720/05

Den 1. april 2005 blev i sag nr. 64.340:

xxxxx xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xx xx
xxxx xxxxx x

mod

PLUS Forsikring A/S
under konkurs
v/Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har ulykkesforsikring i Plus Forsikring u/konkurs, klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning for et anmeldt ulykkestilfælde.

Tryg Forsikring A/S har behandlet sagen på vegne af Skadeforsikringsselskabernes Garantiordning.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til, at klagerens krav er anmeldt senere end 6 måneder efter, at hun havde eller burde have haft kundskab om dette, hvormed kravet er forældet, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 8.3.2.

Det fremgår af sagen, at klageren og hendes ægtefælle kom til skade ved et færdselsuheld den 15/5 2002.

I forbindelse med behandlingen af klagerens ægtefælles personskadesag blev selskabet i mail af 29/9 2003 oplyst om, at der var en sag i gang vedrørende klageren.

Den 3/10 2003 meddelte selskabet klagerens ægtefælle, at det ikke kendte til klagerens sag og bad om et skadenummer. Herefter mailede klageren den 6/10 2003 til selskabet og oplyste, at der var en sag i Forsikrings-Aktieselskabet Alka vedrørende klageren, hvorfra selskabet kunne indhente kopi af sagsakterne.

Efterfølgende meddelte klagerens ægtefælle i mail af 10/11 2003 til selskabet, at han ikke vidste, hvad årsagen var til, at der ikke var nogen sag i Plus Forsikring u/konkurs.

Den 27/11 2003 meddelte selskabet klagerens ægtefælle, at der ikke var anmeldt nogen personskade vedrørende klageren i Plus Forsikring u/konkurs. Samtidig oplyste selskabet, at Forsikrings-Aktieselskabet Alka havde oplyst, at der i anmeldelsen til selskabet står, at der var en forsikring hos Plus Forsikring u/konkurs, men at skaden ikke var anmeldt. På denne baggrund sendte selskabet den 27/11 2003 en anmeldelse til klageren, som blev modtaget retur den 5/12 2003.

Den 12/12 2003 modtog selskabet en endelig bekræftelse fra GenSam Data på, at der ikke var anmeldt nogen skader i Plus Forsikring u/konkurs vedrørende klageren.

I skrivelse af 18/12 2003 til klageren meddelte selskabet, at det ikke på det foreliggende grundlag kunne tage stilling til, om skaden var omfattet af Garantiordningen samt dækket efter forsikringsbetingelserne hos Plus Forsikring u/konkurs, hvorfor selskabet skulle bruge yderligere oplysninger. Selskabet bad samtidig om at få oplyst, hvordan generne havde udviklet sig fra skadedatoen og frem til anmeldelsen. Endelig bad selskabet klageren om at oplyse, hvor og hvornår hun var gået til behandling/undersøgelse i forbindelse med skaden.

Den 12/3 2004 modtog selskabet en mail fra klagerens ægtefælle med kopi af speciallægeerklæring af 30/12 2003 udarbejdet af speciallæge i neurologi, overlæge E.S.. Af erklæringen fremgår bl.a.:

"**Konklusion**

39-årig kvinde der tidligere har været rask. Den 15/5 2002 bliver hun som forsædepassager påkørt bagfra. Intet bevidsthedstab. Undersøgte var chokeret og i løbet af nogle timer kom der hovedpine samt smerter fra nakke og ryg. Undersøgte blev vurderet på skadestuen. Efterfølgende er der lavet røntgenundersøgelse af columna totalis, hvor der er fundet frakturmistanke sv.t. Th12. Undersøgte har været behandlet hos fysioterapeut, kiropraktor og med akupunktur. Undersøgte har mén efter uheldet i form af daglig hovedpine, smerter i nakke, baghoved og ud i højre arm, smerter i ryg og ned mod højre knæ, svimmelhed, ændret hukommelse og koncentration samt psykisk ændring. Som følge af uheldet er undersøgte blevet tilkendt fleksjob.

Objektivt findes der ømhed af nakke- og skulderågsmuskulaturan. Let indskrænket bevægelighed ved rotation mod venstre cervicalt. Ømhed af processi spinosi i hele columna. Øvrig undersøgelse er normal.

Der findes umiddelbart god overensstemmelse mellem undersøgtes oplysninger og de objektive fund. Tilstanden har været stationær igennem det sidste års tid. Sagen bør derfor kunne afgøres på det foreliggende grundlag."

Selskabet har i mail af 26/3 2004 til klageren gjort opmærksom på, at selskabet ikke havde modtaget svar på skrivelsen af 18/12 2003.

Den 31/3 2004 kontaktede klagerens ægtefælle selskabet telefonisk og oplyste, at klageren imidlertid efter skaden have gået til behandling, at behandlingen ikke havde hjulpet, og at hun i hele forløbet havde haft det, som hun havde det nu.

Selskabet indhentede herefter de lægelige akter, som Forsikrings-Aktieselskabet Alka havde modtaget.

Den 17/5 2004 modtog selskabet en skrivelse fra klagerens advokat, der bl.a. oplyste, at klageren havde anmodet om hans assistance i sagen.

I skrivelse af 26/5 2004 til klagerens advokat meddelte selskabet, at der ikke kunne ydes forsikringsdækning, idet klagerens krav var forældet, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 8.3.2. Endvidere henviste selskabet til § 7, stk. 1, i Bekendtgørelse nr. 822 af 3/10 2003, hvoraf det bl.a. fremgår, at Garantifonden alene betaler kompensation for krav, der er anmeldt til Foreningen i indtil 1 måned efter den 1/10 2003.

Klageren advokat klagede over afgørelsen i skrivelse af 1/6 2004 til selskabet og gjorde samtidig opmærksom på, at sagen var indbragt for nævnet.

I skrivelse af 18/6 2004 til klagerens advokat fastholdt selskabet sin afgørelse.

Af klageskrivelsen fremgår bl.a.:

> "Som det fremgår af brevet [af 27/11 2003], er der rettet henvendelse til Tryg den 10. november 2003 via mail og i den forbindelse og i forbindelse med telefonsamtaler har min klients ægtefælle gjort opmærksom på, at C.S. [klageren] var medpassager i køretøjet, hvorfor en eventuel overskridelse af fristen er af en så beskeden karakter, at der må bortses fra denne, og Tryg derfor også skal behandle og anerkende min klients krav.
>
> Jeg kan endvidere oplyse, at min klient er tilkendt fleksjob som følge af færdselsuheldet med en daglig arbejdstid på 3 timer, og endvidere at min klient først blev sygemeldt endeligt den 3. december 2003, hvorfor der ikke var anledning til at foretage anmeldelse af ulykken på et tidligere tidspunkt."

Selskabet har i skrivelse af 16/8 2004 til nævnet anført følgende:

> "Det fremgår af speciallægeerklæring af 30. december 2003 fra E.S. [klagers ægtefælle], at skadelidtes tilstand efter skaden havde været stationær det sidste år, hvilket vil sige, at tilstanden var stationær omkring 1. januar 2003.
>
> Endvidere fremgår det af speciallægeerklæringen, at skadelidte i forløbet efter skadedato havde fået 4-5 behandlinger hos kiropraktor og 4 behandlinger hos fysioterapeut.

Herudover havde hun fået akupunktur. Behandlingerne havde dog ikke bedret hendes tilstand.

Røntgenundersøgelse den 6. juli 2002 påviste et mindre brud på 'Th 12'.

Skadelidte må således på et tidligt tidspunkt og senest 1. januar 2003, hvor tilstanden var stationær have - eller burde have - været klar over, at hun havde et krav, da skaden ville medføre et varigt mén. Skaden blev da også anmeldt til Alka Forsikring den 9. august 2002. Af anmeldelsen fremgår, at der er tale om skade på nakke, skulder og ryg.

Det følger af Plus Forsikrings betingelser (020-2) punkt 8.3.2, at krav skal anmeldes senest 6 måneder efter, at skadelidte har eller burde have haft kundskab om sit krav. Er dette ikke opfyldt, vil kravet ikke være dækket.

Da skaden først anmeldes til Forsikringsselskabernes Garantiordning (Tryg) den 5. december 2003 var kravet derfor for sent anmeldt. Selvom 29. september 2003, hvilket er det tidspunkt vi første gang hører om skader på skadelidte fra hendes mand, lægges til grund som værende anmeldelsestidspunktet, så er skaden for sent anmeldt, idet der er hengået mere end 6 måneder efter skadelidte havde eller burde have haft kundskab om sit krav.

Sammenfattende er kravet forældet i henhold til Plus Forsikrings betingelser punkt 8.3.2. jf. forsikringsaftalelovens § 30, stk. 2., hvorfor skadelidte ikke har krav på erstatning fra Forsikringsselskabernes Garantiordning."

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

"**8.3 Forældelse**

…

8.3.2 Ved sen anmeldelse.

Erstatningskrav, der anmeldes senere end 6 måneder efter, at sikrede har eller burde have konstateret, at et ulykkestilfælde har medført varige følger, er ikke dækket af forsikringen."

Nævnet udtaler:
Af de af selskabet anførte grunde må nævnet være enigt med selskabet i, at klagerens eventuelle krav mod selskabet er forældet efter forsikringsbetingelsernes punkt 8.3.2.

Herefter kan nævnet ikke pålægge selskabet at udbetale nogen erstatning.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen