

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 30. juni 2026 blev i sag nr. 105126:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

TJM Forsikring
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klage af 12/1 2026 har klageren bl.a. anført:

"1.

Jeg har anmodet mit forsikringsselskab TJM om besvare min klage ved brev af 28.12.2025 med bilag. Se bilag.

2.

Jeg gav i klagen selskabet 14 dage. Henvendelsen er ubesvaret pr. d.d.

Den 17.11.2025 sendte jeg en henvendelse til selskabet, som selskabet alene besvarede 11.12.2025 med at sende nogle dokumenter. Nogle af disse havde jeg ikke set før, og andre kunne jeg ikke åbne.

3.

Jeg vil mene,

- at selskabet skal behandle, genoptage behandlingen af mine sager,
- at selskabet skal behandle alle spørgsmål og sager,
- at selskabet har undladt at behandle mine sager korrekt
- at selskabet har behandlet mine sager forkert
- at selskabet har undladt at tage stilling til i tilstrækkelig grad, om jeg opfyldte og opfylder betingelserne for anerkendelse, og tilkendelse af erstatning med renter samt hjælp, kompensation, godtgørelse, erstatning jf. betingelserne

når man som jeg har været ude for de skader, merskader, gener, følger, senfølger og sygdomme som jeg har.

4.

I mit brev af 28.12.2025 til selskabet har jeg både klaget og bedt om genoptagelse. Henvendelsen med bilag er ubesvaret. Jeg gav selskabet 14 dage til at reagere. Jeg har ikke modtaget svar.

5.

Ankenævnet anmodes om at hjælpe mig, da jeg ikke har fået den rigtige sagsbehandling i selskabet, om jeg var og er dækket på min forsikring, og om at jeg havde og har ret til anerkendelse og tilkendelse af erstatning med renter.

Desuden anmodes ankenævnet om at bistå med at få selskabet til at vurdere, hvilken hjælp jeg havde og har ret til iflg. betingelserne, herunder compensation, godtgørelse, erstatning og anden hjælp, da jeg ikke har fået den rigtige sagsbehandling i selskabet, da selskabet slet ikke har hjulpet mig.

6.

Jeg har indhentet bilag, senest i 2025 fra Arbejdstilsynet, Fødevarestyrelsen og der er kommet lægekonsulentudtalelser fra en sag fra Ankenævnet for Patienterstatningen i 2025. Jeg er stadig under behandling.

7.

Selskabet har modtaget flere anmeldelser.

8.

Selskabet er blevet gjort opmærksom på forholdene i flere gange.

9.

Selskabet har

- fra starten af ikke undersøgt forholdene ordentligt, heller ikke jf. god skik, ikke oprettet flere skadenumre, ikke igangsat tilstrækkeligt almindeligt professionelt forsikringsarbejde, i stedet for har selskabet undladt at have undersøgt forholdene nærmere,
- har ikke undersøgt sammenhængene tilstrækkeligt eller indhentet oplysninger, samtykke, tilstrækkelige lægeattester eller ladet mig indkalde til undersøgelse, ser det ud til,
- ikke vurderet, hvad der var af muligheder og tilbud omfattet af forsikringen i tilstrækkelig grad, eller helt undladt det fejlagtigt, ser det ud til,
- har undladt at indhente oplysninger, selvom der også blev opfordret, ser det ud til,
- ikke indkaldt til relevante undersøgelser,
- ikke foretaget de mest almindelige forsikringsmæssige skridt i nogle af sagerne,
- ikke oplyst, hvilke lægelige oplysninger, selskabet har medtaget,
- ikke oplyst om, hvilke selskabet oplysninger selv har indhentet,
- ikke indhentet nogen selv, ser det ud til
- ikke givet mig et valg af speciallæge,
- ikke vurderet betingelserne i tilstrækkelig grad herunder for mén, hverken fysisk, udvidet eller psykisk m.v. i forhold til forholdene eller i øvrigt
- ikke vurderet compensation, godtgørelse, eller erstatning eller hjælpeforanstaltninger jf. betingelserne i forhold til forholdene
- ikke vist mig, hvad der er sket i sagerne fra starten af. Selvom jeg også har klaget over at jeg vil se alt fra indtegnings,
- ikke indhentet tilstrækkelige oplysninger eller vurderet oplysninger tilstrækkeligt herunder lægelige oplysninger, herunder fra sygehus, fra egen læge, og andre oplysninger fra arbejdsplads, fra Arbejdstilsynet, fra Fødevarestyrelsen m.fl.

Selskabet har ikke selv for længst indhentet sådanne oplysninger, selvom jeg gav tilladelse,

- ikke, trods opfordret, ses at have indhentet alle oplysninger fra arbejdsskademyndighederne og patientmyndighederne eller i øvrigt overfor mig specificeret, hvilke oplysninger man havde brug for eller indkaldt mig til undersøgelser,
- ikke ses at have vurderet skader, gener, sygdomme, merskader, følger og senfølger i tilstrækkelig grad,
- ikke har gennemgået betingelserne tilstrækkeligt og påset hvad selskabet skulle gøre, herunder i hver sag indlede almindeligt professionelt forsikringsarbejde, indhente oplysninger, indhente lægeattester, tilbyde mig valg af speciallæge, vurdere mengrad m.v.,
- ikke forelagt materiale for lægekonsulent, der har været tilstrækkeligt,
- ikke anvendt lægekonsulent i alle sager,
- ikke, da selskabet reagerede den 17.11.2025, oplyst, at selskabet ville vende tilbage, selvom selskabet havde mulighed for at oplyse, at man ville vurdere de modtagne oplysninger og se på sagerne og vende tilbage. Endvidere kunne selskabet have kontaktet mig for at udrede forholdene om de dokumenter, jeg ikke havde modtaget og de dokumenter jeg først havde fået kendskab til dér. Det kan jeg ikke umiddelbart se er sket
- ikke besvaret henvendelse af 28.12.2025 med bilag

Forbehold for yderligere.

10.

Da selskabet sender akter den 11.12.2025 er der henvendelser fra selskabet jeg først har set dér på grund af bl.a. skifte af mail, og der er dokumenter jeg ikke kan åbne. Jeg har klaget. Selskabet er ikke vendt tilbage.

11.

Anmeldelser skete primært via min forsikringsmand John, til selskabet. Jeg har talt løbende med min forsikringstillidsmand. Han har derfor sendt anmeldelser og meddelelser og oplysninger videre til selskabet. Der står også i betingelserne at man kunne nøjes med at ringe.

Jeg har bedt selskabet om at sende mig alle oplysninger fra og med indtegnings. Det har jeg ikke fået endnu.

Jeg beder også om skærbilleder fra selskabets computere, der kan vise, hvad der er foregået. Endvidere må telefonsamtaler mellem selskabet og forsikringstillidsmanden og mellem forsikringstillidsmanden og mig og mellem mig og selskabet være optaget på lydfil. Derfor anmodes selskabet om at fremlægge disse.

12.

Selskabets undersøgelser har været utilstrækkelige, ikke-eksisterende – bør før og efter at jeg henvendte mig igen.

13.

Det gøres gældende, at selskabet skal se på sagerne igen, genoptage og fortsætte sagsbehandlingen og træffe afgørelser om ret til erstatning med renter, samt kompensation, godtgørelse, erstatning, hjælp, jf. betingelserne.

14.

OM FORLØBENE KORT som er beskrevet i bilagene, som er sendt til selskabet

14A

- blev syg, blev indlagt på sygehus,
- det viste sig, at det var noget, der stammede fra arbejdspladsen, at der havde været tale om påvirkning fra ...støv fra produkter på arbejdspladsen – jeg har i 2025 fået oplysninger fra Fødevarestyrelsen og udtalelser fra lægekonsulenter og vidneerklæringer
- man vidste ikke da, hvad der var galt, hvad der var diagnoserne – og man foretog heller ikke spirometri på sygehuset da jeg kom ind
- der fortsattes et langt undersøgelsesforløb hvor jeg var under behandling med højdosis prednisolon, som medførte, at [hospital] konstaterede, at denne steroidparaply slørede, hvorfor jeg blev sendt til [hospital] og tilbage igen til [hospital]. Jeg er stadig i behandling. Lægekonsulenter har senest i 2025 gennemgået forholdene.
- Lægekonsulent ... mente, at det kunne være svært at stille en diagnose.
- Der var således forsinkelse med at kunne stille diagnoser, finde ud af hvad der var galt.
- Selskabet ses ikke at have igangsat fornødne skridt til at igangsætte almindelig forsikringsbehandling for at følge med heri.
- Lægekonsulent ... oplyser bl.a.
 - At astma - med stor sandsynlighed er relateret til arbejdet
 - At der ikke var kendt lungesygdom før aktuelle forløb
 - Allergisk alveolit – kræver betydelig udsættelse for antigenet
 - at jeg har erhvervsbetinget astma og allergisk alveolitis – med stor sandsynlighed relateret til arbejdet
 - at de beskrevne fund har sammenhæng med allergisk alveolit og astma
 - at steroid dæmper inflammationen
 - Lægekonsulent ... oplyser: Prednisolon slører (dæmper) inflammatoriske forandringer – det er netop derfor man anvender behandling med prednisolon
- Lægekonsulent ... oplyser også,
 - at der rejses relevant mistanke om astma og der startes inhalationsmedicin mod astma. = Steroidparaply fortsætter, selvom prednisolon udtrappes.
 - Lægekonsulent ... bemærker særligt, at 'vigtigst er at anmelder ikke er på [virksomhed] længere'
 - Dvs. lægekonsulent ... anfører, at mine lungeproblemer har direkte årsagssammenhæng til arbejdspladsen, ligesom speciallæger, og vidner
 - Kilde: korn, mel, frø, krydderier, tørret frugt og nødder (mykotoksiner) og fødevarerstøv

Se erklæringerne.

Og af betingelserne fremgår, at hvis man er udsat for sådan noget på arbejdspladsen, skulle selskabet udrede det. Det er ikke sket i det omfang der fremgår af betingelserne, og selskabet burde have foranlediget indhentet yderligere, og behandlet min sag korrekt.

Forbehold for yderligere.

14B

- et hernie satte sig fast, hvorfor jeg blev indlagt på sygehus i [hospital], der videresendte mig til operation i [hospital]. Under operationen blev der begået fejl, herunder anvendt større net end nødvendigt, jf. drøftelser med [hospital], og man testede ikke om jeg kunne tåle de materialer man i [hospital] lagde ind i mig – jeg fik mange smerter og sygdomme af operationerne som jeg dør med endnu, som jeg ikke havde før. Lægekonsulenter har i 2025 gennemgået forholdene for Ankenævnet for Patienterstatningen.
- Efter at nettet og de andre materialer havde siddet inde i mig, blev de udtaget ved operation i [hospital]. I [hospital] blev det oplyst, at man først senere kan udrede ens tilstand, da kroppen skal hele i forhold til operationsfølger. [hospital] oplyste, at integrationen af mesh er langsommere, også som følge af prednisolon.
- Der er foretaget en ultralydsskanning der ikke udelukker, at der kan sidde materialer tilbage i mig, som [hospital] ikke ik udtaget under operationen.
- Selskabet har slet ikke vurderet, hvor skader, gener, sygdomme, smerter, de kroniske smerter udspringer fra, og hvordan forløbet har været og hvordan der kan relateres til policen og betingelserne.
- Lægekonsulent ... oplyser: Prednisolon slører (dæmper) inflammatoriske forandringer – det er netop derfor man anvender behandling med prednisolon.
[hospital] udtalte, at meshen integreres langsommere som følge af prednisolon.
Selskabet skulle derfor have foretaget en nærmere vurdering af forholdene. Selskabets vurdering var ikke-eksisterende.
- Derudover oplyser lægekonsulent ... at det er beskrevet i litteraturen, at net kan give anledning til allergiske reaktioner og evt. autoimmune reaktioner. Det kan heller ikke udelukkes at mesh materialet kunne give anledning til autoimmun reaktion.

Disse overvejelser har selskabet slet ikke gjort sig allerede fordi behandlingen i selskabet var ikke eksisterende og ikke-tilstrækkelig.

Det materiale, medicinsk udstyr, der blev lagt ind i mig ved operation, og udtaget ved operation, var både opløseligt og ikke-opløseligt (mesh net, tacks, suturer), og derfor kan det ikke udelukkes, at der derved er sket skader, sygdomme i betingelsernes forstand,

men det afgørende her er, at det har selskabet heller ikke vurderet.

Selskabet skulle derfor have foretaget en nærmere vurdering. Selskabets vurdering var ikke-eksisterende.

Forbehold for yderligere.

14 C

- Der opstod gener og smerter og jeg var syg og hospitalsindlagt mange gange.
- Det var ikke klart, hvor det stammede fra, men selskabet burde have udredt forholdene løbende, i
- betingelsernes forstand.
- Selskabet har som den professionelle slet ikke igangsat den behandling af sagerne, som jeg burde
- kunne forvente.

- Jeg har været udsat for skader, merskader, gener, senfølger og sygdomme som medførte at forsikringsselskabet skulle behandle mine sager, jf. betingelserne bl.a. i forhold til
- Varigt men, fysisk, psykisk, udvidet
- Grunddækning
- Udvidet
- Psykisk
- Endvidere har jeg været hospitalsindlagt, hvor man kunne få compensation, ligesom jeg kunne få for transportudgifter
- Sygdomme
- Sundhed, kroniske sygdomme, psykiatrisk behandling, smerteudredning, allergiudredning

Forbehold for yderligere.

14 D

Af betingelserne fremgår også

- Man kunne anmelde ved at ringe
- Selskabet skulle bede om dokumentation, altså specificere
- Selskabet betaler for attester, erklæringer, undersøgelser
- Man kan bede om at få sine sager genoptaget
- Selskabet betaler for varigt men, udvidet varigt men, psykisk varigt men m.v. jf. betingelserne
- Selskabet udbetaler for varigt men jf. mentabellen. Er den ikke omfattet af mentabellen fastsættes den efter medicinsk art og omfang, hvor der ikke tages hensyn til erhverv eller sociale situation.
- Det er der slet ikke taget stilling til i selskabet i fornødent omfang eller tilstrækkeligt

Selskabet har slet ikke gennemgået forholdene ordentligt, heller ikke efter klage, og der er ikke vendt tilbage på anmodning om genoptagelse eller om dokumentindsigt.

Forbehold for yderligere.

15.

Foreløbige bemærkninger

15A

- Selskabets behandling har været ikke-eksisterende. Der blev ikke indhentet tilstrækkelige informationer, og selskabet specificerede ikke, hvad selskabet havde brug for. Selskabet ses ikke at have stillet sig selv en række spørgsmål om, hvordan der skulle gribes an.
- Der ses ikke umiddelbart modtaget samtykke til indhentelse af oplysninger.
- Jeg har ikke fået at vide, hvad der foregår mellem selskabet og forsikringstillidsmanden og mellem mig og selskabet siden indtegnning. Det er jo mærkeligt, at når jeg anmoder om indsigt i alle oplysninger, burde man sende skærbilleder af korrespondancen mellem selskabet og forsikringstillidsmanden, mellem selskabet og mig og omvendt. Det anmodes ankenævnet om at hjælpe med.
- Der står ikke noget om i henvendelser fra selskabet, at der tilbydes indhentelse af samtykke, indhentelse af fornødne lægeattester, give mig lejlighed til at kommentere på disse, og heller ikke noget om, at der senere gives et valg om speciallæger, at der ønskes indhentet oplysninger fra egen læge, myndigheder, arbejdsplads m.v., at der tilbydes hjælp til psykologbehandling.

ling eller hjælp i øvrigt eller compensation eller godtgørelse eller erstatning jf. betingelserne. Der sker ingenting.

Forbehold for yderligere.

15B

- Der var forsinkelse med at kunne stille diagnoser, med at finde ud af, hvorfra det stammede, hvorfor selskabet ikke bare kunne lægge den første lægekontakt til grund. Det skulle undersøges nærmere af selskabet.
Selskabet skulle i stedet, efter at have indhentet oplysninger, have foretaget en selvstændig vurdering, der var mere tilstrækkelig og givet mig lejlighed til at komme til speciallæger og få hjælp, jf. betingelserne herunder også om udredning.
Betingelserne omtaler, at når man som led i arbejdet er blevet ramt, skulle selskabet også have undersøgt det, altså indhentet oplysninger om hvad det gik ud på, omfattede, da det jo var omtalt i sygehusdokumenterne, at der var noget, der skulle undersøges nærmere, og da det fremgår af betingelserne, at når man bliver ramt på arbejdspladsen, er man omfattet, hvorfor selskabet skulle have igangsat undersøgelser herom, indhentet samtykke, indhentet informationer, indhentet lægeattester, tilbudt valg af speciallæge, tilbudt hjælp, udredning, vurderet mengrad m.v.
- Når der derudover var tale om forløb på sygehuse, som medførte, at der selvstændigt i selskabet skulle foretages vurdering, skulle denne også have været mere tilstrækkelig, med indhentelse af oplysninger, lægeattester, gives valg om speciallæge, tilbydes hjælp, udredning m.v. inden det kunne vurderes i forhold til betingelserne.
- Det er ikke overhovedet sket.
- Endvidere var der anledning til i selskabet at tilbyde sagsbehandling og undersøgelse om compensation, godtgørelse, erstatning, hjælp m.v., jf. betingelserne.
- Selskabet ses ikke at have igangsat fornødne skridt til at igangsætte almindelig forsikringsbehandling med indhentelse af samtykke, indhentelse af lægeattest, give mig et valg blandt flere speciallæger m.v., eller i øvrigt foretages almindeligt professionelt forsikringsarbejde omfanget taget i betragtning, i de enkelte sager.

Forbehold for yderligere.

15C

Det bemærkes, at egen læge har henvist til psykolog/psykiater, hvor jeg er indkaldt til den 10.6.2026. Jeg har fundet ud af, selskabet har sin egen krisepsykolog, men jeg er slet ikke tilbudt behandling.

15D

Det fremgår af betingelserne, at når man bliver udsat for skade, sygdomme, ja så træder der hjælpeforanstaltninger i kraft, herunder vurdering af erstatning, kompensationsmuligheder, godtgørelsesmuligheder, erstatningsmuligheder. Det er ikke sket.

Selskabet burde have læst betingelserne igennem og tilbudt mig den hjælp der var mulig. Da det ikke er sket bedes ankenævnet hjælpe mig med at få selskabet til at agere.

Ankenævnet for Forsikring

8.

105126

Ulykkesforsikring med fysisk varigt men, psykisk varigt men, udvidet varigt men m.v. Se police og betingelserne.

Der skulle af selskabet foretages en vurdering uanset, jf. betingelserne, der skulle være tilstrækkelig, og der var uanset ret til at få vurderet sin mengrad. Det er ikke sket.

Selskabets behandling har slet ikke været tilstrækkelig, ikke indhentet samtykke, ikke indhentet oplysninger og fornødne lægeattester område for område, og der skulle have været givet et eller flere valg af speciallæge.

Selskabet har helt undladt at vurdere det man bliver bedt om at vurdere undervejs.

Selskabet omtaler i brev af 26.9.2023, at betingelser 15T6 gælder, men jeg har også betingelser for ulykkesforsikring, forsikringsbetingelser nr. 8094.

Ankenævnet anmodes om at hjælpe med at finde ud af, hvilke betingelser som gælder.

Forbehold for yderligere.

17.

Jeg mener ikke, at selskabet har overholdt almindelige retningslinjer for behandling af mine sager eller god skik.

18.

Ankenævnet anmodes om at hjælpe med at få selskabet til at behandle sagerne, og jeg gør umiddelbart gældende, at alle skader, gener, merskader, senfølger, sygdomme kunne have været behandlet og kan behandles i selskabet, og at jeg kunne og kan tilkendes erstatning med renter, jf. policen og betingelserne.

Desuden for kompensation, godtgørelse, erstatning og hjælp, som selskabet burde have givet mig, jf. betingelserne.

Ulykkesforsikring med fysisk varigt men, psykisk varigt men, udvidet varigt men for de indtrufne skader, merskader, sygdomme, gener og senfølger samt psykiske men og at den hjælp og de muligheder der var for kompensation, godtgørelse, erstatning, hjælp, der er beskrevet i betingelserne skulle have været tilbudt og gennemført.

Jeg afventer ankenævnets nærmere.

Forbehold for yderligere bilag og bemærkninger, når selskabet har sendt et indlæg til ankenævnet. Jeg anmoder om at få en frist til at besvare.

19.

+ BILAG

- Mails fra selskab 11.12.
- Mine henvendelser
- afgørelser

Ankenævnet *for* Forsikring

9.

105126

- Derudover bilag som er sendt til selskabet den 28.12.2025

Ankenævnet for Forsikring

10.

105126

20.

Ankenævnet anmodes om at indhente alle bilag fra selskabet, herunder skærbilleder fra selskabets computere, fra indtegning og frem og korrespondance, skærbilleder, log mellem selskabet og forsikringstillidsmanden, lydoptagelser af samtaler mellem selskabet og forsikringstillidsmanden og selskabet og mig og forsikringstillidsmanden og mig.

21.

Det bemærkes, at det digitale skema, som udfyldes fx med 'oplysninger om klagen' kun giver anledning til at udfylde begrænsede oplysninger. Derfor har jeg lavet nærværende brev samt medsendt bilag.

Jeg skal fx svare på som påkrævet, hvornår jeg modtaget selskabets afgørelse. Det kan jeg ikke huske, men det var meget senere end dato der er skrevet ind (som er en dato som selskabet har skrevet på et af deres breve).

22.

Forbehold for yderligere bemærkninger og bilag."

Selskabet har den 30/1 2026 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen vedrører, at klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist dækning for hendes skade med henvisning til, at kravet er forældet, og at der ikke er indtrådt et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Klageren var på skadetidspunktet omfattet af en ulykkes forsikring med forsikringsbetingelserne 15T6. Betingelserne fremlægges som **bilag 1**.

Sagsfremstilling

Selskabet modtog den 21. juni 2023 en skadeanmeldelse fra klageren, hvoraf det bl.a. fremgik, at skadedatoen var den 1. maj 2018, og at skaden var sket ved:

'Gennem mit arbejde som produktions medarbejdere på ... gennem 7 måneder, har jeg indåndet flere forskellige former for støv, og blev lungesyg. Jeg fik diagnosen subakut allergisk alviolit, samt Erhvervs betinget astma. Dette har opbygget sig i den periode jeg var ansat. På trods af brug af masker, og dårlig udsugning. I har mit samtykke til at indhente samtlige journaloplysninger fra ...

...

Beskriv generne

Jeg blev hasteindlagt i ... tilbage i 2018 grundet vejtræknings besvær, dyspnø, fysiske smerter i lungerne, forhøjet hvide blodlegemer, træthed, smerter i led, knogler og hud.'

Skadeanmeldelsen fremlægges som **bilag 2**.

Dagen efter afviste selskabet dækning for skaden med begrundelsen, at en påvirkning over 7 måneder ikke udgør et ulykkestilfælde i forsikringens forstand. Selskabet gjorde samtidig opmærksom

på, at hendes krav var forældet. Selskabets afvisning fremlægges som **bilag 3**.

Herefter modtog selskabet en række bilag fra klageren med fysisk post. Den 29. august 2023 fastholdt selskabet afvisningen af sagen med samme begrundelse som tidligere. Selskabets fastholdelse fremlægges som **bilag 4**.

Den 9. september 2023 modtog selskabet en ny indsigelse fra klageren. Denne fremlægges som **bilag 5**.

Selskabet besvarende indsigelsen den 26. september 2023 og gentog begrundelsen for afslaget. Fastholdelsen fremlægges som **bilag 6**.

Herefter hørte selskabet intet fra klageren vedrørende sagen, førend hun den 17. november 2025 henvendte sig og bad om indsigt i sagens bilag. Klagerens henvendelse fremlægges som **bilag 7**.

Selskabet fremsendte akterne til klageren, og herefter modtog selskabets klageansvarlige den 8. december 2025 adskillige mails fra klageren med diverse bilag, der ikke har betydning for sagen.

Inden selskabet havde besvaret klagen, indbragte klageren sagen for Ankenævnet for Forsikring.

Den 28. januar 2026 afviste selskabets klageansvarlige dækning med henvisning til de tidligere afgørelser, der var truffet. Klageren henvendelse og den klageansvarlige svar fremlægges som **bilag 8**.

Selskabets vurdering

Klageren har den 20. juni 2023 anmeldt, at hun 1. maj 2018 pådrog sig en skade som følge af indånding af støv på sin arbejdsplads igennem 7 måneder, og at hun som følge deraf var blevet lunge-syg.

Samtidig fremgik det af skadeanmeldelsen, at hun i 2018 skulle være blevet akut indlagt på et hospital på grund af den anmeldte skade.

Af forsikringsbetingelsernes punkt 3, fremgår det, at forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde, og at der ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

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

Af forældelseslovens § 3, stk. 1 og 2, fremgår det, at forældelsesfristen er 3 år fra at klageren vidste eller burde have vidst, at hun havde et krav imod selskabet.

Forældelsesfristen skal i henhold til nævnets faste praksis regnes fra det tidspunkt, hvor skaden havde vist sig på en sådan måde, at klageren havde rimelig anledning til at anmelde skaden til selskabet.

På baggrund af ovenstående er det selskabets vurdering, at klagerens krav var forældet langt forud for klagerens anmeldelse til selskabet og dermed også inden, sagen blev indbragt for nævnet.

Ved vurderingen har selskabet lagt vægt på, at klageren i skadeanmeldelsen har oplyst, at hun i 2018 blev indlagt som følge af den skade, hun mener skulle være dækket over hendes ulykkesforsikring, hvorfor klageren senest fra dette tidspunkt havde rimelig anledning til at anmelde kravet, som dermed forældede i 2021 eller ca. 2 år forud for hendes anmeldelse til selskabet.

Selskabet har også lagt vægt på, at forældelse er blevet nævnt i alle selskabets afvisninger af kravet, og at klageren således ikke kunne have en berettiget forventning om, at selskabet ikke ville gøre forældelse gældende.

Såfremt nævnet imod selskabets forventning måtte finde, at klagerens krav ikke er forældet, er det selskabets vurdering, at klageren ikke har bevist, at hun har været udsat for et ulykkestilfælde i forsikringens forstand.

Ved den vurdering har selskabet lagt vægt på, at klageren i skadeanmeldelsen selv har oplyst, at skaden er sket som følge af indånding af støv igennem 7 måneder på hendes arbejdsplads, og at en sådan påvirkning ikke opfylder ulykkesdefinitionens pludselighedskriterium."

Det fremgår af skadeanmeldelse af 21/6 2023:

"Fortæl om skaden

Hvornår skete skaden? 01.05.2018

...

Beskriv hændelsen

Gennem mit arbejde som produktions medarbejdere på [virksomhed] gennem 7 måneder, har jeg indåndet flere forskellige former for støv, og blev lungesyg. Jeg fik diagnosen subakut allergisk alviolit, samt Erhvervs betinget astma. Dette har opbygget sig i den periode jeg var ansat. På trods af brug af masker, og dårlig udsugning.

...

Oplysninger om skaden

Beskriv generne Jeg blev haste indlagt i [hospital] tilbage i 2018 grundet vejrtræknings besvær, dyspnø, fysiske smerter i lungerne, forhøjet hvide blodlegemer, træthed, smerter i led, knogler og hud."

Det fremgår af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse af 1/5 2025:

"Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling har den 4. juni 2020 anmeldt astma uden specifikationer som en mulig erhvervssygdom. Vi behandler således din sag som erhvervssygdomssag."

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 21/6 2023, at hun havde været udsat for et ulykkestilfælde, hvor hun gennem 7 måneder havde indåndet forskellige former for støv på arbejdet, og at hun har fået

diagnoserne subakut allergisk alviolit og erhvervsbetinget astma. Hun angav skadesdatoen til 1/5 2018. Forholdet blev den 4/6 2020 anmeldt til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Klageren anmoder ankenævnet om, "at hjælpe med at få selskabet til at behandle sagerne, og jeg gør umiddelbart gældende, at alle skader, gener, merskader, senfølger, sygdomme kunne have været behandlet og kan behandles i selskabet, og at jeg kunne og kan tilkendes erstatning med renter, jf. policen og betingelserne. Desuden for kompensation, godtgørelse, erstatning og hjælp, som selskabet burde have givet mig, jf. betingelserne. Ulykkesforsikring med fysisk varigt men, psykisk varigt men, udvidet varigt men for de indtrufne skader, merskader, sygdomme, gener og senfølger samt psykiske men og at den hjælp og de muligheder der var for kompensation, godtgørelse, erstatning, hjælp, der er beskrevet i betingelserne skulle have været tilbudt og gennemført".

Selskabet har afvist at yde dækning og har anført, dels at det anmeldte forhold ikke udgør et dækningsberettigende ulykkestilfælde, dels at der på anmeldelsestidspunktet var indtrådt forældelse. Selskabet har anført, at forældelse er blevet nævnt i alle selskabets afvisninger af kravet, hvorfor klageren ikke kunne have en berettiget forventning om, at selskabet ikke ville gøre forældelse gældende.

Det fremgår af skadeanmeldelse af 21/6 2023: "Hvornår skete skaden? 01.05.2018 ... Beskriv hændelsen: Gennem mit arbejde som produktions medarbejdere på [virksomhed] gennem 7 måneder, har jeg indåndet flere forskellige former for støv, og blev lungesyg. Jeg fik diagnosen subakut allergisk alviolit, samt Erhvervs betinget astma. Dette har opbygget sig i den periode jeg var ansat. På trods af brug af masker, og dårlig udsugning. ... Oplysninger om skaden: Beskriv generne Jeg blev hasteindlagt i [hospital] tilbage i 2018 grundet vejrtræknings besvær, dyspnø, fysiske smerter i lungerne, forhøjet hvide blodlegemer, træthed, smerter i led, knogler og hud".

Ankenævnet for Forsikring

14.

105126

Det fremgår af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse af 1/5 2025, at "Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling har den 4. juni 2020 anmeldt astma uden specifikationer som en mulig erhvervssygdom. Vi behandler således din sag som erhvervssygdomssag".

Det følger af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, og forældelseslovens § 2 og § 3, at et krav på forsikringsdækning forældes 3 år efter det tidligste tidspunkt, hvor klageren kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning over for forsikringen. Efter nævnets praksis er dette tidspunktet, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at klageren har haft rimelig anledning til at anmelde kravet til selskabet, selv om en eventuel méngrad først ville kunne fastsættes senere.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klagerens eventuelle krav er forældet forud for, at hun den 21/6 2023 anmeldte kravet til selskabet. Nævnet kan herefter ikke pålægge selskabet at behandle det krav, som klageren har fremsat.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at den 3-årige forældelsesfrist i hvert fald kan regnes fra den 4/6 2020, hvor klagerens sygdom blev anmeldt som erhvervssygdom til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Klagerens krav var derfor forældet den 21/6 2023, hvor klageren indgav anmeldelse til selskabet.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Ankenævnet *for* Forsikring

15.

105126

Peter Thønnings