Ankenævnet for Forsikring

Den 6. december 2017 blev i sag nr. 90981:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Codan Forsikring A/S
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring i Codan Forsikring A/S. Hun klager over selskabets afslag på at yde forsikringsdækning for et anmeldt ulykkestilfælde den 21/2 2011.

Klageren anmeldte den 10/5 2011 til selskabet, at hun var kommet til skade med sin venstre albue, da hun var væltet på sin cykel.

Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klagerens eventuelle erstatningskrav er forældet, idet klageren først henvendte sig til selskabet den 9/1 2017 med oplysninger om varige gener efter ulykkestilfældet.

I klageskema af 13/6 2017 til nævnet har klageren blandt andet anført:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.*
> Undertegnet anmelder ulykken den 10/5-11 og oplyser, at ulykken har medført svært nedsat bevægelse og føleforstyrrelser af venstre arm grundet kompliceret fraktur.
>
> Forsikringsselskabet angiver, at på mail at anderkende ulykken og beder mig vende tilbage efter 1 år. Undertegnet husker ikke at have modtaget mailen og mailkonto er lukket.
>
> Jeg mener, at jeg telefonisk kontakter forsikringsselskabet ca. august 2011, som oplyser mig om, at skaden er anderkendt og jeg først skal vende tilbage, når der er stabile forhold, så mén grad kan vurderes.

Jeg gik til genoptræning ved specialiseret fysioterapeut og i januar 2012 gennemgik jeg den 2. operation med fjernelse af spolebenets ledhoved. Efterfølgende forsat svær nedsat bevægelse i armen, men bedring i supination og pronation. Fortsætter med specialiseret genoptræning, afsluttes til hjemmeøvelser og dyna-splint-skinne i juni 2012. Først i maj 2014 erkender jeg, at bevægelsen af armen nok ikke bedres yderligere. Da lægerne hele tiden har sagt at bevægelsen kunne forbedres ved træning.

I januar 2017 kontakter jeg Codan forsikringsselskab mhp. hvornår en erstatning kan udbetales. Jeg oplyses først, at min sag er forældet, men efter konferering angiveligt med …, vender hun tilbage og siger, at når skaden er anderkendt, så udbetaler de selvfølgelig erstatning. De vil vurderer mine gener og varige mén og sender derfor en attest og indhenter journaloplysninger.

Jeg undersøges ved egen læge den 22/2-17 og sender alle journaloplysninger omkring sagen.

Den 25/4-17 modtager jeg først telefonisk afslag på erstatning, da sagen er forældet. De vedkender, at jeg har varigt mén, men at jeg i juni 2011 burde have erkendt at jeg havde varigt mén. Derfor afslaget trods skrifteligt konklusion på, at de kan udbetale erstatning for varigt mén.

Jeg klagede til selskabet over beslutningen, da jeg havde de samme oplysninger i maj 2011 som jeg havde i juni 2011.Oplysninger som blev angivet ved skadesanmeldelsen. Jeg var ved skadesanmeldelsen klar over, at jeg havde varigt mén, men jeg følte først, at skaden var stabil i maj 2014, da jeg erkendte at bevægelsen ikke bedres yderligere ved videre træning.

Forsikringsselskaber fastholdte deres afslag og begrundelse.

Jeg mener, at jeg i maj 2011 både anmelder skaden og angiver, at jeg har et varigt mén og at jeg derfor bør være berettet til erstatning.

Jeg mener, at forsikringsselskabet allerede burde havde behandlet min sag dengang især taget deres nuværende afslag i betragtning.

I så fald de ikke mente, at man kunne vurdere graden på det tidspunkt, burde jeg måske været berettiget til en aconto-erstatning. Derudover gik der faktisk ikke 3 år fra jeg erkendte at skaden ikke bedres ved træning til jeg kontaktede dem igen.

Jeg finder det også problematisk at jeg ved telefonsamtalen i januar 2017 fortælles at når skaden er anderkendt så udbetaler de selvfølgelig erstatning og at de finder det nødvendigt at 'vurdere mine gener og mit varigt mén' ved journaloplysninger og lægeattest når jeg klart oplyste dem om at mit varigt mén stammede fra ulykken i 2011.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Udbetaling af erstatning"

Selskabet har i brev af 24/7 2017 til nævnet blandt andet anført:

"Forsikrede er omfattet af en kollektiv ulykkesforsikring i Codan. Hun klager over, at vi har afvist at yde forsikringsdækning for et anmeldt ulykkestilfælde, der fandt sted den 21. februar 2011.

Vi har afvist dækning med henvisning til, at forsikredes erstatningskrav er forældet.

Sagsfremstilling
Den 11. maj 2011 modtog vi en skadeanmeldelse af 10. maj 2011 fra forsikrede. Heraf fremgik, at forsikrede den 21. februar 2011 var væltet på cykel og havde pådraget sig et brud på venstre albue. Hun var blevet opereret herfor den 25. februar 2011. Den 5. april 2011 var hun henvist til specialiseret genoptræning, som hun påbegyndte i slutningen af april 2011. Hun havde fået at vide, at det muligvis var nødvendigt med en efterfølgende operation for at løsne ledkapslen.

Ved brev af 17. maj 2011 anerkendte vi den anmeldte ulykke som omfattet af forsikringen. Vi bad forsikrede kontakte os igen, hvis hun fortsat havde gener ca. et år efter ulykken, altså omkring den 21. februar 2012. Af brevet fremgik endvidere, at det i nogle tilfælde vil være muligt at betale en acontoerstatning, såfremt der allerede nu kan fastslås et varigt mén på mindst 5 %. Hvis forsikrede ønskede, at vi skulle tale stilling til acontoerstatning, skulle hun indsende lægelig dokumentation for kravet. Brevet blev sendt til den e-mailadresse, som forsikrede havde oplyst i skadeanmeldelsen.

Herefter hørte vi ikke fra forsikrede i over 5,5 år, før hun den 9. januar 2017 kontaktede os telefonisk og spurgte til sagen. Hun oplyste, at hun ikke havde modtaget vores brev af 17. maj 2011, og det blev aftalt at sende forsikrede en funktionsattest samt relevant lægejournal.

Den 2. marts 2017 modtog vi funktionsattest og journal.

Vi forelagde sagen for vores lægekonsulent med spørgsmål om, hvornår forsikrede var vidende om, at hun havde et krav på erstatning for varigt mén. Lægekonsulenten vurderede: 'Hun var vidende om sit krav 27/6-2011 da der ikke var fremgang så skl. blev afsluttet med et ikke ubetydeligt bevægetab.'

Ved brev af 25. april 2017 afviste vi at udbetale erstatning for varigt mén med henvisning til, at kravet var forældet. Vi orienterede samme dag telefonisk forsikrede om afslaget.

Forsikrede klagede ved e-mail af 3. maj 2017 over afgørelsen, som vi fastholdt ved brev af 15. maj 2017.

Sagen er herefter indbragt for ankenævnet.

Vores vurdering af sagen

Foranlediget af klagen til ankenævnet har vi gennemgået sagen på ny, men vi finder ikke grundlag for at ændre vores afgørelse. Det er således fortsat vores opfattelse, at forsikredes erstatningskrav er forældet.

Forsikredes krav forældes tre år efter, at forsikrede vidste eller burde vide, at hun havde varige gener som følge af ulykken, der kunne danne grundlag for udbetaling af erstatning, jf. forældelseslovens § 3.

Hvis selskabet anerkender, at der foreligger en dækningsberettiget skade men anmoder om yderligere oplysninger med henblik på erstatningskravets størrelse, indtræder forældelse tre år efter selskabets meddelelse herom, jf. FAL § 29, stk. 5, 2. pkt. Den 3-årige

forældelsesfrist i FAL § 29, stk. 5, 2. pkt., er absolut og kan ikke suspenderes efter forældelseslovens § 3, stk. 2, jf. Karnovs note til bestemmelsen.

***

Ulykken fandt sted den 21. februar 2011, og forsikrede anmeldte den til os den 11. maj 2011. Vi anerkendte skaden ved brev af 17. maj 2011 sendt til forsikredes emailadresse og anmodede forsikrede om at vende tilbage, hvis hun havde gener ca. et år efter ulykken. Herefter hørte vi ikke fra forsikrede før den 9. januar 2017.

Forsikrede anfører, at hun ikke husker at have modtaget mailen af 17. maj 2011 med vores anerkendelse og anmodning om yderligere oplysninger. Hertil skal vi oplyse, at vi sendte e-mailen til den mailadresse, forsikrede oplyste i skadeanmeldelsen. Hun mener dog også, at hun i ca. august 2011 kontaktede os telefonisk og fik oplyst, at skaden var anerkendt, og at hun skulle vende tilbage, når der var stabile forhold. Vi har ingen notater om en sådan samtale i august 2011. Der er således ingen notater på sagen fra vores brev af 17. maj 2011 til forsikredes henvendelse den 9. maj 2017.

Forsikredes behandlingsforløb blev afsluttet den 27. juni 2011, hvor der var et ikke ubetydeligt bevægetab. Ultimo januar 2012 blev hun reopereret og var herefter i genoptræning. Hun blev i juni 2012 afsluttet til hjemmeøvelser og med Dynasplit skinne. Forsikrede angiver, at hun først i maj 2014 'erkendte', at bevægelsen i armen nok ikke kunne bedret. Der er imidlertid intet i journaloplysningerne, der indikerer, at forsikrede først på dette tidspunkt (mere end 2 og et kvart år efter reoperationen) skulle blive klar over, at hun havde varige gener som følge af ulykken 21. februar 2011.

Vi må således fastholde, at forsikredes erstatningskrav er forældet.

Forsikrede gør gældende, at hun ved telefonsamtalen den 9. januar 2017 fik oplyst, at hun ville få udbetalt erstatning, fordi selve ulykken var anerkendt. Heri er vi ikke enige. Ved telefonsamtalen den 9. januar 2017 bemærkede sagsbehandleren, at det var lang tid siden, at ulykken var sket og anerkendt, hvorfor vedkommende vendte sagen med en anden medarbejder. Det blev aftalt, at forsikrede skulle fremsende journal og funktionsattest, hvilket er en forudsætning for at kunne vurdere méngraden og erstatningskravet som helhed. Det blev ikke positivt meddelt forsikrede, at kravet ikke var forældet. Sagsbehandleren havde ikke mulighed for i telefonen at tage stilling til, om kravet var forældet, da vi må have de lægelige oplysninger for at kunne vurdere dette. Vi mener således ikke, at vi ved at anmode om journal og funktionsattest har givet afkald på at påberåbe os forældelse. Vi medgiver dog forsikrede, at det havde været hensigtsmæssigt, hvis vi mere klart havde orienteret forsikrede om muligheden for, at kravet var forældet. Dette har vi også beklaget over for forsikrede.

Forsikrede gør endvidere gældende, at vi burde have udbetalt acontoerstatning i forbindelse med hendes anmeldelse i maj 2011. Dette må vi afvise. Vi havde ikke på dette grundlag tilstrækkelige oplysninger til at udbetale erstatning for et varigt mén på mindst 5 %. Vi orienterede i vores brev af 17. maj 2011 forsikrede om muligheden for acontoerstatning og oplyste hende om at vende tilbage med yderligere lægelig dokumentation, hvis hun mente, der var grundlag herfor. Som anført vendte forsikrede dog ikke tilbage før januar 2017."

Klageren har ved brev af 13/8 2017 til nævnet hertil blandt andet anført:

> "Jævnfør Codans lægekonsulent burde jeg senest den 27/6-2011 have været klar over, at jeg havde fået varigt mén af ulykken. Dette er fuldstændigt korrekt. Jeg var den 27/6-2011 klar over, at jeg havde fået varigt mén af ulykken. At jeg pådrog mig et varigt mén ved ulykken, har jeg været klar over siden kort efter den første operation. Det var graden af det varige mén, som der var tvivl om, da bevægelsen muligvis kunne forbedres. Jeg var altså også klar over, at jeg havde et varigt mén den 10/5-2011, da jeg foretog anmeldelsen af ulykken og informerede Codan i skadeanmeldelsen om 'at bevægelsen af armen er svært nedsat'. I bilag til skadesanmeldelsen står der i lægenotatet pr. 5/4-11 'ekstensionsdefekt på 70 grader. Pt flekterer til 110 grader. Supination og pronation max 15 grader'. Således må det vurderes usandsynligt, at skaden ikke medførte varigt mén. Jeg mener derfor, at jeg ved anmeldelsen både anmelder ulykken og så frem ulykken anerkendes, som dækningsberettet, angiver krav om erstatning.
>
> I brevet fra Codan af 17/5-11, som jeg ikke modtog evt. pga. sendt til forkert e-mail, angiver Codan, at man på daværende tidspunkt ikke kan vurderer om, der vil være et varigt mén og så frem der er et varigt mén, vil graden først kunne vurderes, når tilstanden er stabil, som efter deres erfaring ligger ca. 1 år efter skadestidspunktet og jeg skal vende tilbage efter 1 år efter skadestidspunktet. Ved den telefoniske samtale med Codan i august 2011, som Codan desværre ikke har registreret, informerede jeg Codan om, at der ikke er fremgang i bevægelsen af armen. Medarbejderen fra Codan angiver, at graden af mén kan første vurderes på et senere tidspunkt. Det vil sige, at både i brevet og ved telefonsamtalen angiver Codan, at graden af varigt mén først kan vurderes, når der er stabile forhold. 1 år efter skadesdato er jeg lige blevet opereret med det formål at forsøge at bedre bevægelsen i armen. Der er på dette tidspunkt ikke stabile forhold. Det er i maj 2014, at jeg erkender, at der er stabile forhold i armen og ikke 'at der er varigt mén'.
>
> Ved telefonsamtalen med Codan i august 2011 blev jeg ikke informeret om muligheden for acontoerstatning ved varigt mén på over 5 %. Noget jeg ville have benyttet mig af, da jeg på tidspunktet for ulykken havde taget orlov fra studiet for at tjene penge til den resterende del af uddannelsen grundet manglende SU. Jeg blev ved telefonsamtalen med Codan i august 2011 heller ikke informeret om, at hvis jeg ikke kontaktede Codan ca. 1 år efter skadesdato, så ville jeg blive afsluttet uden erstatning. Et faktum med så stor konsekvens er ikke noget man lige glemmer. Tværtimod var informationen, at jeg skulle kontakte Codan, når der var fuldstændig stabile forhold i armen. Hvilket der absolut ikke var 1 år efter skadesdatoen.
>
> Ved telefonsamtalen i januar 2017 angiver Codans medarbejder, at jeg vil få udbetalt erstatning, når nu skaden er anerkendt. Dette angives efter konferering med anden medarbejder grundet tvivl om forældelse af sagen. Som Codan selv skriver i bilag F 'så må vi vurdere hendes varige mén'. Ikke 'så vi må vurderer om sagen er forældet'. Hvis medarbejderne fra Codan ikke er kompetente nok til at man kan stole på det der siges under en telefonsamtale, hvad er så formålet med, at man kan kontakte Codan telefonisk?
>
> I misforstået hensyn til Codan om at få bedst mulig bevægelse tilbage i armen før udmåling af erstatning, har jeg ventet, hvor jeg nok burde have fulgt op på erstatningen tidligere. Jeg mener dog i forløbet i maj 2011 og august 2011, at jeg både anmelder ulykken og anmoder om erstatning for varigt mén. Jeg kan derfor ikke forstå, at Codan påstår, at mit erstatningskrav er forældet."

Selskabet har ved e-mail af 5/9 2017 heroverfor blandt andet anført:

> "Vi skal blot gentage, at vi ingen registrering har om en telefonsamtale med forsikrede i august 2011 (eller på noget andet tidspunkt forud for samtalen den 9. januar 2017). På dette tidspunkt var skaden allerede anlagt i vores sagsbehandlingssystem på baggrund af skadeanmeldelsen i maj 2011, og det vil være i direkte strid med vores helt faste forretningsgang at undlade at lave notat om en telefonsamtale i en åben skadesag. Vi finder derfor ikke at kunne lægge til grund, at der har fundet sted i august 2011. Derimod er det ubestrideligt, at vi efter modtagelsen af skadeanmeldelsen sendte forsikrede brevet af 17. maj 2011, hvor vi anerkendte skaden, anmodede om yderligere oplysninger om méngrad ca. et år efter ulykken og orienterede om muligheden for acontoerstatning (herunder at forsikrede skulle indsende lægelig dokumentation for kravet, hvis hun mente at være berettiget til acontoerstatning for varigt mén)."

Klageren har ved e-mail af 22/9 2017 hertil blandt andet anført:

> "Jeg har, som allerede skrevet, aldrig modtaget brevet af 17/5-11 hverken pr. mail eller post. Hvilket er grunden til, at jeg kontakter Codan telefonisk i august 2011. På trods af, at det er i strid med reglerne ikke at dokumenterer en sådan telefonsamtale, er det desværre ikke første gang jeg oplever, at et forsikringsselskab ikke dokumentere en telefonsamtale. Jeg har kontaktet mit daværende telefonselskabet, som desværre ikke ligger inde med oplysninger helt tilbage fra 2011.
>
> Jeg vil endnu engang henvise til skadesanmeldelsen pr. 11/5-2011, hvor jeg her helt klart tilkendegiver at min bevægelse af venstre albueled er svært nedsat. På dette tidspunkt er der gået 3 måneder efter ulykken og der er ikke tvivl om, at jeg vil få et varigt mén, men kun om graden af det varige mén. Noget som Codans lægekonsulent mener, at jeg senest i juni 2011 burde være bekendt med.
>
> Codan angiver i sit svar pr. 5/9-17, at jeg skulle indsende lægelig dokumentation, hvis jeg mente, jeg var berettiget til acontoerstatning. En ting jeg ikke har gjort, da jeg ikke blev informeret om denne mulighed, hverken pr. brev eller mail.
>
> Jeg mener derfor, at jeg er berettiget til udbetaling af erstatning."

Ved ulykkestilfældet den 21/2 2011 kom klageren til skade med sin venstre albue, og ved operation af venstre albue den 25/2 2011 blev der fundet en 3-deling af spolebenshovedets ledflade, og der blev foretaget osteosyntese titaniumsskinne og 5 skuer.

Af ambulant kontrol den 5/4 2011 på hospitalets kirurgiske ambulatorium fremgår det blandt andet:

> "Pt. møder til kontrol efter venstresidig caput og collum radii skinneosteosyntese.
> Pt. synes, at det går lidt fremad med smerteforholdene. Bortset fra stivhed i albue.
> Efter fjernelse af albuebandage testes bevægeligheden.

OBJEKTIVT
Herved er der en ekstensionsdefekt på 70 grader. Pt flekterer til 110 grader. Supiantion og pronation max 15 grader. Ingen instabilitet ved varus eller valgus stress over albueleddet.

RØNTGEN
Ved røntgen af venstre albue er collum og caput radii frakturen ophelet.

KONKLUSION
Pt henvises til specialiseret genoptræningsforløb"

Af ambulant kontrol den 27/6 2011 på hospitalets kirurgiske ambulatorium fremgår det blandt andet:

"Patienten kommer til optræning af albuebevægeligheden. Hun har en ekstensionsdefekt på 30 grader, flekterer egentligt rimeligt pænt, men mangler også en del supination. Kommer egentlig kun op til neutralstilling af hånd. Hun er reaktionsløst ophelet, og røntgenbilledet ser pænt ud. Som altid virker osteosyntesematerialet lidt stort på det lille caput radii, men der er kommet egentlig kommet pæn samling. Jeg synes, man skal fortsætte med genoptræningen, og tror ikke, at [klageren] helt slipper for et tilbud om operativ release og fjernelse af osteosyntesematerialet, når hun er lidt længere henne i forløbet."

Det fremgår blandt andet af selskabets brev af 17/5 2011 til klageren:

"**Ulykkesforsikring – anmeldelse af skade**

Vi har modtaget skadeanmeldelsen vedrørende skaden, der skete den 21. februar 2011.

Udfra oplysningerne har vi vurderet, at skaden er dækket af ulykkesforsikringen – vi skal dog gøre opmærksom på, at forsikringen ikke dækker forudbestående invaliditet.

Det vil sige, at du ikke kan få erstatning for eventuelle lidelser som var tilstede inden skaden, eller følger som har tilknytning til en tilstand som var tilstede inden skaden skete.

Det er endnu for tidligt at vurdere, om du får varige følger og kan få udbetalt erstatning. Vores erfaringer viser, at der oftest vil gå omkring et år, før tilstanden er stationær – det vil sige, når tilstanden hverken er blevet værre eller bedre i mindst 3 måneder.

Hvis du stadig har følger af ulykken, når der er gået et år – altså omkring 21. februar 2012 – skal du kontakte os igen.

I nogle tilfælde, vil det være muligt, at udbetale en acontoerstatning. Dette kræver dog, at vi allerede nu kan vurdere, at skaden med sikkerhed, vil efterlade et varigt mén på 5% eller derover.

Hvis du ønsker, at vi skal tage stilling til et forskud på erstatningen, skal du indsende lægelig dokumentation (journalkopi eller lign.)."

Af selskabets telefonnotat af den 9/1 2017 fremgår det blandt andet:

> "Dato 09/01/17
> Beskrivelse
> Skl ringer efter 5 år, hvor vi ikke har hørt fra hende. Hun spørger hvorfor hun aldrig hørte mere fra os. Info om, at vi sendte et anerkendelsesbrev, som hun så ikke har modtaget. Konf. med …, vi sender en fkt.s attest, så må vi vurdere hendes varige mén. Hun fortæller at hun ikke kan strække armen."

Ved selskabets brev af 9/1 2017 til klageren fremgår det blandt andet:

> "Som vi aftalte i telefonen, får du her et skema, som vi beder dig give til din egen læge, eller den læge, der har behandlet dig. Lægen skal udfylde skemaet og sende det til os.
>
> Du bedes samtidig foranledige, at lægen vedlægger en kopi af relevant lægejournal.
> Hvis du har spørgsmål til sagen, er du velkommen til at ringe eller skrive til mig."

Af selskabets brev af 25/4 2017 til klageren fremgår det blandt andet:

> "Ud fra de lægelige oplysninger fremgår det at, du havde et brud efter ulykken og den 27. juni 2011 står der er i journalen, at du ikke kommer videre med træning af bevægeligheden da denne er nedsat, så allersenest på dette tidspunkt, er du vidende om du får varige gener efter ulykken.
>
> Vi kan på den baggrund ikke udbetale erstatning, da kravet er forældet i henhold til Forsikringsaftalelovens § 29 med henvisning til forældelsesloven § 2 stk. 4 samt § 3 stk. 1.
>
> Dit krav forældes overfor forsikringsselskabet 3 år efter, at du har kundskab til kravet, og det vil sige, at dit krav allersenest er forældet den 27. juni 2014.
>
> Vi kan derfor udbetale erstatning for varigt mén, da kravet er forældet og vi afslutter sagen."

Af selskabets telefonnotat af den 25/4 2017 fremgår det blandt andet:

> "Dato 25/04/17
> Beskrivelse
> Talt længe med skl som er meget utilfreds med jeg gør sag forældet, da hun har ringet ind og … og jeg har oplyst at vi vil se på sagen og vurdere méngraden. Forklaret vi skal vurdere méngraden og have de lægelige oplysninger før vi evt vil kunen vurdere om et krav er forældet. Beklaget at vi ikke har haft sagt det til hende da vi sendte attest og det er hun meget utilfreds over. Sagt jeg sender et brev og så kan hun vende tilbage."

Nævnet udtaler:

Klageren var den 21/2 2011 udsat for et ulykkestilfælde, hvor hun beskadigede sin venstre albue. Hun anmeldte ulykkestilfældet til selskabet den 10/5 2011 og har oplyst, at hun ikke husker at have modtaget selskabets brev af 17/5 2011, hvori det er oplyst, at

skaden er dækket af ulykkesforsikringen. I klageskema af 13/6 2017 til nævnet har hun blandt andet oplyst, "Jeg mener, at jeg telefonisk kontakter forsikringsselskabet ca. august 2011, som oplyser mig om, at skaden er anerkendt og jeg først skal vende tilbage, når der er stabile forhold, så méngrad kan vurderes". Ved brev af 13/8 2017 til nævnet har klageren videre oplyst, at hun allerede på tidspunktet for anmeldelsen vidste, at hun havde et varigt mén som følge af ulykkestilfældet.

Hun har endvidere anført, at skaden først var stabil i maj 2014, hvorfor hun først på dette tidspunkt erkendte, at hun ikke kunne forvente yderligere bedring. Hun har anført, at der gik mindre end 3 år fra hun erkendte, at hun ikke kunne forvente yderligere bedring til hun rettede fornyet henvendelse til selskabet i begyndelsen af 2017. Hun har herved anført, at selskabet ved telefonsamtalen den 9/1 2017 oplyste, at det vil udbetale erstatning, da skaden var anerkendt, og at det var nødvendigt at indhente lægelige journaloplysninger for at vurdere omfanget af det varige mén.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klagerens eventuelle erstatningskrav er forældet, idet klageren først henvendte sig til selskabet den 9/1 2017 med oplysninger om varige gener efter ulykkestilfældet. Selskabet har henvist til, at der som udgangspunkt indtræder forældelse 3 år efter, at forsikrede vidste eller burde vide, at hun havde varige gener som følge af ulykken, jf. forældelseslovens § 3. Selskabet har endvidere henvist til, at der indtræder forældelse 3 år efter, at selskabet har givet meddelelse om, at der foreligger en dækningsberettigende skade, og selskabet har anmodet om yderligere oplysninger med henblik på fastsættelse af erstatningskravets størrelse, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 2. pkt. Den treårige forældelsesfrist i henhold til § 29, stk. 5, 2 pkt. løber ifølge selskabet fra den 17/5 2011, hvor selskabet i en mail, der blev sendt til klagerens e-mailadresse, anerkendte ulykkestilfældet som dækningsberettigende. Der er ifølge selskabet derfor indtrådt forældelse forud for klageren telefonisk kontaktede selskabet igen den 9/1 2017. Selskabet har bemærket, at det er nødvendigt at have de lægelige oplysninger for at kunne tage stilling til spørgsmålet om forældelse, hvorfor selskabets sagsbehandler ved telefonsamtalen den 9/1 2017 ikke oplyste klageren om, at sagen kunne være forældet. Selskabet bestrider i øvrigt, at

klageren ved telefonsamtalen af 9/1 2017 er blevet oplyst, at hun ville få erstatning med henvisning til, at ulykken var anerkendt.

Af selskabets telefonnotat af 9/1 2017 fremgår det blandt andet "…vi sender en fkt.s attest, så må vi vurdere hendes varige mén. Hun fortæller at hun ikke kan strække armen".

Nævnet bemærker indledningsvist, at det følger af forældelseslovens §§ 2 og 3, at der gælder en 3-årig forældelsesfrist, der skal regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor klageren kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning over for ulykkesforsikringen. Efter nævnets opfattelse er dette det tidspunkt, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at han har haft en rimelig anledning til at anmelde kravet, uanset om en eventuel méngrad først ville kunne opgøres senere. Dette tidspunkt er efter oplysningerne om det indtrådte ulykkestilfælde, hvor klageren kom til skade. At klageren først i 2014 erkendte, at hun ikke kunne forvente yderligere bedring, kan efter nævnets opfattelse ikke føre til andet resultat.

Det følger imidlertid af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 2. pkt., at hvis selskabet anerkender, at der foreligger en dækningsberettigende skade, men anmoder om yderligere oplysninger med henblik på opgørelse af kravets størrelse, indtræder forældelse 3 år efter selskabets meddelelse herom.

Nævnet finder, at det må lægges til grund, at klageren senest ved sit opkald til selskabet i august 2011 blev bekendt med, at selskabet havde anset ulykkestilfældet som omfattet af ulykkesforsikringen. På den baggrund finder nævnet, at den 3-årige forældelsesfrist for klagerens krav senest skal regnes fra udgangen af august 2011, og at klagerens eventuelle erstatningskrav blev forældet senest ved udgangen af august 2014, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 2. pkt.

Nævnet finder endvidere, at klageren ikke har bevist, at selskabet i forbindelse med klagerens henvendelse i 2017 har givet klageren et - evt. stiltiende - tilsagn om ikke at gøre forældelse gældende.

11. 90981

Selskabets anmodning om supplerende helbredsmæssige oplysninger i sagen, jf. telefonnotatet og brevet af 9/1 2017, kan ikke føre til andet resultat. Nævnet bemærker herved, at det må anses for at være i overensstemmelse med god sagsbehandling at rekvirere lægelige bilag med henblik på, at undersøge, om der er indtrådt en forværring af helbredstilstanden, der isoleret set ikke er forældet, forinden selskabet påberåber sig, at et krav er forældet.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klagerens eventuelle krav var forældet, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 2. pkt., inden sagen blev indbragt for nævnet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt