Ankenævnet for Forsikring

Den 10. januar 2018 blev i sag nr. 91083:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forsikrings-Aktieselskabet Alka
Engelholm Alle 1
2630 Taastrup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring hos Forsikrings-Aktieselskabet Alka. Han klager over selskabets afslag på at yde dækning for et anmeldt ulykkestilfælde.

Klageren anmeldte den 19/1 2017 telefonisk, at han var kommet til skade med sin ryg, da han bukkede sig ned. Skaden var ifølge klageren sket i juli 2011.

Den 9/2 2017 modtog selskabet en skriftlig anmeldelse fra klageren, hvori klageren forklarede, at han den 17/7 2011 havde fået et knæk i ryggen ved at bukke sig ned for at lege med sin søn. I et uddybende spørgeskema blev klageren bl.a. bedt om at svare på, hvad han foretog sig, lige før skaden skete. Hertil svarede klageren, at han legede med sin søn. På selskabets anmodning om at beskrive så udførligt og detaljeret som muligt, hvad der skete, forklarede klageren, at han var ved at samle et legekomfur, og på spørgsmålet om, hvad der efter klagerens mening var årsagen til, at skaden skete, svarede klageren, at det var fordi, han bukkede sig ned. Klageren svarede "nej" på spørgsmålet om, hvorvidt han gled, faldt eller snublede i forbindelse med tilskadekomsten.

Selskabet har afvist at yde dækning under henvisning til, at klageren ikke har bevist, at der er tale om et ulykkestilfælde i forsikringsbetingelsernes forstand. Selskabet har end-

videre henvist til, at klagerens eventuelle krav er forældet. I klagen til nævnet af 8/7 2017 har klageren bl.a. anført:

1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. Supplerende redegørelse kan evt. vedlægges.

Den 19.1.2017 anmeldte jeg en tilskadekomst til ALKA. P.ga. mit handicap (ordblindhed) fik jeg ikke i tilstrækkeligt omfang gjort opmærksom på hele hændelsesforløbet. Havde gjort ALKA opmærksom på. at jeg var ordblind.
Senere har jeg uddybet hændelsesforløbet, nemlig at jeg faldt/gled i noget pap/plastik. Denne beskrivelse vil ALKA ikke godkende

2. Hvad vil du konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)

Opnå erstatning for det varige men jeg har pådraget mig som følge af ulykken.
(Rygskade)

Hertil har selskabet i brev af 3/8 2017 til nævnet bl.a. gjort gældende:

> "Klager anmeldte den 19. januar 2017 telefonisk til Alka Forsikring, at han var kommet til skade med sin ryg, da han bukkede sig ned. Skaden var angiveligt sket i 2011.
>
> Alka Forsikring sendte ved brev af samme dato en skadeanmeldelse til udfyldelse og tog i brevet forbehold for, at kravet kunne være forældet og bad klager oplyse, hvorfor skaden blev anmeldt så sent og om, at oplyse om gener og behandling i tiden fra skaden skete indtil anmeldelsen.
>
> Alka Forsikring modtog den 9. februar 2017 den udfyldte anmeldelse, hvori klager forklarede, at han den 17. juli 2011 havde fået et knæk i ryggen ved at bukke sig ned for at lege med et barn.
>
> Alka Forsikring bad ved brev af 15. februar 2017 klager om, at besvare nogle uddybende spørgsmål om skadens opståen og klager besvarede selskabets brev ved mail af 16. februar 2017.
>
> På selskabets spørgsmål om, hvad klager foretog sig lige før skaden skete, svarede klager, at han legede med sin søn.
>
> På selskabets anmodning om, at beskrive så udførligt og detaljeret som muligt, hvad der skete, forklarede klager, at han og sønnen var ved at samle et legekomfur, og på spørgsmålet om, hvad der efter klagers mening var årsagen til, at skaden skete, svarede han, at det var fordi, han bukkede sig ned for at lave legekomfur.
>
> På selskabets direkte opfordring til at fortælle, om han gled, faldt eller snublede i forbindelse med tilskadekomsten, anførte klager intet og som svar på selskabets spørgsmål,

om der skete noget usædvanligt, uventet eller tilfældigt i forbindelse med skaden, svarede klager, at han ikke kunne rette ryggen ud og fik en voldsom smerte i ryggen. Klager oplyste endvidere, at forløbet varede nogle timer.

Alka Forsikring meddelte herefter ved brev af 18. februar 2017, at skaden desværre ikke var dækket på forsikringen, da der - på baggrund af klagers oplysninger - ikke var tale om et ulykkestilfælde i forsikringsmæssig forstand.

Ved brev af 21. februar 2017 meddelte klager, at han ikke havde fået beskrevet hændelsesforløbet godt nok ved sin første henvendelse til selskabet og oplyste at ulykken var sket fordi han gled i et stykke pap, da han bukkede sig ned, og at han faldt og slog ryggen mod gulvet.

