



perspektiv

Sætter gebyr retssikkerheden over styr?
- Vejledende udtalelse fra AES og
retshjælpsforsikringer



02
Gebyrer for vejledende udtalelser
- Har selskabernes praksis ændret sig?

06
Gebyrer for vejledende udtalelser
- Kan det være i strid med god forsikringssskik?

INDHOLD

08
Retssikkerhed og retshjælpsforsikringer

10
perspektiv
- Del 1: Vejledende udtalelser
- Del 2: Retssikkerhed og retshjælp

Sætter gebyr retssikkerheden over styr?

- Vejledende udtalelser fra AES og retshjælpsforsikring

Hvis en person er kommet til skade, kan der rejses et erstatningskrav mod en potentiel skadevolder. Det er som udgangspunkt skadelidtes opgave at føre bevis for kravets berettigelse og størrelse.

Skadelidte og skadevolder har, efter erstatningsansvarslovens § 10, mulighed for at indhente en vejledende udtalelse om fastsættelsen af méngraden og erhvervsevnetabet fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES). I praksis indhentes udtalelsernes ofte, og de tillægges samtidig stor betydning for sagens oplysning såvel som afgørelse.

Når der indhentes en vejledende udtalelse, skal der betales et gebyr. I praksis har gebyret oftest været betalt af skadevolders ansvarsforsikringsselskab.

Pr. 1. januar 2017 blev gebyrerne forhøjet betydeligt og er siden hen fortsat med at stige.

- I **2016** var gebyret for en vejledende udtalelse med erhvervsevnetab 8.600 kr. og 5.100 kr. for en udtalelse uden erhvervsevnetab.
- I **2019** er gebyret for en vejledende udtalelse med erhvervsevnetab 24.510 kr. og 9.340 kr. for en udtalelse uden erhvervsevnetab.

Gebyret for en udtalelse med erhvervsevnetab er altså steget med 185 % fra 2016-2019, mens en udtalelse uden erhvervsevnetab er steget med 83 % for samme periode.

Ser vi på antallet af vejledende udtalelser, viser **statistikker fra AES**, at der har været et betydeligt fald i de vejledende udtalelser på mere end 30 % sammenlignet med perioden før gebyrstigningerne. Det er vores erfaring, at dette skyldes, at selskaberne i mindre omfang end tidligere vil betale for de vejledende udtalelser, og at de skadelidte på grund af gebyrstigningerne ofte ikke kan. Det har rejst to væsentlige problemstillinger, som vi vil sætte fokus på i denne udgivelse af *perspektiv*:

1. Har selskabernes praksis ændret sig, og kan det være i strid med god forsikringssskik?
2. Hvad betyder gebyrstigningerne for skadelidtes retssikkerhed?



Gert Willerslev
Advokat og partner
Elmer Advokater



Christian Skovgaard
Advokat
Elmer Advokater



Karsten Høj
Advokat og partner
Elmer Advokater

Gebyrer for vejledende udtalelser

- Har selskabernes praksis ændret sig?

Når en person er kommet til skade, så følger det af almindelige erstatningsretlige principper, at det påhviler skadelidte at sandsynliggøre sit krav mod en potentiel skadevolder. Bevisbyrden, der i udgangspunktet påhviler skadelidte, kan vedrøre forskellige forhold af medicinsk, økonomisk eller helt anden karakter.

I personskadesager indhentes der ofte en vejledende udtalelse fra AES om fastsættelsen af méngraden osv. Hjemlen hertil følger af erstatningsansvarsloven § 10, hvorefter både skadevolder og skadelidte har ret til at indhente en sådan udtalelse.

Udtalelserne er i udgangspunktet ikke bindende for parterne. I praksis har udtalelserne dog stor betydning for, hvordan selskaberne forholder sig og dermed hvordan sagen afgøres.

Har selskabernes praksis ændret sig?

I mange år har det som praktisk hovedregel været ansvarsforsikringsselskabet, der betalte for den vejledende udtalelse til brug for den videre behandling og ofte afgørelse af erstatningssagen.

Ifølge AES' egne tal, er der i perioden 2009 til 2016 årligt oprettet mellem 4.500 – 5.000 sager, svarende til ca. 1200 sager i kvartalet. Det vidner om, at muligheden for at indhente udtalelser har været an

-vendt i betydeligt omfang. Arbejdsmarkedets Erhvervs sikrings **statistikker viser** et betydeligt fald i antallet af oprettede sager om vejledende udtalelser efter gebyrstigningerne i 2017. Seneste statistik for 2. kvartal 2019 viser, at der blev oprettet mindre end 800 sager, som er mere end 30 % færre end de omtrentlige 1.200 sager pr. kvartal før gebyrstigningen.

Det er vores erfaring, at dette skyldes, at selskaberne i mindre omfang end tidligere vil betale for disse, og at de skadelidte på grund af gebyrstigningerne ofte ikke kan. Udover selve udgiften til gebyret, er der også risiko for, at AES til brug for udtalelsen vil have indhentet en speciallægeerklæring, der i sig selv kan koste mange tusinde kroner, som rekvirenten skal betale.

Vi er af en sagsbehandler i et større ansvarsforsikringsselskab i øvrigt blevet oplyst, at man som følge af gebyrændringerne som hovedregel ikke længe vil betale udgifter til de vejledende udtalelser - og det kan da også være vanskeligt at finde en anden forklaring på det markante fald i de oprettede sager.

Hvorfor er gebyrerne steget?

Gebyrerne fastsættes ved bekendtgørelse efter indstilling fra bestyrelsen i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

I 2017 steg gebyrerne markant og i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings brev af 14. oktober 2016 til Beskæftigelsesministeren med indstilling herom, blev det blandt andet anført:

"Det bemærkes at takststrukturen er forenklet i forhold til tidligere år. Den nye takststruktur sikrer robusthed og retvisende takster per takstområde. Herved opnås omkostningsdækning for sagsbehandlingen af enkelte takstområder. [...]"

Hertil kommer, at taksterne i 2017 er forhøjet som følge af:

- Opbygning af reserve over tre år til dækning af udgifter forbundet med udvikling af et nyt og tidssvarende sagsbehandlingssystem.
- Omkostningsdækning af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings forventede budgetunderskud for 2. halvår 2016 og 2017
- Omkostninger forbundet med bunkeafvikling af sager vedrørende erhvervsevnetab, der er mere end 2 år gamle"

Stigningen trådte i kraft den 1. januar 2017, ved bekendtgørelse¹ der forud herfor havde været i høring. I **høringsbrevet** fremgik ikke særlige bemærkninger til den markante stigning i gebyrerne, men blot, at *"Det bemærkes, at takststrukturen er forenklet i forhold til tidligere år"*.

F&P afgav den 24. november 2016 et høringssvar til bekendtgørelsen, hvori det blandt andet blev anført:



"Forsikringsselskaberne kan ikke genkende, at det skal koste 23.040 kr. at foretage en erhvervsevnetabsvurdering, når alle akter foreligger."

[...]"

Forsikring & Pension kan ikke afvise, at den nye takst for udtalelse om erhvervsevnetab vil påvirke forsikringsselskabernes vurdering af behovet for at indhente en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring."

I 2019 steg gebyrerne igen og i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings brev af 15. oktober 2018 til Beskæftigelsesministeren blev det blandt andet anført:

"Takststrukturen er baseret på omkostningsdækning for sagsbehandlingen af det enkelte takstområde. I taksterne indgår en årlig pris- og

og lønregulering, ligesom de indeholder:

- *Omkostninger forbundet med udvikling af nye it-systemer mv., der er nødvendig for at etablere den tidssvarende teknologiske platform, AES har som strategisk målsætning for at kunne understøtte stabil og sikker drift.*
- *Udgiftsudligning over en 4-årig periode, hvor indtægterne til AES over en 4-årig periode samlet set bør balancere."*

I brevet nævnes endvidere, at AES forventer færre tilgængelige sager, som vil medføre et samlet lavere indtægtsniveau, og at AES fortsat i 2019 vil være præget af udflytningen.

Stigningen trådte i kraft den 1. januar 2019 ved

bekendtgørelse², der forud herfor havde været i høring.

Et advokatfirma gjorde i et høringssvar opmærksom på problemstillingerne omkring faldende antal vejledende udtalelser og afledte retssikkerhedsmæssige problemer herved, som dog ikke ses at have hindret gebyrstigningerne.

¹) Bekendtgørelse 1604 af 9. december 2016 om takster for administration pr. 1. januar 2017 efter lov om arbejdsskadesikring og lov om sikring mod følger af arbejdsskade

²) Bekendtgørelse nr. 1410 af 3. december 2018 om takster for administration pr. 1. januar 2019 efter lov om arbejdsskadesikring og lov om sikring mod følger af arbejdsskade

Gebyrer for vejledende udtalelser

- Kan det være i strid med god forsikringssskik?



Det praktiske udgangspunkt har som nævnt været, at skadevolders ansvarsforsikringssselskab betaler gebyret for den vejledende udtalelse fra AES, som led i sagsbehandlingen eller efter EAL § 1, stk. 1, om "andet tab"¹⁾.

I Responsum nr. 2812

- af 7. oktober 1988 blev retstilstanden af Assurandør-Societetet beskrevet således:

"... udgifter til at fremskaffe en udtalelse fra Sikringsstyrelsen efter EAL § 10 er omfattet af ansvarsforsikringen, hvis der må anses at kunne være **begrundet tvivl** om fastsættelsen af méngrad eller erhvervsevnetabsprocent." [vores fremhævning]

Det var i hvert fald antaget, hvis forsikringssselskabet havde anerkendt erstatningspligten, jf. FED 2000.1985 AK og UfR.2001.1379 V²⁾. Hvis ansvarsforsikringssselskabet ikke har anerkendt erstatningspligten, er det ikke almindelig praksis, at forsikringssselskabet på forhånd betaler for en udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen, jf. Responsum nr. 3182 af 3. sept. 1997.

Det bemærkes dog, at det eksempelvis i trafikskadesager er hovedreglen, at der anerkendes ansvar, da der efter færdselsloven gælder et objektivt ansvar.

Der har gennem årene alligevel været stillet F&Ps responsudvalg spørgsmål om de nærmere forudsætninger for selskabets betaling af udgifter til vejledende udtalelser og reglerne om god skik, selvom udgangspunktet blev beskrevet allerede 1988.

I Responsum nr. 3307

- af 10. oktober 2000 spurgte en advokat F&P til betalingen af et gebyr til en vejledende udtalelse fra AES i forbindelse med en konkret personskadesag, hvor selskabets læger havde fastsat det varige mén til 10 %. Det var oplyst i sagen, at lægekonsulenter fra det pågældende selskab og fra to andre var kommet frem til den samme méngrad svarende til 10%.

På den baggrund havde selskabet vurderet, at der ikke var begrundet tvivl om de varige skaders om-

fang og afviste som følge heraf at betale gebyret til Arbejdsskadestyrelsen. F&P besvarede advokatens henvendelse således:

"Efter en nu almindelig fulgt praksis betaler ansvarsforsikringssselskaber udgifter til at fremskaffe en udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen, **medmindre det anses for overvejende sandsynligt, at styrelsen vil være enig i de lægelige vurderinger**, som foreligger.

Betalingsspørgsmålet beror i øvrigt på en konkret vurdering, og det resultat selskabet i den foreliggende sag er nået til, kan efter F&P's opfattelse ikke anses i strid med god forsikringssskik." [vores fremhævning]

Responsudvalget har også udtalt sig om lignende problemstillinger i Responsumsag 5.1-3507 af 13. oktober 2014 samt Responsumsag 5.1-3521 af 30. oktober 2015.

I Responsum nr. 3537

- af 29. marts 2017 har F&P senest haft lejlighed til

at udtale sig om emnet, og dette efter gebyrstigningerne var trådt i kraft. Følgende spørgsmål blev stillet:

"Anses det som værende i strid med god forsikringssskik at afvise dækning af gebyr for forelæggelse for Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikring i en personskadesag, når der beskrives strakssymptomer og når der er forudbestående/konkurrerende skadesårsager?"

Responsudvalget besvarede spørgsmålet som følger:

"Nej. Det er ikke i strid med god forsikringssskik, at selskabet, hvis de finder, at der er et **forsvarligt grundlag for at foretage en lægelig vurdering**, afviser at betale for forelæggelse for AES." [vores fremhævning]

1) Jens Møller m.fl., Erstatningsansvarsloven med kommentarer, 2002.
2) Jens Møller m.fl., Erstatningsansvarsloven med kommentarer, 2002 side 266.



Retssikkerhed og retshjælpsforsikringer

Såfremt ansvarsforsikringsselskabet har afvist et krav fra skadelidte og desuden afviser at betale gebyret til en udtalelse fra AES, har skadelidte i mange tilfælde kun den mulighed selv at betale udgiften på op til 24.510 kr., eller at søge retshjælpsdækning til en retssag mod selskabet.

En retssag kan efter omstændighederne også være det mest relevante skridt for en skadelidt, fremfor en vejledende udtalelse, navnlig hvis de medicinske spørgsmål i sagen bedre lader sig bedømme efter forelæggelse for Retslægerådet, der kan besvare parternes spørgsmål.

Et tilsagn om retshjælpsdækning forudsætter ifølge forsikringsbetingelserne blandt andet, at der foreligger en aktuel og konkret tvist. Praksis viser, at der ifølge selskaberne ikke foreligger en sådan tvist, hvis der er bevismæssig usikkerhed om skadelidtes krav, og der ikke er indhentet en vejledende udtalelse fra AES. I et eksempel på et retshjælpsforsikringsselskabs afslag fra maj 2017, og dermed kort efter de hævede gebyrer, som vi har modtaget fra en kollega, lød begrundelsen:

"Din klients dokumentation for at der foreligger et erhvervsevnetab, vil først foreligge ved en udtalelse fra AES [...] Der foreligger ikke dokumentation for, at ansvarsforsikringsselskabet udtrykkeligt har meddelt, at man på ingen måde agter at tage en udtalelse fra AES til efterretning, vil betingelserne for at yde forhåndstilsagn til retshjælpsdækning ikke være til stede."

Videre er det i afslaget anført, at:

"Alene det forhold, at gebyret er sat op til 23.040 kr. for at indbringe sagen for AES for en vejledende udtalelse, jf. § 10 i lov om erstatningsansvar, kan ikke føre til, at retshjælpsforsikringen kan fravige ankenævnets praksis på dette område."

Afslaget synes i et vist omfang understøttet af praksis fra Ankenævnet for Forsikring.

I Ankenævnet for Forsikrings kendelse nr. 91.837 af 23. januar 2019 havde ansvarsforsikringsselskabet ikke afvist at være indstillet på at revurdere sagen og følge en eventuel udtalelse fra AES, hvis en så-

dan blev indhentet. Nævnet fandt med henvisning til praksis på området (73159, 73034, 90562 og 91710) ikke grundlag for at kritisere, at selskabet havde afvist at yde dækning til omkostningerne til retssagen.

Det er bemærkelsesværdigt, at selskabet i forbindelse med sagens behandling ved nævnet til støtte for afslaget på at yde dækning anførte, at:

"Det vil både være forkert og urimeligt, hvis vurderingen under retshjælpsforsikringen af, hvorvidt der foreligger en konkret og aktuel tvist, skulle bero på størrelsen af det gebyr, som man på et givet tidspunkt skal betale for at indhente en vejledende udtalelse fra AES. Denne vurdering er selvfølgelig den samme uanset om gebyret til AES er fx 5.000 kr., eller som i dag 6.220 kr. (for en vejledende udtalelse – ekskl. erhvervsevnetab) og 22.280 kr. (for en vejledende udtalelse – inkl. erhvervsevnetab), jf. www.aes.dk"

Nævnets afgrænsning af, hvornår der foreligger en konkret og aktuel tvist, synes at være lagt ved, om selskabet har tilkendegivet, hvorvidt man vil revurdere afgørelsen på baggrund af den vejledende udtalelse.

I Ankenævnet for Forsikrings kendelse nr. 92.679 af 24. oktober 2018 havde et ansvarsforsikringsselskab således afvist krav med henvisning til, at der var tale om et lavenergitraume, som ifølge selskabet ikke kunne medføre varige mén; ansvarsforsikringsselskabet havde anført, at dette synspunkt ville blive fastholdt uanset en udtalelse fra AES.

Nævnet fandt, at der var en tvist i sagen, da ansvarsforsikringsselskabets mails måtte forstås således, at sagen ikke ville blive revurderet uanset indholdet af en udtalelse fra AES.

Et andet eksempel følger af Ankenævnet for Forsikrings **kendelse nr. 91.780** af 15. august 2018 hvor et ansvarsforsikringsselskab afviste at genoptage en anerkendt ulykke, som ifølge klageren var forværret. Efter at have indhentet en speciallægeerklæring afviste selskabet, at der var tale om en forværring såvel at sagen skulle forelægges AES. På et specifikt spørgsmål fra skadelidtes advokat til selskabet om, hvorvidt selskabet ville være indstillet på at vurdere afgørelsen på baggrund af en udtalelse om varigt mén fra Arbejdsmarkedets Erhvervs sikring, henviste selskabet blot til en tidligere mail om, at man ikke fandt en udtalelse fra AES nødvendig.

Nævnet udtalte, at ansvarsforsikringsselskabets mails måtte forstås således, at en ny udtalelse fra AES ikke ville ændre på selskabets afslag på at genoptage sagen. Nævnet fandt under henvisning hertil, at der forelå en konkret og aktuel tvist mellem klageren og ansvarsforsikringsselskabet og at der konkret var rimelig grund til at føre sagen.

PERSPEKTIV

Del 1 - Vejledende udtalelser

Det er vores opfattelse, at selskaberne har ændret praksis for betaling af vejledende udtalelser. Det støtter vi dels på statistikken fra AES, der viser et markant fald i udtalelserne efter gebyrstigningen i 2017, og dels på egne erfaringer.

F&P havde allerede i 2016 gjort opmærksom på risikoen for en sådan ændring, ligesom et advokatfirma i 2018 gjorde opmærksom på faldet i sager såvel de retssikkerhedsmæssige problemstillinger. Dette har dog ikke hindret den fortsatte gebyrstigning og det er bemærkelsesværdigt, at problemstillingen ikke har fået mere opmærksomhed, da gebyrstigninger af den pågældende størrelsesorden kan få en adfærdsregulerende karakter.

Når begrundelsen for stigningen blandt andet var opbygning af reserve over tre år til udvikling af nyt sagsbehandlingssystem, så kan man håbe, at gebyrerne i 2020 vil være faldende med en lempeligere praksis til følge blandt ansvarsforsikrings-selskaberne. Stigningen var tilmed begrundet i omkostningsdækning af forventede underskud og omkostninger til bunkeafvikling af gamle sager.

Man kan overveje, hvorvidt det er rimeligt, at udgifter til ovenstående aktiviteter reelt ender hos skadelidte i de private erstatningssager i langt højere grad end tidligere. Uanset at den nye takststruktur skulle sikre retvisende takster og omkostningsdækning så forekommer systemet såvel beregningen af gebyret ikke gennemsigtigt eller forudsigeligt.

Vedrørende reglerne om god forsikringskik, så er selskabets pligt til at betale gebyret behandlet flere gange ved F&Ps resposumudvalg:



- I 1988 blev det udtalt, at selskaberne skulle betale, hvis der kunne være *"begrundet tvivl om fastsættelsen af méngrad eller erhvervsevnetab"*.
- I 2000 blev det udtalt, at selskaberne som udgangspunkt skulle betale med mindre *"det anses for overvejende sandsynligt, at styrelsen vil være enig i de lægelige vurderinger"*.
- I 2017 blev det udtalt, at det ikke var i strid med god forsikringskik at afvise at betale, hvis selskabet finder, at der foreligger *"et forsvarligt grundlag for at foretage en lægelig vurdering"*.

Fælles for udtalelserne har været, at der er tale om en konkret vurdering, og selskaberne synes at være indrømmet en betydelig skønsmargin. Der er store sproglige forskelle på svarene, men det er ikke klart, om udvalget har haft til hensigt, at der også skal være en indholdsmæssig forskel.

Formuleringen af den seneste udtalelse fra 2017 kan muligvis opfattes som en lempelse af selskabernes pligter, idet *"et forsvarligt grundlag for at foretage en lægelig vurdering"* forekommer forskellig fra formuleringen i 1988 om *"begrundet tvivl om fastsættelsen af méngrad og erhvervsevnetab"*. Tvivlen omkring mén og erhvervsevnetab kan relatere sig til meget andet end de lægelige vurderinger – og gør det ofte.

Derudover synes *"begrundet tvivl"* at være et mere objektivi kriterium end formuleringen fra 2017, hvor det afgørende er, om selskabet har fundet et forsvarligt grundlag for at foretage en lægelig vurdering. Man kan dårligt forestille sig et selskab, efter at have truffet afgørelse, skulle komme frem til, at der ikke havde været forsvarligt grundlag herfor.

Hvis der ikke er tiltænkt en ændring i praksis, så ville det være hensigtsmæssigt, hvis F&P adresserede

den praksisændring, der tydeligvis er sket efter gebyrstigningerne, og indledte en dialog i et forsøg på at løse problemet, hvad end det skal ske politisk eller i forsikringselskaberne.

Dette navnlig i lyset af det paradoksale ved, at selskaberne i klagesagsbehandlinger argumenterer for, at gebyrstigningerne ikke i sig selv kan ændre på praksis (AK 91.837).

Del 2 - Retssikkerhed og retshjælp

Praksisændringen i selskabernes betaling af gebyret til de vejledende udtalelser er retssikkerhedsmæssig betænkelig, da det stiller de i forvejen belastede skadelidte med endnu en økonomisk udfordring. Det er et skridt i den forkerte retning i en i forvejen ulige kamp. Udtalelserne anvendes som bevis, og da bevisbyrden som nævnt i udgangspunktet påhviler skadelidte, så vil gebyrstigningerne reelt føre til, at skadelidtes mulighed for at føre bevis svækkes.

Det er problematisk, at selskaberne uden at afvise et krav definitivt, kan betinge den videre behandling af, at skadelidte skal finde op til 24.510 kr. til en vejledende udtalelse. Dertil kan der komme udgifter til en speciallægeerklæring, hvis AES finder det

nødvendigt, som kan medføre en merudgift på op til 10-15.000 kr., hvilket mange skadelidte ganske enkelt ikke har råd til.

Derudover er den ændrede praksis retssikkerhedsmæssig problematisk, da den som afledt effekt begrænser skadelidtes mulighed for at få prøvet sin sag ved domstolene.

I ansvarssager kan skadelidte ikke klage over modpartens forsikringsselskab fx om erstatningens udmåling til Ankenævnet for Forsikring, der ellers er ment som en hurtig og billig adgang til at få prøvet sin sag. Næste skridt er derfor en domstolsprøvelse, som giver anledning til at overveje mulighederne for at søge retshjælpsdækning.

Når det drejer sig om retshjælpsforsikring, så viser praksis, at Ankenævnet for Forsikring sjældent kritiserer selskabernes afslag på retshjælpsdækning, hvis det er sket med henvisning til, at der ikke er indhentet en vejledende udtalelse fra AES.

I kendelserne lægger man i høj grad vægt på, hvorvidt et ansvarsforsikringsselskab har afvist at revurdere en sag, hvis skadelidte indhenter en vejledende udtalelse. Er det ikke tilfældet, så er der ifølge nævnet ikke en tvist.



Dette synes ikke at yde skadelidte den nødvendige retssikkerhedsmæssige beskyttelse eller i øvrigt at være i overensstemmelse med formålet med forsikringen.

Forsikringen skal yde forsikringstageren hjælp til at få prøvet en sag ved domstolene og bør ikke i så høj grad afhænge af, om et andet system (AES) er anvendt, når det er forbundet med et gebyr på mange tusinde kroner. At skadelidte skal anvende op mod 24.510 kr. for at et selskab kan se på sagen igen, uden at det nødvendigvis fører til andet resultat, er efter vores opfattelse hverken en rimelig eller holdbar situation.

Derudover kan det undre, at gebyret for en vejledende udtalelse ikke omfattes af retshjælpsforsikringens bestemmelser om udgifter til ensidigt indhentede specialisterklæringer og/eller udenretligt syn og skøn.

Den vejledende udtalelse giver ofte et relevant bidrag til sagens oplysning og afgørelse og har på det punkt samme formål, som ovenstående erklæringer, der netop dækkes efter retshjælpsforsikringen. Også på dette punkt forekommer det paradoksalt, når den vejledende udtalelse i stedet bruges som "stopklods" eller betingelse for at komme videre til retshjælpsdækningen til en retssag.

Man kan frygte, at nævnets praksis vil føre til, at det bliver for "let" for selskaberne at begrænse

søgsmål og dermed potentielle krav, hvis skadelidtes adgang til retshjælpsdækning er betinget af, at skadelidte betaler en udgift på op mod 24.510 kr. uden at det nødvendigvis fører til et andet resultat eller er den foretrukne bevismæssige vej.

Vi opfordrer ansvars- og retshjælpsforsikrings-selskaberne til at tage højde for den retssikkerhedsmæssigt vanskelige situation, som skadelidte stilles i. Samtidig kunne det være ønskeligt om Ankenævnet for Forsikring tog sin praksis på retshjælpsområdet op til revision i lyset af de nye gebyrer - og selskabernes deraf skærpede praksis.

"At skadelidte skal anvende op mod 24.510 kr. for at et selskab kan se på sagen igen, uden det nødvendigvis fører til et andet resultat, er efter vores opfattelse hverken en rimelig eller holdbar situation."

Det kan overvejes, om der i praksis kan hentes inspiration i begrebet "antageliggjort", som Ankenævnet for Forsikring er begyndt at anvende på ulykkesforsikringsområdet. Her pålægger nævnet selskaber at indhente og betale for en vejledende udtalelse fra AES, når klageren har "antageliggjort", at et varigt mén

er større end fastsat af selskabet, jf. eksempelvis AK 92.682 og 92.741.

I forhold til kriteriet om, at selskabet blot skal finde et forsvarligt grundlag for at foretage en lægelig vurdering, synes begrebet rent bevismæssigt at være lettere at løfte for skadelidte. Derfor mener vi også, at det vil være et skridt i den rigtige retning, hvis selskaberne fremover vil anvende begrebet.



Gert Willerslev
Advokat og partner
Elmer Advokater



Christian Skovgaard
Advokat
Elmer Advokater



Karsten Høj
Advokat og partner
Elmer Advokater