en ny speciallægeerklæring.

Klageren har anført, at selskabets sagsbehandler i 2017 fejlagtigt angav, at skaden ikke var dækningsberettigende, og at hun først efter ændringen af selskabets forsikringsbetingelser i 2021 – hvor selskabet indskrev undtagelsen ved donation – blev opmærksom på, at skaden måske alligevel kunne være dækket af forsikringen. Herefter undersøgte hun praksis og fandt kendelse 62098, som anerkendte en tilsvarende situation som et ulykkestilfælde. Klageren har anført, at hun derefter rettede henvendelse til selskabet for en revurdering af sagen. Klageren har anført, at selskabet den 21/6 2017 begik ansvarspådragende rådgivningsfejl, der kan begrunde et erstatningsansvar, da selskabet er nærmest til at kende dækningsomfanget og praksis. Selskabet havde hverken faktisk eller retligt belæg for at afvise dækningen, jf. U 2023.490

Ø. Klageren har anført, at selskabet derfor har handlet i strid med reglerne om god skik. Klageren har anført, at der ikke er indtrådt forældelse af det oprindelige krav, idet hun var i utilregnelig uvidenhed om kravet på grund af selskabets rådgivning. Klageren har anført, at selskabets telefoniske rådgivning den 21/6 2017 ikke kan anses for en afvisning, da hun ikke modtog henvisning til undtagelsesbestemmelser eller praksis, og at hun ikke modtog selskabets brev af 9/5 2018. Forældelsesfristen efter forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, skal regnes fra den 16/11 2021, hvor hun fik adgang til portalen på selskabets hjemmesiden og blev bekendt med afvisningsbrevet af 9/5 2018. Klageren har anført, at hun ikke kan genkende at have været i telefonisk kontakt med selskabet i 2018, at selskabet bærer forsendelsesrisikoen efter forsikringsaftalelovens § 33, og at selskabet ikke har løftet bevisbyrden for, at brevet af 9/5 2018 er kommet frem. Klageren har anført, at forældelsen er suspenderet efter forældelseslovens § 3, stk. 2, idet hun var i god tro om, at skaden ikke var dækket på baggrund af rådgivningen fra selskabet, og at der er tale om en faktisk vildfarelse, der kan begrunde suspension. Klageren har anført, at hun først blev bekendt med sit krav i efteråret 2021.

Klageren har anført, at tillægserstatningen udløses på det tidspunkt, hvor der konstateres en méngrad på minimum 30 %. Selskabet har allerede anerkendt en méngrad på i hvert fald 30 %. Klageren har anført, at der skal foretages en særskilt vurdering af forældelsen af tillægserstatningen, og at selskabet ikke kan fratrække i tillægserstatningen, hvis nævnet giver selskabet medhold i forældelsen af det oprindelige krav.

Klageren har anført, at erstatningen skal forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24, og at den eneste årsag til, at der ikke er fremsendt lægelig dokumentation tidligere i sagen, er selskabets ansvarspådragende fejlrådgivning. Klageren har anført, at der skal ske forrentning af det oprindelige krav svarende til 10 % varigt mén senest 14 dage efter Patienterstatningens afgørelse af 7/6 2018. For så vidt angår forværringen og tillægserstatningen skal der ske forrentning fra 14 dage efter den 22/5 2019 – hvor hun blev diagnosticeret med CRPS – i henhold til nævnet kendelse i sag 75.246, idet det kan lægges til grund, at hun ville have fremsendt lægelig dokumen-

tation for forværringen på dette tidspunkt, hvis selskabet ikke uberettiget havde afvist dækningen.

Selskabet har bestridt at være erstatningsansvarlige som følge af afvisningen af skaden i 2017, idet der er tale om en juridisk vurdering, der ofte indeholder et vist element af skøn. Selskabet har anført, at klagerens oprindelige krav er forældet. Det fremgår af de lægelige oplysninger, at klageren allerede i timerne efter blodtapningen oplevede gener i venstre arm, og det fremgår af lægelige vurdering af 14/7 2020, at generne har været kontinuerligt til stede siden hændelsen. Selskabet har anført, at den almindelige forældelsesfrist løber fra skadetidspunktet, idet klageren måtte være klar over, at hun kunne have et krav. Selskabet har anført, at selskabet telefonisk afviste skaden den 21/6 2017, hvor den 1-årige tillægsfrist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, løber fra. Selskabet har oplyst, at klageren den 7/5 2018 telefonisk bad om et skriftligt afslag, da hun skulle bruge det til sagen ved Patienterstatningen, og at selskabet dagen efter fremsendte et afvisningsbrev. Selskabet har oplyst, at klageren den 17/5 2018 rykkede for brevet, og at selskabet blev kontaktet af klagerens repræsentant den 6/6 2018, som oplyste, at der måske var en kendelse af relevans for sagen. Herefter hørte selskabet først fra klageren i november 2021.

Selskabet har fastholdt, at en speciallægeerklæring er nødvendig for en endelig opgørelse af forværringen. Selskabet har anført, at Patienterstatningens afgørelse er foretaget på baggrund af et par attester udfærdiget af klagerens egen læge, der er lavet tilbage i april 2020, og at der således ikke foreligger nye, opdaterede lægelige oplysninger om, hvordan klageren med tiden har lært at leve med sine gener eller hvorvidt generne og bevægeligheden i armen er blevet bedre eller yderligere forværrede.

For så vidt angår tillægserstatningen har selskabet anført, at "da det oprindelige krav (de 10 %) er forældet, er klageren afskåret fra at gøre kravet gældende. Det må efter Privatsikrings opfattelse også gælde det grundlag, dvs. invaliditetsgraden på 10 %, som kravet var støttet på. Det aktuelle (ikke forældede) krav vedrører forværringen, hvor vi foreløbigt har udbetalt en erstat-

ning svarende til et varigt mén på 20 %, herefter opfylder klageren således ikke betingelsen for tillægserstatning i punkt 5. Såfremt grundlaget for det oprindelige krav skal indgå i opgørelsen af invaliditetsgraden på 30 %, skal der udbetales en erstatning svarende til en invaliditetsgrad på i alt 60 %. Konsekvensen heraf ville være, at klageren også vil få erstatning for det oprindelige, men forældede, krav. Det har ikke været hensigten med bestemmelsen og strider i øvrigt mod de almindelige regler om forældelse. Finder Nævnet, at klageren opfylder kravet i bestemmelsen i punkt 5 om tillægserstatning, således at en invaliditetsgrad på minimum 30 % i sig selv udløser retten til tillægget, gør Privatsikring gældende, at der alene kan udbetales erstatning for den del af kravet, som ikke er forældet. Det vil i så fald svare til en samlet erstatning på i alt 40 %. Dette synspunkt følger af de almindelige regler om forældelse, og støttes også af ordlyden i bestemmelsen i punkt 5, hvorefter 'tillægget er af samme størrelse som den ordinære erstatning, således at der i disse tilfælde betales dobbelt erstatning'. Privatsikring har udbetalt en erstatning for forværringen svarende til et varigt mén på 20 %, og tillægget kan derfor aldrig blive større end den del, der er udbetalt erstatning for, dvs. 20 %".

Selskabet har anført, at klageren ikke har sandsynliggjort, at hun ville have henvendt sig på et tidligere tidspunkt, hvis hendes oprindelige krav på dækning ikke var blevet afvist. Selskabet har beregnet rentekravet fra 14 dage efter den 18/11 2021, hvor selskabet modtog de seneste lægelige oplysninger.

Det fremgår af journal af 22/5 2019 fra hospitalet, at "indskrænket bevægelighed i skulderen, ekstensionsdefekt i albue, indskrænket dorsal og plantar fleksion i håndled, pronation/supination i.a. Der ses nogle misfarvninger på håndryggen og på indersiden af håndleddet. Føler ikke temperaturforskel, dog øget svedtendens i venstre håndled. Der er motorisk påvirkning. Patienten kan ikke gennemføre præcist arbejde med hånden og fingrene. Patienten har CRPS i henhold til Budapest kriterierne, hvor hun opfylder alle inklusionskriterier".

Det fremgår af journal af 12/9 2019 fra hospitalet, at klageren "fortæller, at det går rigtig godt med lateralitetskortene, og at hendes sympaticusreaktion næsten ikke er til stede, når hun bru-

ger dem. Hun kan bruge dem i lidt længere tid, og hun synes, at det går fremad. Smerterne er stadig rigtig slemme, men hun siger, at hun synes, hun håndterer det lidt bedre. I forhold til hendes nye arbejde kan hun mærke, at hun er ekstra træt, men hun har også fået lavet aftaler om, hvordan det skal være, og hun holder arbejdsgiver fast på det".

Det fremgår af journal af 6/1 2020 fra hospitalet, at klageren "fortæller, at hun er inde i en kraftig smerteforværring. Hun har været maksimalt presset på arbejde den senere tid og er også i sin ferie blevet ringet op af arbejdsgiver og blevet bedt om at løse opgaver. Hun har svært ved at sige fra, og til trods for hun har haft ferie i længere tid, er smerterne ikke blevet mindre. Vi taler igen om vigtigheden af, at hun får sat grænser, og hun er godt klar over, hvor langt ude hun er. Hun begynder at se sig om efter en anden type job, men er usikker på fremtiden. Hun arbejder færdig med lateralitetskortene, men tiden hun kan holde ud at sidde med dem er reduceret til 2-3 minutter. Dette er et kraftigt udtryk for, hvor presset nervesystemet er".

Det fremgår af lægeerklæring til brug for Patienterstatningen af 22/4 2020 fra klagerens egen læge, at "patienten har tiltagende og konstante smerter svarende til albue, håndled, fingre samt skulderblad på venstre side. Smerten beskrives som jagende og stikkende. Derudover er der nedsat bevægelighed i hele armen og i fingrene. Desuden nedsat følelse svarende til hele armen", og at der ikke har været symptomer til stede før den indtrådte komplikation. Det fremgår videre, at "udover de føleforstyrrelser og smerter, som selve nerveskaden bevirker, har patienten også tiltagende problemer med hukommelsen, hovedpine, koncentrationsbesvær og søvnbesvær på grund af smerter. Derudover har patienten besvær med at gribe og navigere med armen, når hun ikke ser direkte på den".

Det fremgår af lægeerklæring til brug for Patienterstatningen af 22/4 2020 fra klagerens egen læge, at der er tydelig ømhed ved palpation af skulderleddet, at der er nedsat bevægelighed i albueleddene fra strakt stilling, at der er indskrænket bevægelighed i alle retninger i håndledet, at der er lille aktiv bevægelighed i fingrene, at klageren har hypetesi i forhold til den raske arm, at der er svært nedsat kraft på venstre hånd. Det fremgår videre, at "patienten har kon-

stante smerter både i forbindelse med bevægelse og i forbindelse med berøring. Nogle dage er værre end andre. Hun angiver, at smerten normalt ligger på 7-8 ud af 10 på en vas score. Smerthen er nu oppe i en karakter hvor det føles som albuestød hele tiden. Desuden nedsat bevægelighed i både skulder, albue, håndled og fingre samt nedsat følesans i hele området.

Dertil kommer, på grund af dårlig nattesøvn formentlig, og fordi smerterne fylder så meget, koncentrationsbesvær og hukommelsesbesvær samt hovedpine. Det påvirker naturligvis patientens arbejdsevne".

Det fremgår af lægelige vurdering af 17/6 2020 fra Patienterstatningens speciallæge i ortopædkirurgi, at "den 22. maj 2019 vurderede smerteklinikken, at pt. havde gener der svarende til CRPS. Forløbet blev afsluttet d. 17. okt. 2019. PSE april 2020: Patienten har oplevet forværring i forløbet. Patienten har tiltagende og konstante smerter svarende til albue, håndled, fingre samt skulderblad på venstre side. Smerten beskrives som jagende og stikkende. Desuden nedsat følelse svarende til hele armen. Der er udtalte bevægeindskrænkning af ve. skulder, ve. albue og ve. håndled og fingrene. Konklusion: På baggrund af PSEén fra april 2020 er der betydelig forværring af tilstanden siden ménfastsætteslen i juni 2018, som MOS pga. udviklingen af CRPS. Det varige mén er på 40 % (baggrund D.1.9.1.2.)".

Det fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 19/7 2020, at "at du er berettiget til yderligere godtgørelse for varigt mén. Vi har lagt vægt på beskrivelsen af dine gener i Patientskadeerklæringen, din egen beskrivelse af generne og deres betydning i hverdagen, samt sygehusjournalerne. Det er beskrevet, at du har meget betydelige daglige smerter og påvirket følesans samt nedsat bevægelighed i hele armen, fra skulder til hånd. Vi vurderer på den baggrund, at dit varige mén nu udgør 40%".

Efter en samlet vurdering finder nævnet, at klagerens oprindelige krav mod selskabet ikke er forældet.

Nævnet har i denne forbindelse lagt vægt på, at det beroede på en urigtig vurdering, når selskabet den 21/6 2017 mundtligt og den 9/5 2018 skriftligt meddelte, at klageren ikke havde ret til dækning over ulykkesforsikringen i anledning af stikskaden ved bloddonationen, fordi forsikringen ikke dækkede lægelig behandling, når årsagen ikke skyldtes et ulykkestilfælde.

Nævnet har herved blandt andet lagt vægt på, at nævnet i kendelsen 62.098 fra 2004 vedrørende en tilsvarende situation fastslog, at der var tale om et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Nævnet har også lagt vægt på, at selskabet efter sagens indbringelse for nævnet ved sin meddelelse af 14/12 2022 med henvisning til netop kendelsen i sag 62.098 har anerkendt, at den oprindelse hændelse – stikskaden – udgør et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

I den foreliggende ganske særlige situation, hvor selskabets senere anerkendelse af en skade som dækningsberettigende ikke beror på nye oplysninger om selve ulykken eller ændringer i retsgrundlaget, men i al væsentlighed kan henføres til selskabets korrektion af sin oprindelige urigtige forståelse af selskabets egne forsikringsbetingelser, må nævnet fortolke selskabets senere anerkendelse som indeholdende et afkald på at knytte retsvirkninger i kundens disfavør – herunder vedrørende forældelse – til sit oprindelige afslag. Nævnet har herved tillige henset til, at selskabet efter § 3 i bekendtgørelse nr. 330 af 7/4 2016 om god skik for finansielle virksomheder skal handle redeligt og loyalt over for sine kunder.

Nævnet bemærker, at nævnet i andre sager har statueret, at reglerne om god skik i særlige tilfælde kan betyde, at et forsikringsselskab er afskåret fra at påberåbe sig forældelse. Nævnet henviser til kendelserne 97822, 94558, 92905 og 88651.

Nævnet har noteret, at selskabet har anerkendt, at klagerens méngrad foreløbigt samlet set kan opgøres til 30 %, og at selskabet har udbetalt en foreløbig erstatning svarende til en méngrad på 20 %, idet selskabet har anset kravet vedrørende de "oprindelige" 10 % som bortfaldet

ved forældelse. Da det oprindelige krav på 10 % mén ikke er forældet, skal selskabet anerkende og afregne også dette krav.

Ved den endelige opgørelse af klagerens krav på méngodtgørelse finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har ønsket, at der indhentes en speciallægeerklæring, og at selskabet alene har foretaget en foreløbig opgørelse af klagerens krav. Nævnet bemærker, at selskabet har tilbudt at sende klageren til en speciallægeundersøgelse og derefter vurdere det endelige varige mén efter forværringen. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at Patienterstatningen traf afgørelse den 19/6 2020, og at der ikke foreligger nye, opdaterede lægelige oplysninger om klagerens nuværende og aktuelle gener. Nævnet har også lagt vægt på, at klageren ikke har været til en speciallægeundersøgelse, idet Patienterstatningens afgørelse er truffet på baggrund af attester udfærdiget af klagerens læge.

Selskabet må som anført – når bortses fra forældelsesindsigelsen – anses for at have anerkendt en méngrad på 30 %. Tager klageren imod selskabets tilbud om indhentelse af en speciallægeerklæring, skal selskabet genoptage sagsbehandlingen af klagerens krav, og træffe afgørelse om eventuel yderligere erstatning.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5, at "medfører ulykkestilfældet en invaliditetsgrad på 30 % eller derover, udbetales en tillægserstatning. Tillægget er af samme størrelse som den ordinære erstatning, således at der i disse tilfælde betales dobbelt erstatning".

Selskabet skal derfor udbetale tillægserstatning for en méngrad på 30 % som beskrevet ovenfor. Fastsætter selskabet – efter indhentet speciallægeerklæring – en samlet méngrad der er over 30 %, skal der også udbetales tillægserstatning for det mén, der overstiger 30 %.

Nævnet finder efter en samlet vurdering, at der skal ske forrentning af klagerens krav svarende til 10 % varigt mén senest 14 dage efter Patienterstatningens afgørelse af 7/6 2018. Nævnet finder, at der skal ske forrentning af den af selskabet anerkendte forværring svarende til et mén

Ankenævnet for Forsikring

54.

98968

på 20 % – herunder tillægserstatningen for en méngrad på 30 % – 14 dage efter Patienterstatningens afgørelse af 19/7 2020. Nævnet må lægge til grund, at afgørelserne fra Patienterstatningen udgjorde et tilstrækkeligt grundlag for at selskabet kunne fastsætte en méngrad på i hvert fald 30 %. Nævnet har også lagt vægt på, at det må tilskrives selskabets forhold, at selskabet ikke på et tidligere tidspunkt har realitetsbehandlet klagerens krav, idet selskabet urigtigt afviste kravet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Privatsikring, skal anerkende, at ingen del af klagerens krav er forældet. Selskabet skal udbetale erstatning og tillægserstatning svarende til en méngrad på 30 % til klageren. Tager klageren imod selskabets tilbud om indhentelse af en speciallægeerklæring, skal selskabet genoptage sagsbehandlingen af klagerens krav, og træffe afgørelse om såvel yderligere erstatning og yderligere tillægserstatning, hvis klagerens samlede méngrad på baggrund af speciallægeerklæringen fastsættes til mere end 30 %. Forrentningen af klagerens krav svarende til 10 % varigt mén skal ske senest 14 dage efter Patienterstatningens afgørelse af 7/6 2018. Forrentning af den af selskabet anerkendte forværring svarende til et mén på 20 % – herunder tillægserstatningen for en méngrad på 30% – skal ske 14 dage efter Patienterstatningens afgørelse af 19/7 2020. Beløbene forrentes med rentesats som fastslået i forsikringsaftalelovens § 24, stk. 2.

Klagegebyret tilbagebetales.



Peter Thønnings