Alka Forsikring meddelte ved brev af 6. marts 2017, at klager både sin telefoniske anmeldelse af skaden, i skadeanmeldelsen og i klagers skriftlige besvarelse af selskabets specifikke spørgsmål havde oplyst, at skaden var sket ved, at han bukkede sig ned.

Der var i klagers tre første forklaringer om hændelsen intet nævnt, om at han gled eller faldt og selskabet måtte på den baggrund fastholde den trufne afgørelse.

Ved brev af 13. marts 2017 bad klager om, at sagen blev forelagt Fællesnævnet. Klager tilføjede, at han var ordblind og derfor havde svært ved at udtrykke sig skriftligt, og på grund af følger efter narkose også havde svært ved at udtrykke sig mundtligt.

Fællesnævnet modtog den 4. april 2017 sagen og gav ved sin afgørelse af 27. juni 2017 Alka Forsikring medhold i den trufne afgørelse.

Sagen er nu indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Klager er omfattet af en kollektiv fritidsulykkesforsikring via sit medlemskab af [fagforening].

I henhold til de forsikringsbetingelser der var gældende på det oplyste skadetidspunkt i 2011 dækker forsikringen følger af ulykkestilfælde. Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade, jfr. betingelsernes afsnit 1.1.

Det skal således være et aktuelt ulykkestilfælde, der er årsag til skaden/følgerne og de gener man har, skal være en direkte følge af ulykkestilfældet, for at berettige til erstatning fra forsikringen.

Selve skaden betragtes ikke som den pludselige hændelse i forsikringsmæssig forstand. Ulykkestilfældet er med andre ord ikke skaden, men den hændelse, der førte til skaden.

Klager forklarede ved sin mundtlige anmeldelse i telefonen, at skaden skete, da han bukkede sig ned. Det samme fremgår af klagers skriftlige skadeanmeldelse, ligesom klager ved sin besvarelse af selskabets specifikke spørgsmål beskrev, at skaden skete, fordi han bukkede sig ned. End ikke på selskabets direkte spørgsmål, om han gled faldt eller snublede, bekræftede/oplyste klager noget om, at være gledet og faldet.

Et simpelt 'ja' på selskabets direkte spørgsmål ville have været tilstrækkeligt.

Vi finder det ikke sandsynligt, at klager ikke skulle have nævnt en så forholdsvis voldsom hændelse, som at glide og falde i de 3 første forklaringer om skaden, men først efter selskabets begrundede afvisning oplyser dette.

Efter gældende praksis anses de første forklaringer om en skade, som udgangspunkt altid for korrekte.

Selskabet bør kunne gå ud fra, at svar på konkret stillede spørgsmål er så korrekte som muligt, og er en sandfærdig gengivelse af, hvad der førte til skaden. En senere forklaring, som afviger væsentligt fra de første forklaringer, og derudover fremkommer efter selskabets begrundede afslag på erstatning, kan ikke lægges til grund for sagens behandling.

I henhold til klagers 3 første forklaringer om hændelsen er der ikke tale om et ulykkestilfælde i forsikringsmæssig forstand. At bukke sig ned, er en ganske almindelig dagligdags foreteelse og er ikke en pludselig hændelse, ligesom det, at bukke sig ned ikke er egnet til at udløse en discusprolaps.

Der foreligger derudover ingen lægelige oplysninger om et ulykkestilfælde i juli 2011, men derimod oplysninger om langvarige rygproblemer. Det fremgår bl.a., at klager den 1. marts 2010 anmeldte en arbejdsskade i form af ryglidelse og igen den 1. februar 2011 anmeldte en arbejdsskade i form af ryglidelse.

Det skal for god ordens skyld bemærkes, at den aktuelle forsikring er en fritidsulykkesforsikring, som med henvisning til betingelsernes afsnit 4.1.1. ikke dækker følger af arbejdsskader.

Klager blev både i 2011 og i 2012 opereret for discusprolaps og faldt i oktober 2013 ned ad en trappe og pådrog sig flere brud på ryggen.

Skaden den 27. oktober 2013 blev anmeldt til Alka Forsikring, som anerkendte, at ulykkestilfældet var omfattet af fritidsulykkesforsikringen og realitetsbehandlede sagen. Erstatningen blev den 24. september 2015 fastsat af Arbejdsskadestyrelsen (nu Arbejdsmarkedets Erhvervssikring), som med henvisning til de forud for ulykkestilfældet bestående gener (angiveligt følger af de anmeldte arbejdsskader) fastsatte de varige følger af ulykkestilfældet til en méngrad på 10%.

Den sikrede har efter almindelige regler bevisbyrden for rigtigheden af det krav, der gøres gældende mod selskabet, og det påhviler således klager, at sandsynliggøre, at generne er en direkte følge af et ulykkestilfælde.

Vi må fastholde, at klagers 3 første forklaringer om skaden skal lægges til grund for selskabets vurdering, og at klagers ændrede forklaring i brev af 21. februar 2017 ikke kan lægges til grund. Efter klagers oprindelige 3 forklaringer er der ikke tale om et ulykkestilfælde i forsikringsmæssig forstand eller i øvrigt en hændelse, der er egnet til at medføre varige rygproblemer.

Da der heller ikke foreligger lægelige oplysninger om en tilskadekomst i juli 2011, men derimod lægelige oplysninger om forud bestående rygproblemer (angiveligt som følge af arbejdsbetingede lidelser), må vi fastholde vores stillingtagen til sagen.

Afslutningsvis skal vi bemærke, at såfremt der var sket et ulykkestilfælde i juli 2011, hvor det i øvrigt af de lægelige oplysninger fremgår, at klager allerede havde omfattende ryg-

problemer, vil et muligt krav ved klagers anmeldelse i slutningen af januar 2017 med henvisning til Forsikringsaftalelovens § 29 og Forældelseslovens § 3 være forældet."

Heroverfor har klageren i brev af 28/9 2017 til nævnet bl.a. bemærket:

"Min kommentar til det fremsendte er, at jeg ved den telefoniske henvendelse til ALKA forsikring gentagne gange gjorde opmærksom på, at jeg var meget ordblind.
Det betød, at jeg havde svært ved, at formulerer og beskrive hændelsesforløbet. Dette må være årsagen til de misforståelser der efterfølgende er fremkommet.

Da jeg ikke selv er i stand til at skrive har jeg fået hjælp til dette."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Herunder de lægelige oplysninger.

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"1. Hvad dækker forsikringen:
1.1. Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde. Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.
…
2. HVAD dækker forsikringen ikke:
2.1. Sygdom.
2.1.1. Enhver sygdom, herunder sygdom der opstår pga. smitte med vira (virus), bakterier, andre mikroorganismer eller lignende.
2.2. Forgiftninger fra mad, drikke, nydelsesmidler og medicin.
2.3. Ulykkestilfælde der skyldes sygdom.
2.4. Enhver udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om udløsningen skyldes et ulykkestilfælde.
2.5. Forværring af følgerne af et ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende sygdom eller tilfældig tilstødende sygdom."

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 19/1 2017 telefonisk, at han var kommet til skade med sin ryg, da han bukkede sig ned. Skaden var ifølge klageren sket i juli 2011.

Den 9/2 2017 modtog selskabet en skriftlig anmeldelse fra klageren, hvori klageren forklarede, at han den 17/7 2011 havde fået et knæk i ryggen ved at bukke sig ned for at lege med sin søn. I et uddybende spørgeskema blev klageren blandt andet bedt om at svare på, hvad han foretog sig, lige før skaden skete. Hertil svarede klageren, at han legede med sin søn. På selskabets anmodning om at beskrive så udførligt og detaljeret som muligt, hvad der skete, forklarede klageren, at han var ved at samle et legekomfur,

og på spørgsmålet om, hvad der efter klagerens mening var årsag til, at skaden skete, svarede klageren, at det var fordi, han bukkede sig ned. Klageren svarede "nej" på spørgsmålet om, hvorvidt han gled, faldt eller snublede i forbindelse med tilskadekomsten.

Ved brev af 18/2 2017 meddelte selskabet klageren, at skaden desværre ikke var dækket af forsikringen, da der – på baggrund af klagerens egne oplysninger om hændelsesforløbet – ikke var indtrådt et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Selskabet meddelte desuden klageren, at man herved ikke havde taget stilling til, om klagerens eventuelle krav måtte være forældet.

I et brev af 21/2 2017 til selskabet oplyste klageren, at han ikke havde fået beskrevet hændelsesforløbet godt nok ved sin første henvendelse til selskabet. Han oplyste, at skaden var sket, fordi han gled i et stykke pap, da han bukkede sig ned, og at han faldt og slog ryggen mod gulvet.

I selskabets brev til nævnet af 3/8 2017 har selskabet fastholdt, at klageren ikke har bevist, at der er tale om et ulykkestilfælde i forsikringsbetingelsernes forstand. Selskabet har blandt andet henvist til, at det at bukke sig ned er en ganske almindelig dagligdags foreteelse og ikke en pludselig hændelse, ligesom det at bukke sig ned ikke er egnet til at forårsage en discusprolaps, og at der ikke i de lægelige akter er beskrevet en hændelse som årsag til klagerens gener, men at det derimod fremgår, at klageren allerede forud for hændelsen den 17/1 2011 led af omfattende rygproblemer. Selskabet har endvidere henvist til, at klagerens eventuelle krav er forældet.

Nævnet bemærker, at krav i henhold til forsikringsaftalen er underlagt en 3-årig forældelse, jf. forsikringsaftalelovens § 29 og forældelseslovens § 3. Fristen regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor klageren har haft rimelig anledning til og mulighed for at gøre kravet gældende over for selskabet. Det er ikke en betingelse, at omfanget af skaden skal have været klageren bekendt på dette tidspunkt. Ved ulykkestilfælde er dette tidspunkt i henhold til nævnets praksis som udgangspunkt ulykkestidspunktet.

7. 91083

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klagerens eventuelle krav var forældet før den 19/1 2017, hvor klageren anmeldte ulykken til selskabet.

Allerede som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels