Ankenævnet *for* Forsikring

Den 21. marts 2018 blev i sag nr. 91384:

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. Han klager over, at selskabet har afvist at anerkende et anmeldt ulykkestilfælde den 9/10 2012 som omfattet af forsikringen. Han klager endvidere over, at selskabet ikke har ydet tilstrækkelig vejledning om klageadgangen til Ankenævnet for Forsikring.

Klageren anmeldte den 9/1 2013 til selskabet, at han var kommet til skade med sin højre albue i forbindelse med styrketræning. Selskabet afviste at yde forsikringsdækning den 24/5 2013.

Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klagerens eventuelle erstatningskrav er forældet, og at det ikke har tilsidesat dets vejledningsforpligtelse. Selskabet har anført, at klageren ikke tidligere har oplyst, at han var uenig i selskabets afvisning.

2. 91384

I klageskema af 26/9 2017 til nævnet har klageren blandt andet anført:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.*
> I forbindelse med styrketræning i efteråret 2012 pådrog jeg mig en skade i højre albue, idet jeg efter et løft ikke kunne bevæge min arm. Jeg har efterfølgende haft konstante smerter i armen – også den dag i dag – som tiltager med fysisk aktivitet, ligesom leddet har en tendens til at 'låse'.
>
> Efter skaden kontakte jeg Codan med henblik på at få fastslået skadens omfang og få økonomisk hjælp til genoptræning m.v. Codan afslog ganske summarisk at dække skaden, idet der var tale om en såkaldt 'belastningsskade'. Det var Codans opfattelse, at skaden ikke var omfattet af forsikringsbetingelsernes klausul: 'For at der er tale om et ulykkestilfælde, skal der ske en pludselig hændelse, der forårsager personskade'.
>
> Jeg blev ikke vejledt yderligere om mine muligheder eller i øvrigt undersøgt. Det er min opfattelse, at Codan efter forbrugeraftalelovens § 4, stk. 2 skriftligt skulle have meddelt mig hvilke klage muligheder jeg havde. Codan har med forbrugeraftaleloven § 4 en særlig pligt til at vejlede i forbindelse med et afslag.
>
> Jeg blev opmærksom på Højesterets afgørelse af 5. september 2017, hvormed Højesteret fandt, at Codan i en ganske lignende sag uretmæssigt havde afslået forsikringsdækning med samme begrundelse.
>
> Da jeg opdagede sammenfaldet tog jeg straks kontakt til Codan og bad dem genoptage sagen, således, at den ville blive realitetsbehandlet og skaden vurderet. Codan har dog afslået at genoptage sagen, hvorfor denne klage er nødvendiggjort.
>
> Det er min opfattelse, at det ikke skal komme mig til skade, at Codan i sin tid har anvendt sine egne forsikringsbetingelser uretmæssigt, og således slet ikke har forholdt sig til skaden. Henset til at Ankenævnet for Forsikring, jf. j.nr. 85748, og Højesteret, jf. j.nr. 285/2016, er kommet frem til, at forsikringsbetingelserne også omfatter sportsskader, synes det da også at være ganske utvetydigt.
>
> Dertil kommer, at Codan ikke i forbindelse med sit afslag har vejledt mig behørigt, så jeg af egen drift kunne have klaget til Ankenævnet for Forsikring og derigennem prøvet min sag. Codan har derfor ikke opfyldt sin vejledningspligt i medfør af forbrugerklagelovens § 4, ligesom Codan ikke har iagttaget sine forpligtelser i kraft af det særlige afhængighedsforhold og pligtforhold, der består mellem et forsikringsselskab og dets kunder.
>
> **Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
> Anerkendelse af, at jeg har været ude for en ulykke i forsikringsbetingelsernes forstand. Subsidiært, genoptagelse af sagen."

Selskabet har i brev af 19/10 2017 til nævnet blandt andet redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

> "Forsikrede var omfattet af en kollektiv ulykkesforsikring i Codan. Han klager over, at Codan har afvist at yde dækning for en anmeldt ulykke den 9. oktober 2012.

Vi har oprindeligt afvist dækning ved afgørelse af 24. maj 2013. Forsikrede har klaget over afgørelsen den 5. september 2017. Vi har fastholdt afgørelsen, allerede fordi et eventuelt erstatningskrav er forældet.

Sagens faktiske omstændigheder

Forsikrede anmeldte den 9. januar 2013, at han den 9. oktober 2012 var kommet til skade med albuen i forbindelse med, at han dyrkede fitness, og at han formentlig havde fået en overbelastningsskade.

Den 10. januar 2013 modtog vi et udfyldt spørgeskema, hvor forsikrede forklarede, at han løftede vægte i sit træningscenter. Da han tog dem, kunne han ikke løfte højre arm. Der var ikke sket noget usædvanligt eller uventet, udover at armen pludselig var bevægelsesløs. Smerten begyndte straks efter træning.

Vi skrev herefter til forsikredes egen læge og anmodede om journalen. Efter flere rykkere til egen læge modtog vi journalen den 8. april 2013.

Af journalnotat af 7. januar 2013 fremgik, at forsikrede havde haft ondt i højre albue gennem fire måneder efter styrketræning. Han blev instrueret i øvelser, fik ordineret smertestillende medicin samt fik en henvisning til fysioterapi.

Af journalnotat af 19. marts 2013 fremgår, at forsikrede havde trænet den 9. oktober 2012, hvor han havde løftet tungt. Bagefter havde han udviklet vedvarende smerter i højre albueled.

Vi forelagde sagen for vores lægekonsulent og ved brev af 24. maj 2013 afviste vi dækning med henvisning til, at der var tale om en overbelastningsskade sket over tid, og at forsikredes gener ikke var en følge af et ulykkestilfælde i forsikringsbetingelsernes forstand.

Forsikrede henvendte sig igen mere end fire år senere ved e-mail af 5. september 2017 og anmodede os om at genoptage sagen på baggrund af Højesterets dom af samme dato i sag 285/2016. Dette afviste den klageansvarlige ved e-mail af 11. september 2017. Forsikrede klagede over afslaget på at genoptage sagen ved e-mail af samme dato. Ved e-mail af 19. september 2017 fastholdt vi vores afgørelse.

Sagen er herefter indbragt for nævnet.

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.

Indledningsvis bemærkes, at vores afgørelse af 24. maj 2013, hvor vi afviste dækning, var i overensstemmelse med daværende ankenævnspraksis. Ankenævnet ændrede således praksis i 2014, jf. bl.a. Forsikringsret 6. udgave, s. 581, og kendelsen fra september 2014 i den såkaldte 'løbersag', som Højesterets dom vedrørte, var en af de første sager med den ny, udvidede fortolkning af ulykkesbegrebet.
***

Det er vores opfattelse, at forsikredes eventuelle krav i anledning af hændelsen den 9. oktober 2012, er forældet.

Krav i anledning af forsikringsaftalen forældes som udgangspunkt efter reglerne i forældelsesloven, jf. FAL § 29, stk. 1. Den almindelige forældelsesfrist er 3-årig, jf. forældelseslovens § 3.

Hændelsen skete den 9. oktober 2012, og forsikrede anmeldte den til os den 9. januar 2013. Han havde således allersenest den 9. januar 2013 anledning til at anmeldte sit krav til os, hvorfor forældelsesfristen senest løber fra dette tidspunkt. Et krav i henhold til forsikringsaftalen var derfor forældet senest den 9. januar 2016.

I henhold til forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, gælder en supplerende forældelsesfrist, således at krav anmeldt inden udløbet af forældelsesfristen tidligst forældes et år efter selskabets afvisning af at dække skaden. Vi afviste som nævnt at dække skaden den 24. maj 2013. Tillægsfristen udløb derfor den 24. maj 2014 og er således 'indeholdt' i en almindelige 3-årige forældelsesfrist.

Vi bemærker, at Højesterets dom ikke indebærer, at eventuelle krav, der allerede var forældede ved afsigelsen af dommen, ikke længere af det.

Vi må således fastholde, at forsikredes eventuelle erstatningskrav som følge af hændelsen den 9. oktober 2012 er forældet.

Afslutningsvis bemærkes, at vi ikke har tilsidesat nogen vejledningsforpligtelse om forsikredes klagemuligheder, således som han gør gældende i klagen til ankenævnet.

