

## **Sådan forløber en typisk erstatningssag og dét skal du være opmærksom på undervejs**

Af advokat Annette Bendixen ([ab@advocare.dk](mailto:ab@advocare.dk)) og advokatfuldmægtig Sara Maria Grau ([smg@advocare.dk](mailto:smg@advocare.dk))

**Som advokater med mange års erfaring i erstatningssager og i særdeleshed i sager om piskesmæld, oplever vi, at tilskadekomne ofte er meget usikre på hvordan en erstatningssag forløber, og hvad man skal være opmærksom på undervejs i sagen. Vi har derfor fundet det relevant at beskrive et typisk sagsforløb nærmere og pointere, hvad man særligt skal være opmærksom på undervejs.**

En typisk erstatningssag starter overfor forsikringsselskabet, når skaden bliver anmeldt. Det er i den forbindelse vigtigt, at skaden bliver anmeldt til alle relevante forsikringer.

Er der tale om en trafikulykke, hvor der er en anden bil involveret, skal ulykken anmeldes til modpartens lovpligtige ansvarsforsikring, og har man øvrige forsikringer i form af fx ulykkesforsikring(er) og erhvervsudygtighedsforsikring(er), er det vigtigt, at man også anmelder ulykken til disse.

Man skal være opmærksom på, at forsikringerne kan være tegnet forskellige steder, fx via fagforeninger, pensionskasser og banker. Det er derfor vigtigt, at man undersøger, om man har en forsikring, man måske ikke umiddelbart er opmærksom på, at man har tegnet – finder man ud af det for sent, risikerer man, at eventuelle krav overfor forsikringen vil være forældede.

Når man har anmeldt skaden til de relevante forsikringer, skal man sørge for at få en skriftlig bekræftelse på, at skaden er anmeldt.

De fleste forsikringsselskaber vil herefter (eller efter et stykke tid) indhente kopi af de lægelige oplysninger i sagen i form af fx skadestuejournal, lægejournal (både før og efter skaden), journal fra behandlere mv.

Da det som udgangspunkt er de forskellige journaler, der er den primære dokumentation for hændelsesforløbet og de gener, man har, er det meget vigtigt, at man umiddelbart efter ulykken (inden for få dage) henvender sig på skadestuen eller ved egen læge. Det er i den forbindelse vigtigt at få fortalt, hvordan man er kommet til skade, hvor man har slået sig, og hvor man har ondt. Man skal ikke forsøge at nedtone sine gener, og det er vigtigt, at man også nævner dem, der måske virker bagatelagte i situationen.

Det er også vigtigt, at man kontakter sin læge løbende og meddeler, om generne fortsat er de samme.

Er man sygemeldt som følge af en ulykke, vil man sandsynligvis være berettiget til godtgørelse for svie og smerte. Godtgørelsen udgøres af en fast takst for hver dag, man er syg, og man vil maksimalt kunne få dækning i ca. 1 år.

Har man en mistet indtægt efter skaden, vil man sandsynligvis også være berettiget til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Har man udgifter til behandling, medicin eller andet efter skaden, vil man ofte kunne få udgifterne dækket ved eventuelle ulykkesforsikringer eller modpartens ansvarsforsikring. Behandlingerne vil typisk blive dækket i ca. 1 år.

Har man stadig gener som følge af ulykken efter ca. 1 år, vil man typisk på dette tidspunkt kunne fastsætte en méngrad. Denne skal fastsættes i forhold til eventuelle ulykkesforsikringer og modpartens ansvarsforsikring.

Méngraden er udtryk for de varige gener, man har som følge af ulykken. For at få belyst omfanget af generne og deres sammenhæng med ulykken, indhenter forsikringsselskabet i de fleste tilfælde en speciallægeerklæring (i enkelte tilfælde nøjes man med at indhente en funktionsattest udfyldt af egen læge).

Forsikringsselskabet vil typisk foreslå en eller flere speciallæger, som den tilskadekomne kan vælge imellem. Vælg aldrig en af disse uden at havde drøftet spørgsmålet med en advokat, der er specialiseret i erstatningssager!

Indholdet af speciallægeerklæringen er af stor betydning for sagens videre forløb, og det er derfor vigtigt, at undersøgelsen udføres af en kompetent og grundig speciallæge, som ikke har en forudindtaget holdning. Vi oplever i den forbindelse desværre, at flere speciallæger er meget skeptiske overfor piskesmæld, og det er vores erfaring, at det ofte er disse speciallæger, forsikringsselskaberne foreslår.

Har man først fået udarbejdet en dårlig speciallægeerklæring, er det meget svært efterfølgende at få rettet op på det.

I forbindelse med speciallægeundersøgelsen er det vigtigt at nævne alle gener og være konkret omkring disse.

Når speciallægeerklæringen foreligger, vil forsikringsselskabet normalt sende spørgsmålet om vurderingen af det varige mén til selskabets lægekonsulent. Når selskabet har modtaget svar fra lægekonsulenten, vil der typisk blive fremsendt et brev til den tilskadekomne med oplysning om méngraden og beregning af den godtgørelse, der kommer til udbetaling.

Man bør altid sikre sig, at en sådan vurdering er korrekt, og derfor anbefaler vi altid, at man får spørgsmålet vurderet af en advokat, der er specialist indenfor området.

Vi oplever jævnligt, at forskellige forsikringsselskaber kommer frem til forskellige vurderinger i samme sag. Nogle gange er der tale om meget store forskelle mellem méngraderne. I så fald er der naturligvis kun i endnu højere grad grund til at lade en professionel se på spørgsmålet.

Et ofte forekommende problem er det, vi kalder "hold kæft-bolcher". Forsikringsselskaberne er meget samarbejdsvillige og skynder sig at udbetale varigt mén – som oftest 5% - samtidig med, at selskabet skriver, at de nu afslutter sagen.

Mange bliver forblændede af den "gode behandling" og pengene, der står på kontoen. De opdager derfor for sent, at de måske var berettigede til en højere méngrad og dermed en højere erstatning. De reagerer derfor ikke overfor forsikringsselskabet, før det er for sent. Man bør derfor aldrig lade et forsikringsselskab afslutte en sag, uden først at have drøftet spørgsmålet med en advokat.

Afslutter forsikringsselskabet sagen, og ønsker man at drøfte spørgsmålet med en advokat, bør man meddele forsikringsselskabet skriftligt, at den udbetalte godtgørelse/erstatning betragtes som en acountoudbetaling, og at sagen ikke kan betragtes som afsluttet.

Er der uenighed med forsikringsselskabet omkring vurderingen af méngraden eller andet, vil fremgangsmåden oftest være den, at man i første omgang redegør overfor forsikringsselskabet for, hvorfor man er uenig i deres vurdering. Fastholder forsikringsselskabet vurderingen, har man mulighed for at indbringe spørgsmålet om vurderingen af méngraden for Arbejdsskadestyrelsen.

Mange undrer sig over, at Arbejdsskadestyrelsen kommer ind over en sag, når der ikke er tale om en arbejdsskade. Det skyldes imidlertid, at der i

loven er adgang til, at begge parter kan anmode Arbejdsskadestyrelsen om at komme med en uvildig vurdering – en såkaldt vejledende udtalelse - af méngraden mod betaling af et gebyr.

Man vil også ofte have anledning til at indbringe en sag for Arbejdsskadestyrelsen, hvis forsikringsselskabet helt afviser at betale erstatning, typisk under henvisning til "manglende årsagssammenhæng". Det vil sige, at forsikringsselskabet ikke mener, at man har dokumenteret, at de gener man har, skyldes ulykken. Det kan fx skyldes, at man havde lignende gener inden ulykken, at man ikke har haft lægekontakt umiddelbart efter ulykken, eller at man ikke har haft lægekontakt løbende fra ulykken og frem.

Viser det sig, at man ikke kommer tilbage på arbejde i samme omfang som før ulykken, vil man muligvis være berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne. Dette kræver, at man kan dokumentere, at man har en varig indtægtsnedgang på minimum 15 % som følge af ulykken.

Normalt vil man gennemgå et forløb i kommunen, og her vil man ofte – efter en langvarig afklaring – blive tilbudt revalidering, fleksjob, førtidspension eller ressourceforløb. Alt materialet fra den kommunale sag, bliver herefter inddraget i forbindelse med vurderingen af erhvervsevnetabet. Det er derfor vigtigt, at man nævner hvilke gener, der giver problemer, når man er i gang med afklaringen ved kommunen.

Vi oplever desværre jævnligt problemer i forbindelse med, at tilskadekomne kæmper for at bibeholde deres job. Med en fleksibel chef, som man måske har kendt i mange år og har en vis goodwill ved, kan det for nogle lade sig gøre at fortsætte i sit job i en lang periode – måske endda på fuld tid. Man risikerer dog, at man på et

tidspunkt får en ny chef, mister sit job eller til sidst knækker.

Det kan herefter være vanskeligt at dokumentere, at dét, at man ikke kan arbejde i samme omfang længere skyldes ulykken. Forsikringsselskabet vil påpege, at man jo har kunnet arbejde efter ulykken, og at det derfor må skyldes andre forhold, at man pludselig ikke kan arbejde længere. Samtidig kan der opstå nogle problemer omkring forældelse afhængig af forløbet.

Kan der ikke opnås enighed om erhvervsevnetabets størrelse, eller afviser forsikringsselskabet helt at betale erstatning for erhvervsevnetab, kan man ligesom med méngraden også indbringe dette spørgsmål for Arbejdsskadestyrelsen.

Forsikringsselskaberne følger i de fleste tilfælde Arbejdsskadestyrelsens vurderinger, men ikke altid. Vil forsikringsselskabet ikke acceptere Arbejdsskadestyrelsens udtalelse, eller er man selv uenig i den, er den eneste mulighed for at komme videre med sagen, at indbringe den for domstolene. Man skal i den forbindelse være opmærksom på, at domstolene i langt de fleste tilfælde følger Arbejdsskadestyrelsen.

Man bør drøfte mulighederne for anlæggelse af en retssag med en advokat. En advokat vil kunne oplyse, om man har mulighed for at søge fx retshjælp eller fri proces til at føre en retssag, samt i et eller andet omfang vejlede om chancerne for at få medhold i sagen, og de omkostninger man i den forbindelse skal påregne selv at skulle betale.

Der er rigtig mange ting, der kan gå galt i en erstatningssag, og vi oplever desværre ofte, at vi som advokater først bliver kontaktet for sent – når man har fået en dårlig speciallægeerklæring, når man har forsøgt at arbejde for længe osv. Det kan medføre et unødvendigt langt sagsforløb,

eller i værste fald, at man slet ikke kan få erstatning. Det er derfor vores anbefaling, at man altid kontakter en advokat tidligst muligt i forløbet. Ofte vil man kunne få dækket en del af advokatomkostningerne i forbindelse med sagen af ansvarsforsikringsselskabet - og husk, at **det dyreste råd er det, man ikke fik.**