I henhold til § 5 i bekendtgørelse om den klageansvarlige og finansielle virksomheders håndtering af klager skal oplysninger om en virksomheds klageansvarlige være tilgængelige på hjemmesiden, eller – hvis virksomheden ikke har en hjemmeside – udleveret til kunden på dennes anmodning. Virksomheden skal vejlede deres kunder om adgangen til at klage til virksomhedens klageansvarlige, når omstændighederne tilsiger dette. Dette vil i henhold til vejledningen f.eks. være, hvor en kunde har tilkendegivet, at vedkommende er utilfreds med udfaldet af henvendelse til en filial.

Forsikrede kunne have vendt tilbage til os, såfremt han var uenig i vores afgørelse af 24. maj 2013. I så fald havde vi genvurderet afgørelsen og formentlig fastholdt denne samt givet behørig klagevejledning. Der er som klart udgangspunkt ikke pligt til at give klagevejledning i forbindelse med et selskabs første afgørelse i en sag. Vi bemærker endvidere, at klage til Ankenævnet for Forsikring først kan ske, når sikrede har klaget til selskabet, jf. § 4, stk. 3, i ankenævnets vedtægter."

Klageren har i e-mail af 5/11 2017 til nævnet heroverfor blandt andet anført:

"**1. Codans vejledningsforpligtelse og forældelse**

Som bemærket i klagen, følger det af forbrugerklagelovens § 4, stk. 2, at såfremt, der opstår en tvist mellem en forbruger og en erhvervsdrivende omfattet af loven, og den erhvervsdrivende helt eller delvist afviser forbrugerens krav, skal den erhvervsdrivende give forbrugeren oplysninger om, hvortil forbrugeren kan indbringe tvist mellem parterne. Informationen skal gives skriftligt på papir eller andet varigt medium.

Codan har ikke i sin afvisning af klagen givet nogen vejledning om tvistløsning.

Det må klart afvises, at Codan har iagttaget sin vejledningsforpligtelse i henhold til loven ved at oplyse om generelle klagevilkår på en hjemmeside. Det er således ikke tilstrækkeligt at Codan henholder sig til bekendtgørelse om den klageansvarlige og finansielle virksomheders håndtering af klager. Bekendtgørelsen regulerer ikke spørgsmålet om tvistløsning i medfør af forbrugerklageloven, som en klage til Ankenævnet til Forsikring netop er.

Codan oplyser, at afgørelsen var en foreløbig afgørelse, som efter Codans opfattelse ikke er endelig og således ikke fordrer vejledning om tvistløsning. Det bemærkes, at forbrugerklagelovens § 4, stk. 2 og forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 bringes i anvendelse på samme måde, nemlig når forsikringsselskabet helt eller delvist afviser kravet.

Det er så at sige ikke muligt at 'blæse og have mel i munden'. Enten er der tale om en endelig afgørelse med dertilhørende vejledning om tvistløsning, eller også er der ikke truffet en endelig afgørelse – med den følge at forældelsesfristen på 1 år efter forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 ikke er begyndt at løbe.

Det gøres derfor gældende, at forældelsesfristen efter forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 ikke er indtrådt, da der aldrig er truffet en endelig afgørelse. Jeg henviser i den forbindelse til princippet i Højesterets afgørelse U 2016.133/2 vedrørende forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 og spørgsmålet om endelige afgørelser.

Det forhold, at Codan ikke har iagttaget sin lovpligtige vejledningspligt efter forbrugerklagelovens § 4, stk. 2 har væsentligt forringet mine muligheder for at prøve afgørelsen. Henset til, at Højesteret i sagen 285/2016 af 5. september 2017 fastslår, at Codan har fejlfortolket netop de forsikringsbetingelser, som anvendtes til at afvise min forsikringsanmeldelse er det ganske sandsynligt, at min sag ville have haft et andet udfald, hvis jeg havde været bevidst om rekursmuligheden.

Codans vejledningspligt samt det styrkeforhold, der eksisterer mellem forsikringsselskaber og dets kunder, medfører, at der består et særligt pligtforhold for selskabet til loyalt og professionelt at vejlede sine kunder ved afvisning af et krav.

I sagerne U 1932.507 H, U 1993.604 Ø og U 1995.366 H fandtes det på tilsvarende vis, at en parts manglende loyale hensyntagen til modpartens interesser måtte medføre at kravenes forældelsesfrist tilsidesattes.

Det gøres derfor subsidiært gældende, at Codan ved sin adfærd har holdt mig i uvidenhed om kravets eksistens, jf. forældelseslovens § 3, stk. 2, hvorfor forældelsesfristen ikke er udløbet.

2. Journalnotat af 7. januar 2013

Codan henviser til et journalnotat af 7. januar 2013 hidrørende fra min daværende læge. Af hensyn til varetagelsen af mine interesser i sagen, anmoder jeg om at få tilsendt notatet.

3. Codans repræsentant i sagen

Ankenævnet for Forsikrings vedtægter bestemmer § 13, stk. 1, nr. 3, at ingen må deltage i behandlingen af en sag, såfremt der foreligger omstændigheder, som er egnede til at vække tvivl om vedkommendes upartiskhed.

Det følger da også af forbrugerklagelovens § 6, stk. 2, at et tvistløsningsnævn godkendt efter loven i sine vedtægter skal have bestemmelser som er betryggende for parterne om habilitet, mv.

Det oplyses ved Codans besvarelse, at en … repræsenterer Codan i sagen.

Det er således ganske lidt betryggende når det fremgår af Ankenævnets for Forsikrings hjemmeside, at [Codans repræsentant] deltager i ankenævnets sagsbehandling som medlem udpeget af Forsikring & Pension.

Ud fra almindelige habilitetsmæssige betragtninger bør et nævn under ingen omstændigheder træffe afgørelse i sager, hvor deres kollega repræsenterer en af parterne. [Codans repræsentant] stiller således sine kollegaer i en ganske vanskelig situation og bør ikke repræsentere Codan i sager for Ankenævnet for Forsikring."

Selskabet har i brev af 20/11 2017 til nævnet hertil blandt andet anført:

"Ad. punkt 1:

Vi skal fastholde vores synspunkter i vores indlæg af 19. september 2017, således at et eventuelt krav i anledning af forsikredes tilskadekomst i 2012 er forældet efter såvel forældelses- som forsikringsaftalelovens regler.

Codan Forsikring A/S har ligeledes ikke tilsidesat en vejledningspligt, ligesom reglerne i § 5 i bekendtgørelse om den klageansvarlige og finansielle virksomheders håndtering af klager er iagttaget. Der henvises i den forbindelse til Ankenævnets kendelse 89.014.

Det gøres endvidere gældende, at eventuel manglende klagevejledning ikke medfører, at det rejste krav ikke er forældet jf. Ankenævnets kendelse 83.652.

Ad. punkt 2:
Det efterspurgte journalnotat fremgår af allerede fremlagte bilag D, side 1.

Ad. punkt 3:

Vi bemærker, at Codan Forsikrings A/S repræsentant i Ankenævnet for Forsikring ikke er med til at træffe afgørelser i sager der involverer Codan Forsikring A/S."

Til dette har klageren fremsendt e-mail af 2/1 2018, hvori det blandt andet er anført:

> "**1. Codans vejledningsforpligtelse og forældelse**
>
> Det fastholdes, at Codan har tilsidesat sin vejledningspligt. Det er for sagen irrelevant, hvorvidt bekendtgørelse om den klageansvarlige og finansielle virksomheder er overholdt, da spørgsmålet ikke er omtvistet.
>
> Der kan henvises til Ankenævnets kendelse med j.nr. 89.444, hvor det findes, at en manglende klagevejledning i forbindelse med det umiddelbare afslag er ganske kritisabelt. Det er da også klart mest foreneligt med ordlyden af forbrugerklagelovens § 4, stk. 2, at der skal gives klagevejledning i forbindelse med afslaget. Gives der ikke en klagevejledning står det ikke klart, hvorvidt der er truffet en afgørelse.
>
> Der henvises i øvrigt til de særlige omstændigheder omkring Codans dokumenterede fejlagtige administration af egne forsikringsbetingelser.
>
> Det skal dertil fremhæves, at det er særligt kritisabelt, at Codan ikke har forholdt sig til sine tidligere retsstridige afslag og taget kontakt til de kunder, som er givet afslag på forkert grundlag. Codan har siden 2014 været vidende om sin forkerte administration af reglerne, men har valgt at forholde sig tavs og afvente forældelse. Det bør naturligvis ikke belønnes. Dertil henvises til den tidligere fremlagte retspraksis på forældelseslovens område, hvorefter illoyale dispositioner kan suspendere forældelse.
>
> **2. Codans repræsentant i sagen**
>
> Det fastholdes, at det er problematisk og på kant med almindelige habilitetsregler, at én part i en sag har så tætte forbindelser til den eller de personer, som skal træffe afgørelse i en sag. Det gælder naturligvis også selvom parten ikke selv træffer afgørelse i sager vedrørende selskabet."

Af skadesanmeldelsen af 9/1 2013 fremgår det blandt andet:

"Hvordan skete ulykken?	Ulykken skete i forbindelse med at jeg dyrkede fitness
Hvad var årsagen til, at ulykken skete?	Formentlig overbelastning
Hvilken legemsdel er beskadiget ved ulykken?	Albuen

…

Hvilken dato kom du først under lægebehandling?	07/1-2013

…

Generelle oplysninger	
Har du yderligere oplysninger eller kommentarer, kan du skrive dem her.	Jeg blev ved behandlingen af egen læge henvist til fysioterapi, og det er det, jeg søger dækning til."

8. 91384

Af journaloplysninger af 7/1 2013 fra klagerens praktiserende læge fremgår det blandt andet:

> "**07-01-2013 Tennisalbue …**
> **Diagnoser**
> L93 Tennisalbue
>
> **Kontakt tekst**
> Ondt i højre albue i gennem 4 mdr. efter styrketræning.
>
> Obj:
> Ømhed og smerter på udvendige knoglefremspring på albuen højresidig med forværring ved aktivering af muskelgruppen.
>
> Øvelser, Ibu og henvising til fys."

Det fremgår blandt andet af selskabets afvisningsbrev af 24/5 2013 til klageren:

> "Du kan desværre ikke få erstatning for skaden, og det skyldes, at der ikke er tale om et ulykkestilfælde, som det beskrives i forsikringsbetingelserne:
>
> 'For at der er tale om et ulykkestilfælde, skal der ske en pludselig hændelse, der forårsager personskade'
>
> Det fremgår af anmeldelsen og spørgeskemaet, at du i forbindelse med fitness løftede nogle vægte, og du i den forbindelse ikke kunne løfte højre arm. Du fik ondt, og armen var bevægelsesløn. Du oplyser, at årsagen formentligt var på grund af overbelastning.
>
> Du opsøger egen læge 7. januar 2013, hvor det fremgår, at du har haft ondt i højre albue igennem 4 måneder efter styrkektræning, og at der er tale om en tennisalbue.
>
> Vores lægekonsulent udtaler, at der ikke er tale om følger efter et ulykkestilfælde, men at dine følger er på grund af overbelastning efter løft af tunge vægte.
>
> Vi kan derfor ikke anerkende dine gener som følge efter et ulykkestilfælde, da der er tale om en overbelastningsskade som er sket over tid.
>
> Hvis du har spørgsmål til sagen, er du velkommen til at ringe eller skrive til mig."

Klageren har ved e-mail af 5/9 2017 til selskabet anmodet om genoptagelse af sin sag på baggrund af Højesterets dom af 5/9 2017. Selskabet har ved e-mail af 11/9 2017 til klageren afvist genoptagelse af sagen med følgende begrundelse:

> "Sagen fra Højesteret udspringer af en afgørelse truffet af Ankenævnet for Forsikring i september 2014, hvor de gik imod den praksis de havde haft tidligere og ændrede deres vurdering af, hvornår en hændelse kan betragtes som værende omfattet af ulykkesbegrebet.

> Dette betyder desværre, at det udelukkende er sager der er afgjort efter Ankenævnets afgørelse i september 2014, som er omfattet af den nye fortolkning af ulykkesbegrebet.
>
> Din sag er afgjort i maj måned 2013, og er derfor ikke omfattet af den nye fortolkning.
>
> På baggrund af ovenstående kan vi desværre ikke hjælpe dig yderligere.
>
> Hvis du ellers har spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os."

Til dette har klageren ved e-mail af 11/9 2017 hertil blandt andet anført:

> "Codan bør rette ind efter Højesterets praksis – også for tiden før indbringelsen af løbersagen, såfremt betingelserne for at opnå dækning i øvrigt er til stede.
>
> Jeg imødeser derfor et endeligt svar på, hvorvidt Codan har i sinde, at efterleve Højesterets dom. Hvis Codan ikke er opsat på at genoptage sagen, vil jeg derfor bede Forsikringsankenævnet tage stilling til sagen."

Selskabet har ved e-mail af 19/9 2017 hertil blandt andet anført:

> "Vi bemærker, at Højesterets dom ikke indebærer, at krav, der allerede ved afsigelsen af dommen var forældet, ikke længere er det.
>
> På denne baggrund må jeg fastholde vores afvisning af at genoptage din sag.
>
> Såfremt du fortsat er utilfreds med vores afgørelse, kan du indbringe sagen for Ankenævnet for Forsikring. Se www.ankeforsikring.dk"

Af forsikringsbetingelserne fremgår det blandt andet:

> "**Hvad forstås ved et ulykkestilfælde?**
>
> **2. Som ulykkestilfælde betragtes:**
>
> - en pludselig hændelse
> - der forårsager personskade"

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 9/1 2013 til selskabet, at han var kommet til skade med sin højre albue i forbindelse med styrketræning den 9/10 2012. Han klager over, at selskabet har afvist at anerkende det anmeldte ulykkestilfælde som omfattet af forsikringen. Han klager endvidere over, at

selskabet i sit afvisningsbrev til ham ikke har vejledt om klageadgangen til Ankenævnet for Forsikring.

Selskabet afviste at yde forsikringsdækning den 24/5 2013 med henvisning til, at klageren ikke havde været udsat for et dækningsberettigende ulykkestilfælde, men at der var tale om gener som følge af overbelastning efter løft af tunge vægte.

Klageren har ved e-mail af 5/9 2017 til selskabet anmodet om genoptagelse af sin sag på baggrund af Højesterets dom af 5/9 2017. Selskabet har ved e-mails af 11/9 2017 og 19/9 2017 til klageren afvist at genoptage klagerens sag med henvisning til, at hans krav ikke er omfattet af Højesteretsdommen, og at hans eventuelle erstatningskrav var forældet på tidspunktet for afsigelsen af højesteretsdommen.

Selskabet har ved sit brev af 19/10 2017 til nævnet fastholdt sin afgørelse og har henvist til, at klageren anmeldte ulykkestilfældet den 9/1 2013, hvorfor hans eventuelle krav var forældet senest den 9/1 2016. Selskabet har endvidere anført, at det ikke har tilsidesat nogen vejledningsforpligtelse om forsikredes klagemuligheder og har i den forbindelse henvist til, at klageren kunne have vendt tilbage til dem, såfremt han var uenig i selskabets afgørelse af 24/5 2013. Hertil har selskabet anført, at det som udgangspunkt ikke er forpligtet til at give klagevejledning i forbindelse med selskabets første afgørelse i en sag.

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 ulykkesforsikringen. Efter nævnets opfattelse er dette tidspunktet, 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, tidspunktet hvor klageren kom til skade eller senest, da han anmeldte det til selskabet.

11. 91384

Det følger af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt., at forældelse uanset 3-årsfristen tidligst kan indtræde 1 år efter, at selskabet har meddelt klageren, at kravet helt eller delvist er afvist. Selskabet afviste klagerens krav ved brev af 24/5 2013. Den 1-årige tillægsfrist udløb derfor den 24/5 2014, hvorfor den er indeholdt i den 3-årige forældelsesfrist, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, og forældelseslovens § 2 og § 3.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet herefter, at der var indtrådt forældelse af klagerens krav forud for indbringelsen af sagen for nævnet den 27/9 2017. Nævnet finder herefter ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist klagerens eventuelle krav med henvisning til, at sagen er forældet. Nævnet bemærker, at det ikke kan føre til andet resultat, at selskabet i sit afvisningsbrev af 24/5 2013 ikke oplyste om klageadgangen til Ankenævnet for Forsikring.

Nævnet bemærker i øvrigt, at selskabets repræsentant i nævnet ikke deltager ved behandlingen af selskabets sager i nævnet, jf. Ankenævnet for Forsikrings vedtægter § 12 og § 13.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt