Ankenævnet *for* Forsikring

Den 4. september 2019 blev i sag nr. 93242:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Lloyd's v/Crawford & Company Denmark
Lergravsvej 59, 1. sal
2300 København S

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren er omfattet af en kollektiv ulykkesforsikring. Klageren har i klageskema af 20/12 2018 til nævnet blandt andet anført:

"**Kort redegørelse for sagen**
Jeg vil godt klage over en afgørelse fra Lloyds forsikring (administreret i Danmark af Crawford).
Det drejer sig om ulykkesforsikring tegnet via min fagforening [fagforening] som en gruppeforsikring, der dækker fra 10 % mén grad hos Lloyds.
I 2013 kom ud for en bilulykke, hvor jeg blev påkørt bagfra og fik tilegnet mig et piskesmæld. Jeg har selv en ulykkes forsikring hos [andet forsikringsselskab 1], der ligesom modpartens forsikring afgør mit mén til 5 %. [Andet forsikringsselskab 1] sender efterfølgende sagen til afgørelse hos Arbejdsskadestyrelsen, der 5. februar 2016 afgør mit mén grad til 10%.
Crawford vil ikke anerkende, at den 3 årige forældelsesfrist først skal gælde fra tidspunktet for forsikringens forfaldstidspunkt, som er 5. februar 2016, hvor AES afgør jeg har fået 10 % mén. Før denne dato opfyldte jeg ikke betingelserne for at forsikringen skulle dække, da jeg kun ville have 5 % mén jf. de andre forsikringer.
Derudover er jeg blevet mangelfuld og misinformeret af min fagforening og forsikringsselskaber og har derved ikke i 13 år været klar over jeg havde denne ulykkesforsikring.
Se min yderligere detaljerede klage

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg forventer, at nævnet afgør, at forældelsesfristen løber fra tidspunktet for AES afgørelse d. 5. februar 2016 og først forældes 5. februar 2019 og jeg dermed får tilkendt erstatning for de 10 % mén grad.
Derudover forventer jeg også, at nævnet erkender problematikken med manglende informationer og oplysninger fra fagforeninger og forsikringsselskaber. Det er et rimeligt krav, at oplysningspligten overholdes og der sættes fokus på dette fremover.

Loven er lavet for at hjælpe/beskytte forbrugeren, så hjælper det ikke at fagforeninger og forsikringsselskaber negligerer det og det ikke får en konsekvens."

Af klagerens supplerende indlæg af 20/12 2018 til nævnet fremgår det blandt andet:

"Det drejer sig om ulykkesforsikring tegnet via min fagforening [fagforening] som en gruppeforsikring, der dækker fra 10 % mén grad hos Lloyds.

I 2013 kom ud for en bilulykke, hvor jeg blev påkørt bagfra og fik tilegnet mig et piskesmæld. Jeg har selv en ulykkes forsikring hos [andet forsikringsselskab 1], der ligesom modpartens forsikring afgør mit mén til 5 %. [Andet forsikringsselskab 1] sender efterfølgende sagen til afgørelse hos Arbejdsskadestyrelsen, der 5. februar 2016 afgør mit mén grad til 10%.

I 2014 har jeg et møde med min bank- og pensionsrådgiver, som spørger mig, om jeg ikke har en ulykkesforsikring gennem min fagforening. Jeg siger til hende, at jeg har tjekket på min månedlige opkrævning og i Pensionsinfo, men her står intet. Jeg erindrer heller ikke, jeg nogensinde har hørt noget om dette. Alligevel aftaler vi, at jeg lige ringer til fagforeningen og spørger. Her får jeg oplyst, at det har jeg ikke – det stemte ligeledes overens med min formodning, så derfor gjorde jeg ikke mere.

I april i år 2018 får jeg et brev fra min fagforening, hvor man beder mig logge ind og oprette mig på deres Portal, som de er i gang med at oprette. Her ser jeg til min store overraskelse, at jeg tilsyneladende har en ulykkesforsikring. Jeg skriver til dem og beder dem oplyse, hvor længe jeg har haft det og får efterfølgende oplyst, at det har jeg haft siden jeg flyttede fagforening til dem i 2005, dvs. at jeg i 13 år har haft en ulykkes forsikring, jeg ikke har været klar over. [Fagforening] vil dog ikke efterfølgende vedstå eller påtage sig ansvaret for at have misinformeret mig telefonisk tilbage i 2014.

Jeg anmelder derfor straks ulykken, men dette afvises af Crawford pga. forældelse. Ulykkesforsikringen dækker dog først ved 10 % mén grad og opefter. Det er derfor først i februar 2016, hvor arbejdsskadestyrelsen afgør 10 % mén grad, hvor jeg kunne blive/være bekendt med, at forsikringen burde dække, hvilket derfor er under 3 år siden. Det er Lloyds som er forsikringsselskabet (administreret af Crawford i Danmark) på mit ulykkes tidspunkt.

[Fagforening] har i min medlemstid i de 13 år mig bekendt været forsikret hos [andet forsikringsselskab 2], Lloyds, [andet forsikringsselskab 3], [andet forsikringsselskab 4] og måske flere, dette har jeg her bagefter fundet ud af. Jeg har i forbindelse med min overflytning til [fagforening] i 2005 i et brev/tilbud om overflytning fået oplyst, at medlemsskabet kunne være tilknyttet en ulykkesforsikring samtidig påstås, at jeg skulle have modtaget en kopi af en kollektiv police fra [andet forsikringsselskab 2], hvilket jeg dog ikke erindrer. Erstatningsbeløbet har gennem tiden ændret sig fra oprindeligt kr. 250.000 i 2005 og som jeg så det på portalen første gang i april 2018 til kr. 400.000,-. Det var dog også iflg. Lloyds kr. 400.000 i 2013.

Jeg har aldrig gennem de 13 år modtaget ændrede policer, forsikringsbetingelser eller kunne se på min opkrævning, at jeg har betalt til en forsikring.

[Fagforening] har dog nogle få gange undervejs i deres medlemsblad (6 gange på 13 år), som udkom hver måned informeret med følgende eller nogenlunde tilsvarende tekst/priser. Dog et par

enkelte gange med lidt mere tekst. Der nævnes, at … og … er incl. ulykkesforsikring, men jeg er jo med i [fagforening], hvor de andre fagforeninger er underforeninger (som det åbenbart viser sig, de har sat mig med i, selv om der står '[fagforening]' på opkrævningen):

Medlemskab koster pr. måned i 2013	**Fuldtid**	**Efter fradrag**	**Deltid**	**Efter fradrag**
Fagforening	kr. 69	kr. 46	kr. 69	kr. 46
Fagforening inkl. Heltidsulykkeforsikring	kr. 99	kr. 71	kr. 99	kr. 71
[Anden fagforening] Inkl. heltidsulykkeforsikring	kr. 45	kr. 45	kr. 45	kr. 45
A-kasse	kr. 451	kr. 302	kr. 343	kr. 230
A-kasse inkl. efterløn	kr. 918	kr. 615	kr. 655	kr. 439

Jeg mener dog ikke, dette giver tilstrækkelig information til mig, om jeg er omfattet og til hvilken pris.

Nedenstående er et udklip fra min månedlige opkrævning. Hvordan skulle jeg kunne vide, at de kr. 99 i faglig kontingent også indeholder betaling til en ulykkesforsikring, hvis jeg ikke lige ved min side har ovennævnte skema fra ét af de 6 medlemsblade ud af ca. 150 blade
…
Medlemsbladet er i øvrigt blevet afskaffet i slutningen af 2017 netop pga. for få læste det (har [fagforening] selv skrevet). Jeg ville aldrig have gættet, at man kunne finde på at skrive så vigtige informationer i et medlemsblad og finder det forventeligt, at dette var blevet sendt ud som personlig post.

Jeg har derfor været i den tro, at jeg ikke havde en ulykkesforsikring. Jeg mener ikke jeg kunne være andet. Jeg har både ringet til min fagforening, tjekket opkrævning, Pensionsinfo. Desværre har jeg ikke fundet lige de 6 medlemsblade, hvor der stod noget i -de fleste skulle jeg dog også have haft sammen med min opkrævning fra BS for måske at kunne gætte det. Jeg kan ikke se, jeg kunne have gjort andet og finder mit ukendskab til forsikringen uforskyldt.

Jeg har ligeledes forespurgt Finanstilsynet, hvilke krav der stilles til oplysningspligt. Finanstilsynet har tilsynet med at forsikringsselskaberne overholder reglerne om oplysningspligt, som minimum skal foretages årligt eller ved ændringer. Når det er en gruppeforsikring kan forsikringsselskabet pålægge administratoren (dvs. [fagforening]), at videregive disse årlige oplysninger til slutkunden, hvis de ikke selv gør det. Dette er bare ikke sket i de 13 år, jeg har haft forsikringen. Det samme gælder forsikringsbetingelser, mulighed for angive begunstiget ifbm. dødsfald osv..

Ifølge Finanstilsynet er man forpligtiget til at følge de lovmæssige bekendtgørelser der findes. Herunder også dem som relateres til informationskrav til forbrugeren. Ifølge Finanstilsynet skal der som minimum informeres én gang hvert år med en status og oversigt på sine forsikringer, samt yderligere ved ændringer skal der sendes en police og forsikringsvilkår. Dette skal også stadig følges, når det er en gruppeforsikring, da formålet med lovbekendtgørelserne er at informere slutforbrugeren og ikke kun administratoren for gruppeforsikringen. Administratoren og forsikringsselskabet skal aftale, hvorledes dette skal foregå ved indgåelse af forsikringsaftalen. Finanstilsynet oplyser, at de på baggrund af min henvendelse fremover vil tage kravet om oplysningspligt med i deres tilsyn.

Jeg har gennemgået, hvad jeg har kunnet finde af tidligere afgørelser i Ankenævnet, vedrørende netop ukendskab til sin ulykkesforsikring. Generelt giver Nævnet ikke kunden medhold. Til gengæld må jeg også sige, at jeg ikke har kunnet finde sager, hvor der er givet så lidt informationer, som i mit tilfælde – det er under al kritik. Alle øvrige fagforeninger og forsikringsselskaber i de andre sager har trods alt oplyst en del mere. Desuden er de forældet med mere end 5-9 år, hvor mit tilfælde dog kun er 6 måneder (iflg. Crawfords vurdering). Absolut fristen i lovgivningen er 10 år, hvis der findes rimelig grund til at suspendere forældelsesfristen, hvilket mit uforskyldte ukendskab til forsikringen retfærdiggør.

Den anden del af min klage går på at forældelsesfristen, som minimum skal løbe til 5. februar 2019. Forsikringen dækker først fra minimum 10 % mén. Det var først 5. februar 2016 AES afgjorde at jeg fik 10 % og ikke f.eks. kun 5 %. Crawford henviser til Forsikringsaftalelovens § 29 og Forældelseslovens § 3.
…
Som det fremgår af Forsikringsaftalelovens § 29 henvises dels til Forældelsesloven, samt jf. stk. 3 findes en absolut forældelse på 10 år.

I Forældelseslovens § 3 fremgår det specielt af stk. 2, at hvis fordringen er mig ubekendt regnes først fra da jeg blev bekendt med den eller burde have været det. Dvs. det var først 5. februar 2016 jeg fik 10 % mén grad og dermed tidligst kunne være bekendt med fordringen. Hvis jeg kun fik 5 % dækker forsikringen ikke.

Hvis I suspenderer forældelsesfristen ud fra mit ukendskab til forsikringen pga. manglende opfyldelse af oplysningspligt og misinformation fra forsikringsselskabet og fagforeningen vil forældelse først kunne regnes fra april 2018, hvor jeg blev bekendt med, at jeg var blevet mangelfuld- og misinformeret.

Det skal ligeledes oplyses, at jeg aldrig (ej heller den dag i dag) har set forsikringsbetingelserne fra Lloyds, som der henvises til i Crawford afgørelse.

Crawford skriver i deres afgørelse følgende:

'Efter forsikringsaftalelovens § 29 og forældelseslovens § 3 forældes dit krav 3 år efter det tidspunkt du havde kendskab til, eller burde have haft kendskab til kravet/fordringen.

Jævnfør Ankenævnskendelse AK 91836 – *regnes fristen fra det tidligste tidspunkt, hvor klager har haft rimelig anledning til og mulighed for at gøre kravet gældende overfor 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 ulykkes tidspunktet.*'

Bemærk nævnet skriver: *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.'* Dette er korrekt, såfremt der her menes begyndelse af den 10 årige absolutte forældelsesfrist. Den 3 årige forældelsesfrist begynder først når fordringshaveren bliver bekendt med fordringen.
…

Ifølge Forældelsesloven påbegynder derfor den 3 årige forældelsesfrist fra det tidspunkt, hvor erstatningen kunne kræves udbetalt dvs. forfaldstidspunktet. Det skal selvfølgelig være indenfor den 10 årige absolutte frist i forhold til skadetidspunktet.

Sammenholdt med mit tilfælde ville der her være tale om 5. februar 2016, hvor AES afgør 10 % mén, ellers ville jeg ikke have en fordring. Denne dato d. 5. februar 2016 vil derfor være den første dag, hvor jeg kunne kræve fordringen udbetalt (hvis jeg da ellers var klar over jeg havde haft forsikringen). Dette er om ikke andet gældende, såfremt I underkender min manglende information/misinformation fra forsikringsselskabets og fagforeningens side.

Det Kan ikke være rigtigt, at man kan have en ulykkesforsikring i 13 år uden at vide det? Dette er forårsaget af mangelfuld information og misinformation.

Det Kan heller ikke være rigtigt, at man aldrig skal modtage forsikringsbetingelserne fra forsikringsselskabet?

Der har været flere tidligere afgørelser i Ankenævnet, hvor det er tidspunktet for afgørelse i AES, forældelse gælder fra, hvilket også er rimeligt, da dette vil være det tidspunkt, hvor man præcis ved om man har fået tilkendt en mén grad og i givet fald hvor meget. Det er selvfølgelig klart, at har man fået amputeret et ben, vil det formodentlig give et anselig mén og derved skal fristen regnes fra ulykkestidspunktet. Til gengæld har man fået et piskesmæld som jeg, vil jeg ikke som almindelig 'uvidende' person på forhånd kunne vide om jeg får mén og i givet fald hvor meget."

Selskabet har i brev af 4/2 2019 til nævnet blandt andet oplyst:

"**Hvori består uenigheden**
Skl klager over, at [fagforening] ikke har informeret tilstrækkeligt omkring gruppeulykkesforsikringen.

Endvidere klager skl over, at Crawford & Company på vegne af [fagforening] har afvist den anmeldte skade, idet kravet var forældet i henhold til den 3 årige forældelsesfrist.

Crawford & Company fastholder på vegne af [fagforening], at der er givet information i forhold til gruppeulykkesforsikringen via de retmæssige kanaler og skl derfor har modtaget information om forsikringen.

Endvidere fastholder vi, at det anmeldte krav vedrørende skaden sket den 27. august 2013 er forældet efter den 3 årige forældelsesfrist, da kravet først anmeldes efter der er gået mere end 3 år fra det tidspunkt skl har haft rimelig anledning og mulighed for at gøre kravet gældende overfor selskabet.

Hvad er der sket
Crawford & Company modtager den 2. maj 2018 via [fagforening] en skadeanmeldelse, der er indsendt af skl den 1. maj 2018 (bilag B).

Anmeldelsen omhandler en skade sket den 27. august 2013, hvor skl i bil bliver påkørt af bagfrakommende bil, hvorved skl pådrager sig en piskesmældsskade. Der er sammen med anmeldelsen

vedlagt en afgørelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, hvor méngraden efter uheldet er fastsat til 10 %. Afgørelsen fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring er dateret den 5. februar 2016.

Af mailkorrespondancen med [fagforening] og skl fremgår, at skl ved henvendelse til [fagforening] er blevet gjort opmærksom på, at kravet kan være forældet, idet det fremgår af den først mail til skl den 30. april 2018 (bilag B side 1), *at skl kan prøve at anmelde skaden, så der kommer en afgørelse fra forsikringsselskabet.* I skl svarmail til [fagforening] den 1. maj 2018 fremgår *Jeg håber på positivt svar, eller må jeg sig jeg vil være skuffet. Jeg ved jeg er sent ude men, mener dog heller ikke jeg kunne have gjort andet end jeg allerede har gjort.*

Det fremgår endvidere af anmeldelsen, at skl ikke tidligere har haft kendskab til gruppeulykkesforsikringen via [fagforening] – blandt andet anføres det, at skl i 2014 har rettet henvendelse til [fagforening] og fået oplyst, at skl ikke havde en gruppeulykkesforsikring.

I forbindelse med vores sagsbehandling retter vi, den 14. maj 2018, henvendelse til [fagforening] (bilag C) i forhold til skl henvendelse til [fagforening]. Endvidere indhenter vi samme dag kopi af de lægelige akter fra [andet forsikringsselskab 1], samt informerer skl om dette (bilag C)

Den 16. maj 2018 modtager vi svar fra [fagforening] via mail (bilag D). Af mailen fremgår, at skl har haft kontakt til [fagforening] tilbage i 2014 – men henvendelsen har været vedrørende noget andet end den kollektive heltidsulykkesforsikring – dette fremgår af notat i [fagforening]. I mailen beskrives, hvordan proceduren er i forhold til nye medlemmer. Det beskrives, at medlemmet modtager et bekræftelsesbrev, hvoraf det også fremgår at vedkommende har en kollektiv heltidsulykkesforsikring og sammen med brevet modtager medlemmet de gældende forsikringsbetingelser. Endvidere oplyses det, at når der sker ændringer til forsikringen, er det løbende meddelt medlemmerne via Medlemsnyt.

Vi modtager den 17. maj 2018 kopi af de lægelige akter fra [andet forsikringsselskab 1], samt kopi af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse af 5. februar 2016 (bilag E).

Af den fremsendte speciallægeerklæring udfærdiget den 29. december 2014 af speciallæge i neurokirurgi … fremgår, *at skl fortsat har smerter i nakken og har i perioden efter skaden haft enkelte sygeperioder, samt at tilstanden skønnes at være stationær og varig.*

På baggrund af oplysningerne fra [fagforening] og de lægelige akter fra [andet forsikringsselskab 1] vurderer vi sagen og vi afviser skade, da kravet er forældet. Dette meddeler vi skl i vores brev af 25. maj 2018 (bilag F).

Vi har i vores afgørelse lagt vægt på, at kravet til forsikringen er anmeldt mere end 3 år efter det tidspunkt, hvor det af speciallægen fastslås, at skl's tilstand er stationær og skl fortsat har gener i nakken – dette sker ved speciallægeundersøgelsen den 29. december 2014 (vi beklager, at vi vores i brevet har anført 27. oktober 2014, som undersøgelsesdatoen – forældelsesfristen begynder rettelig at løbet 29. december 2014). Kravet er anmeldt 30. april 2018 og skulle have været anmeldt før 29. december 2017 for at være rettidigt anmeldt. Der er således gået mere end 3 år fra det tidspunkt, hvor skl havde fået kendskab til kravet.

Den 27. maj 2018 modtager vi mail fra skl, der er uenig i vores afgørelse (bilag G). Skl fastholder, at skl ikke har haft kendskab til gruppeulykkesforsikringen før ultimo april 2018.

Vi beder i mail af 12. juni 2018 [fagforening] om at sende kopi af bekræftelsesbrevet, som er sendt til skl ved indmeldelsen (bilag H). Herefter hører vi desværre intet i sagen fra [fagforening] og vi modtager derfor en ny mail fra skl den 29. juli 2018, hvorfor vi på ny rykker for svar fra [fagforening] og igen den 2. august 2018 fremsender vi mail til [fagforening] (bilag I). Bekræftelsesmails er endvidere sendt til skl, ved modtagelses af skl's mails.

Fra [fagforening] modtager vi den 19. august 2018 en mail, hvoraf det fremgår, at sagen er overgivet til advokat i [fagforening] – hvor vi kan rette henvendelse. Den 21. august 2018 modtager vi på ny mail fra skl – vedhæftet brev, som skl har sendt til [fagforening] (bilag J).

Vi har den 24. august 2018 telefonisk kontakt med advokaten i [fagforening]. Advokaten oplyser, at de oplysninger, som vi efterspørger, er sendt til skl og vi må rekvirerer oplysningerne hos skl. Samme dag sender vi mail til skl og beder skl om at sende kopi af de akter, som er tilsendt fra [fagforening] (bilag K).

Den 26. august 2018 modtager vi mail fra skl – vedhæftet akter fra [fagforening] (bilag L). I akterne fremgår bl.a. et brev af 13. august 2018 fra advokaten i [fagforening], hvor der oplistes en historisk gennemgang af forholdene omkring forsikringen og hvor det også tydeligt fremgår, at skl er informeret om dækningen af forsikringen via Medlemsnyt.

På baggrund af skl mail af 26. august 2018, samt de vedhæftet akter fra [fagforening] gennemgår vi sagen på ny. I vores brev af 14. september 2018 meddeler vi skl, at vi fastholder vores tidligere afgørelse, idet kravet er forældet (bilag M). Vi har fortsat i vores afgørelse lagt vægt på, at det ved speciallægeundersøgelsen fastslås, at skl fortsat har smerter i nakken og tilstanden er stationær og varig. Endvidere henviser vi til *AK 91836*, hvoraf det fremgår, at forældelsesfristen begynder at løbe på det tidspunkt skl havde eller burde have kendskab til kravet – *fristen regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor klager har haft rimelig anledning til og mulighed for at gøre kravet gældende overfor 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 ulykkes tidspunktet.*
…
Begrundelse for at fastholde afgørelsen
På baggrund af de foreliggende oplysninger fra [fagforening], herunder specielt [fagforenings] brev til skl af 13. august 2018 (bilag L). fastholder vi, at skl er informeret på den gængse måde i forhold til forsikringsdækningen. I den forbindelse henviser vi til AK 86500, hvoraf det fremgår, at Medlemsnyt er en tilstrækkelig måde at informere i forhold til forsikringsdækningen.

Endvidere gør vi opmærksom på, at jævnfør oplysninger fra [fagforening] og deres notat – har skl rettet henvendelse til [fagforening] i 2014 – men henvendelsen vedrørte andre forhold – og IKKE forespørgsel til gruppeulykkesforsikringen.

På baggrund af ovenstående er det vores opfattelse, at skl har fået fyldestgørende information om medlemsfordele, herunder gruppeulykkesforsikringen.

Jævnfør forsikringsaftalelovens § 29 og forældelseslovens § 3 forældes et krav 3 år efter det tidspunkt, hvor skl havde kendskab til, eller burde have kendskab til kravet.

Jævnfør AK 91836 regnes forældelsesfristen fra det tidligste tidspunkt, hvor skl har haft rimelig anledning til og mulighed for at gøre kravet gældende overfor selskabet. Det er ikke en betingelse at omfanget af skaden skal have været skl bekendt på dette tidspunkt. Ved ulykkestilfælde er dette i henhold til nævnets praksis som udgangspunkt ulykkestidspunktet.

Ukendskab til forsikringen kan efter vores opfattelse ikke suspendere forældelsesfristen.

Af sagen akter fremgår, at skaden sker den 27. august 2013. Skl oplyser, at sagen er anmeldt til andet forsikringsselskab, samt behandles via modpartens ansvarsforsikring. Skl bliver i den forbindelse sendt til speciallægeundersøgelse den 29. december 2014 og af speciallægeerklæringen fremgår, at tilstanden på undersøgelsestidspunktet den 29. december 2014 var stationær og varig og det fremgår, at skl fortsat er generet af smerter i nakken – dvs. på dette tidspunkt har skl kendskab til, at de tilstedeværende gener kunne danne grundlag for et krav mod forsikringsselskabet/[fagforening].

Efter vores opfattelse begynder forældelsesfristen derfor senest at løbe den 29. december 2014 og et eventuelt krav om erstatning, skal derfor senest være rejst overfor forsikringen/[fagforening] den 29. december 2017. [Fagforening] modtager anmeldelsen af skaden/ kravet den 1. maj 2018. – dvs. mere end 3 år fra forældelsesfristen begyndte at løbe.

På baggrund af dette fastholder vi vores afgørelse – kravet om erstatning er forældet, da det først anmeldes til forsikringsselskabet/[fagforening] ca. 3½ år efter forældelsesfristen begynder at løbe."

Klageren har i brev af 1/3 2019 til nævnet blandt andet anført:

"Crawford oplyser, at jeg i 2014 havde ringet til [fagforening] vedrørende andre forhold. Det som [fagforening] refererer til var dem selv, som ringede mig op i juni 2014, hvor de informerede mig om, at de havde lavet noget 'kludder' i min efterlønsopkrævning og at dette ville blive korrigeret den efterfølgende måned. Det var ca. en måned forinden, jeg selv havde ringet til dem og spurgt om jeg havde en ulykkesforsikring, hvor de misinformerede mig og nu ikke vil vedstå deres dårlige rådgivning. Det bør være forståeligt, at jeg har været i god tro. Nu bagefter vil ingen vedkende deres mangelfulde rådgivning og informationspligt. Hvis de dog bare havde oplyst mig om, at jeg har en forsikring, havde jeg selvfølgelig anmeldt skaden med det samme. Jeg kunne jo ikke anmelde noget, når jeg får oplyst, at jeg ikke har en forsikring.

Crawford oplyser, at jeg 'via retsmæssige kanaler' har modtaget 'tydelige' informationer om forsikringen. Dette er ikke korrekt. Beskrevet i 'Lovbekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører' kræves, at der årligt og yderligere ved ændringer oplyses om forsikringen via brev eller andet personligt varigt medie tilegnet den enkelte kunde. Yderligt blev tilføjet til loven i april 2018, at disse oplysninger kan sendes via portal med personligt log in, såfremt en række krav til portalen vil kunne opfyldes.

Crawford henviser til AK 86500, hvoraf Medlemsnyt skulle være tilstrækkeligt at informere i. Ifølge 'God skik' lovbekendtgørelsen opfylder dette **ikke** bekendtgørelsen. Desuden opfylder kunden i dette tilfælde ej heller den krævede mén grad for at kunne få erstatning, hvilket sagen af nævnet afvises på. Det er dog desuden kritisabelt, at kunden ikke dengang i 2004 fik ordentlig information og rådgivning, således der kunne have været tegnet en tillægsforsikring, i tilfælde af hun måtte

ønske det. 'Forgængeren' til loven om 'god skik' stammer helt fra 2002. Der var således i 2004 også krav til ordentlig information og rådgivning, dog var det ikke lige så klart beskrevet som senere i 2006, hvor bekendtgørelsen revideres mere omfattende.

Det er således ikke nok, at der har været skrevet få gange i et medlems blad, da det skal være personligt tilegnet den enkelte, som i øvrigt i mit tilfælde har været vildledende, når det ikke var præcis nok til, at kunne forstås for det enkelte medlem, om man var omfattet eller ej.
…
Den information som gives i medlemsbladet er ikke entydig nok, da der ikke præcis oplyses, om man har en ulykkesforsikring eller ej. Der nævnes en pris for et medlemskab med og uden ulykkesforsikring. Om man individuelt har en ulykkesforsikring, kræver at man efterfølgende kontrollerer sin PBS opkrævning, hvor meget man betaler i kontingent, som i øvrigt heller ikke angiver om man betaler til en ulykkesforsikring eller ej. Dette opfylder ikke kravene i Forsikringsaftaleloven og God skik bekendtgørelsen.
…
Et par gange på de 13 år er der i medlemsbladet skrevet lidt mere end kun lige prisen, som nævnt ovenfor, men det er stadig ikke præcist nok til at man kan vide om man er omfattet eller ej.

Det kan ikke være rimeligt, at man for at finde oplysninger om en forsikring skal læse ca. 150 medlemsblade af ca. 20 sider dvs. 3000 sider igennem, for på 6 af siderne at finde mangelfulde og vildledende oplysninger. Det er jo også det, som lovbekendtgørelsen siger ikke er godt nok, at det skal tilegnes personligt til den enkelte kunde på en tydelig og forståelig måde.
…
Betingelserne har jeg som tidligere nævnt ikke modtaget. Jeg kan nu se at Crawford har vedhæftet dem til sagen her (Crawfords bilag A). Det er umuligt at opfylde nogle betingelser, som man ikke har fået tilsendt.
…
Vedr. Crawfords henvisning til AK 91836 som omhandler Nævnets afvisning af sag, hvor et selskab har afvist dækning grundet manglende årsagssammenhæng, som skadelidte først indklager for nævnet over 1 års fristen for at klage til nævnet, der derfor afvises. Nævnet udtaler, at der som udgangspunkt eksisterer en 3 årig forældelsesfrist gældende fra ulykkestidspunktet med henvisning til Forsikringsaftalelovens § 29 og Forældelseslovens § 3. Dette er dog ikke helt korrekt gengivet, da det vil være forfaldstidspunktet den 3- årige frist vil gælde fra og dette er ikke nødvendigvis ulykkestidspunktet i alle tilfælde. Desuden skal selskabet også have overholdt sine forpligtigelser herunder bl.a. sin oplysningspligt før dette kan gøres gældende.

Hvis jeg nu var blevet korrekt oplyst om forsikringen, ville jeg ikke have kendskab til kravet d. 29. december 2014, som Crawford skriver, da forsikringen først dækker ved 10 % mén og det er først 5. februar 2016 AES afgør 10 % mén.

AK 89315 og 81066 afgør nævnet til kundens fordel, hvor netop 'god skik lovbekendtgørelsen' ikke er fulgt mht. der ikke er korrekt informeret om forsikringens vilkår. I mit tilfælde har jeg ikke engang modtaget vilkårene fra Lloyds – de er endda ikke engang oplyst i Medlemsbladet.

AK 87921 afviser Nævnet kundens klage på en lignende sag dog med erstatning på 5 % mén. Her vurderes forældelsesfristen at gælde fra tidspunktet, hvor kundens øvrige forsikringer udbetales dvs. ca. 1½ år efter ulykken. Her bemærkes, at Nævnet helt tilsidesætter 'god skik lovbekendtgø-

relsen', hvilket er bekymrende for retssikkerheden i afgørelser fra Nævnet. Tilsvarende kan nævnes 71650, 75252, 75561, hvor også 'god skik lovbekendtgørelsen' helt tilsidesættes.

Jeg har haft sendt sagen til Forbrugerombudsmanden. Jeg er efterfølgende blevet kontaktet telefonisk af en jurist, som oplyser mig, at det ikke er i orden, at forsikringsselskabet og [fagforening] ikke har overholdt deres årlige oplysningspligt, ikke har sendt nye betingelser ved skift af forsikringsselskab og ikke mindst, at prisen på forsikringen ikke fremgår af PBS opkrævningen. Derfor vil man iværksætte en slags oplysnings/dialog kampagne specifikt med forsikringsselskaber og fagforeninger, for at få dem til at overholde deres forpligtigelser. Jeg vil modtage en skriftlig udtalelse fra dem på et senere tidspunkt.
…
Afslutningsvis har jeg derfor en forventning om, at når mit ukendskab til forsikringen skyldes at forsikringsselskabet og [fagforening] ikke har overholdt lovgivningen mht. oplysningspligt, samt yderligere at jeg er blevet misinformeret, kunne jeg ikke have været i anden tro og Nævnet bør derfor erkende dette til min fordel. Det er derfor ikke korrekt, når Crawford skriver, at jeg retsmæssigt og tydeligt er blevet informeret via Medlemsnyt, som dels ikke er et acceptabelt medie jf. 'god skik lovbekendtgørelsen', samt de informationer der gives er vildledende og mangelfulde. Samtidig er mit krav ikke forældet i forhold til at kravet først forfalder 5. februar 2016 og derved ikke har overskredet forældelsesfristen i april 2018.

[Fagforening] skriver i 2017, at de afskaffer Medlemsbladet, fordi der alligevel kun er få der læser det. Når de på forhånd er vidende om dette, er det underligt de tror, at alle medlemmer har læst de vigtige informationer."

Klageren har i brev af 3/6 2019 til nævnet blandt andet anført:

"Jeg har tidligere modtaget bilag 1 og 3 men ikke bilag 2, som jeg også har oplyst til fagforeningen.

Jeg har nyligt fundet disse breve gemt i mine arkivkasser. Disse lå stadig i de konvolutter (A5), som de var sendt med tilhørende diverse dokumenter, som jeg har vedhæftet på fotos.

Bilag 1: Består af et brev dateret 6. april 2005, som var et tilbud (ikke bekræftelse) om overflytning af fagforening og A-kasse. Sammen med dette brev var medsendt en formular for udfyldelse til overflytning fra tidligere fagforening, hvor side 1 og 2 ikke var der, men formentlig var returneret til fagforeningen i udfyldt stand. Side 3 og 4 var der, men er bare en vejledning for overflytningen. Derudover var der en folder med tilbud om ekstra arbejdsløshedsforsikring, som jeg kan se jeg havde udfyldt og tegnet denne ekstra dækning mod arbejdsløshed.

Bilag 2: Er ikke modtaget fra fagforeningen, ej heller i hverken konvolutter med bilag 1 og 3. Som jeg kan se, er der tale om nogle forsikringsbetingelser på i alt 6 sider oprettet mellem fagforeningen og [andet forsikringsselskab 2] (og ikke Lloyds forsikring) gældende for perioden 2004 til 2005. Der er nogle steder overstregninger med sort tuds og ligner ikke umiddelbart et dokument, som var tiltænkt mangfoldiggørelse til fagforeningens flere hundredetusinde medlemmer. De skriver, at dette med samme tekst skulle være tilsendt i såkaldt 'folderformat', såfremt dette skulle være tilfældet ville disse yderligere mange sider næppe kunne være i en A5 konvolut, samtidig med alle de andre yderligere informationer. Hvis man med 'folderformat' mener A5 størrelse vil det være besværligt at læse teksten, som så vil blive en meget lille bogstavsskrift. Uanset format og størrelse har jeg stadig ikke modtaget disse informationer.

Bilag 3: Består af brev vedrørende bekræftelse af optagelse dateret 9. juni 2005. Sammen med dette brev sendes Vedtægter for A-kassen, folder vedrørende rabat på visse forsikringer hos [andet forsikringsselskab 1] og en folder med tilbud om forskellige forsikringer via [andet forsikringsselskab 5] f.eks. arbejdsløshedsforsikring, sundhedsforsikring osv. Det bemærkelsesværdige her er, at man også tilbyder gruppelivsforsikring med dødsfaldsdækning, (vedlagt som bilag) når det her bagefter har vist sig, at dette er indeholdt med en langt højere dækning som standard i fagforeningsmedlemsskabet. Der står intet i dette bilag 3 brev eller øvrige dokumenter, at man faktisk er dækket af en ulykkesforsikring, eller med hvilken betingelser man er dækket ved ulykke eller dødsfald."

I brev af 6/4 2005 fra fagforeningen (bilag 1) til klageren er det blandt andet anført:

"**Vi byder dig velkommen i Fagforeningen,**
og håber, at du bliver tilfreds med medlemskabet. Du har ret til gratis juridisk bistand fra den dag, du bliver overflyttet.
…
Priser
Fagforeningen
Medlemskab pr. måned
inkl. heltidsulykkeforsikring og dødsfaldsydelse kr. 90,00

[Fagforenings] A-kasse

Fuldtidsforsikret pr. måned uden efterløn	kr. 359,00
Fuldtidsforsikret pr. måned med efterløn	kr. 741,00
Deltidsforsikret pr. måned uden efterløn	kr. 267,00
Deltidsforsikret pr. måned med efterløn	kr. 521,00

Opkrævning
Kontingentet vil blive opkrævet månedsvis. Vi sender den første opkrævning til dig, når overflytningen er i orden.

Forsikringer
Du er omfattet af både heltidsulykkesforsikring og dødsfaldsydelse fra det tidspunkt, du er overflyttet."

Af brev af 9/6 2005 fra fagforeningen til klageren (bilag 3) fremgår det blandt andet:

"**Bekræftelse på overflytning**
Du er overflyttet som fuldtidsforsikret medlem af vores a-kasse med virkning fra den 01.06.05."

Af en neurokirurgisk speciallægeerklæring af 29/12 2014 fremgår det blandt andet:

"**Konklusion**
… mand [i 40'erne], som 27.08.2013 var udsat for trafikuheld. Påkørt bagfra. Anvendte sikkerhedssele. Mærkede straks efter uheldet smerter i nakken, som tiltog i de følgende timer. Var sygemeldt en uges tid. Genoptog herefter arbejdet i fuldt omfang, men har siden haft enkelte syge-

perioder. Er fortsat genert af smerter i nakken. Der kan være enkelte perioder med meget få gener, men der kan også være uger varende nakkesmerter. Der har ikke været nogen særlig effekt af fysiurgisk behandling eller kiropraktorbehandling.

Der er således klar sammenhæng mellem skadelidtes gener og beskrevne ulykkestilfælde. Generne er imidlertid beskedne og varierende i intensitet. Skadelidte har ikke lidt noget erhvervsevnetab. Tilstanden skønnes at være stationær og varig."

Klagerens fagforening har i mail af 16/5 2018 til selskabet blandt andet oplyst:

"Medlemmet har haft kontaktet os tilbage i 2014, men det har været vedrørende noget andet end den kollektive heltidsulykkesforsikring, kan jeg se ud fra notatet.

Dengang medlemmet blev medlem hos os, har medlemmet modtaget et **bekræftelsesbrev** på medlemskabet. I det brev står der også, at vedkommende har en kollektiv heltidsulykkesforsikring, som en del af … medlemskab. Sammen med brevet, har medlemmet modtaget de **gældende forsikringsbetingelser** på indmeldelsestidspunktet.

Når der er sket ændringer til forsikringen, er det løbende meddelt vores medlemmer via **Medlemsnyt.**"

Af brev af 13/8 2018 til klageren fra hans fagforening fremgår det blandt andet:

"Heltidsulykkesforsikringen var og er – som allerede beskrevet – et obligatorisk og integreret del af dit … medlemskab af i [fagforening] – …, som du blev medlem af 1. juni 2005.

I 2006 stiftede [fagforening] en helt ny fagforening, Fagforeningen …, hvorfor det derefter indirekte var muligt – for kun 70,- kr./måned i kontingent, altså væsentligt billigere – at undgå at være omfattet af en kollektiv heltidsulykkesforsikring. Dette ved i stedet at blive medlem af denne fagforening.

Du blev informeret direkte om denne da nye mulighed i Medlemsnyt nr. 1 i februar måned 2006. Uddrag heraf vedlægges.

Under dit medlemskab blev du gentagne gange generelt set via vores medlemsblad, Medlemsnyt, informeret om heltidsulykkesforsikringen, herunder alle væsentlige ændringer.'
…
Jeg vedlægger også som eksempel Medlemsnyt nr. 4 fra december 2013, hvor det fremgik på tilsvarende vis.

Vedlagt følger tillige kopi af yderligere uddrag af Medlemsnyt nr. 4 fra december 2017, med tilsvarende oversigt, som oplysningen 'så tjek din kontingentopkrævning' skal ses i sammenhæng med.

Allerede i 2009 informerede vi dig igen endnu tydeligere i Medlemsnyt nr. 3 fra september 2009 (vedlagt), om heltidsulykkesforsikringen. Således fremgik det af forsiden: 'Din heltidsulykkesforsikring – et økonomisk plaster på såret.' og i artikel med underoverskriften:

> 'Er du medlem af [fagforening] eller …, så betaler du 99 kr. i kontingent om måneden. I kontingentet er inkluderet en heltidsulykkesforsikring.'

Vi informerede dig tilmed endnu tydeligere i medlemsnyt nr. 2, maj 2013 – ***forholdsvis kort før ulykken*** – om heltidsulykkesforsikringen. Det fremgik heraf bl.a.:

> **'Hvis du betaler 99 kr. om måneden til fagforeningen, er du omfattet af forsikringen.'**

Det fremgik også: 'Forsikringen er tegnet via Lloyds'.

Du har således gentagne gange **skriftligt via Medlemsnyt** modtaget information om den kollektive heltidsulykkesforsikring, herunder også, at **hvis** du betalte 99,- kr./måned var du omfattet af ordningen, ligesom du oprindeligt skriftligt ved individuelt brev blev korrekt informeret.

Du henviser til Bekendtgørelse om information fra forsikringsselskabet til forsikringstager ved indgåelse af en livsforsikringsaftale, nr. 609 af 14. juli 1995. Denne er ophævet ved bekendtgørelse nr. 1132 af 17. november 2006. Som anført i overskriften samt i betænkningen og lovteksten vedrørte den i øvrigt kun 'gruppe***livsforsikringer***' og altså dermed ikke ulykkesforsikringer, herunder kollektive ulykkesforsikringer.

Som allerede tidligere oplyst, herunder i mail af 16. maj 2018 (vedlagt) til forsikringsselskabet, kan vi ikke genkende, at vi angiveligt i 2014 mundtligt skulle have misinformeret dig omkring heltidsulykkesforsikringen. A-kassen kontaktede dig i 2014 telefonisk omkring efterlønsforhold, hvilket efterfølgende blev bekræftet pr. mail til dig.

Adgangen til, via [fagforenings selvbetjeningshjemmeside] at se oplysninger omkring heltidsulykkesforsikringen, har i øvrigt – i hvert fald – været tilgængelig siden efteråret 2015 og således ganske længe.

På baggrund af ovennævnte afvises et hvert krav overfor os, da du har fået fyldestgørende information om dine medlemsfordele, herunder heltidsulykkesforsikringen. For god ordens skyld kan jeg oplyse, at der ikke er nogen klagemuligheder i forhold til [fagforening]. I givet fald eksisterer alene muligheden for civilt søgsmål."

Nævnet er forelagt kopier af fagforeningens "Medlemsnyt" for februar 2006, december 2012, december 2013, december 2017, september 2009 og maj 2013.

I forsikringsbetingelserne (nr. 01-01.2012) hedder det blandt andet:

> "**11. Erstatning ved invaliditet**
> Såfremt et ulykkestilfældet har medført en invaliditetsgrad på mindst 10% har forsikrede ret til invaliditetserstatning, der fastsættes, så snart ulykkestilfældets endelige følger kan bestemmes dog senest 3 år efter ulykkestilfældets indtræden."

Ankenævnet *for* Forsikring

14. 93242

Nævnet udtaler:

Klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist at yde dækning for et anmeldt ulykkestilfælde, der indtrådte den 27/8 2013. Han har anført, at forældelsesfristen først er begyndt at løbe fra den 5/2 2016, hvor det i en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring blev vurderet, at hans méngrad efter ulykken var 10 %. Han har også anført, at han ikke har været bekendt med, at han som led i sit fagforeningsmedlemsskab var omfattet af en kollektiv ulykkesforsikring før i 2018, og at han i 2014 var blevet telefonisk oplyst af fagforeningen, at han ikke var omfattet af en ulykkesforsikring. Han har med henvisning hertil anført, at han har været i uforskyldt uvidenhed om forsikringen.

Selskabet har anført, at forældelsesfristen for klagerens krav udløb den 29/12 2017, hvorfor kravet på dækning for det anmeldte ulykkestilfælde var forældet forud anmeldelsen til selskabet den 1/5 2018. Selskabet har henvist til, at klageren senest ved udfærdigelsen af en speciallægeerklæring af 29/12 2014 var bekendt med en eventuel fordring. Selskabet har endvidere anført, at klageren ved indmeldelsen i fagforeningen i 2005 har fået meddelelser om, at han var omfattet af en ulykkesforsikring, og at dette også har fremgået af de nyhedsbreve, som løbende er blevet sendt til ham.

Forældelsesfristen

Nævnet finder, at klageren i hvert fald på tidspunktet for speciallægeerklæringen af 29/12 2014 var bekendt med, at han kunne have et muligt krav mod sin ulykkesforsikring på grund af generne efter ulykken. Nævnet har lagt vægt på, at klageren ved undersøgelsen havde oplyst, at han straks efter ulykken havde smerter i nakken, og at han fortsat var generet af dette.

Nævnet bemærker, at krav i henhold til forsikringsaftalen er underlagt en 3-årig forældelse, jf. forsikringsaftalelovens § 29 og forældelseslovens § 3, stk. 1. 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.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at klagerens krav som udgangspunkt er forældet i hvert fald ved udløbet af den 29/12 2017.

Rådgivning og kendskab til forsikringen

Spørgsmålet er herefter, om forældelsesfristen har været suspenderet som følge af forældelseslovens § 3, stk. 2, hvoraf det følger, at "Var fordringshaveren ubekendt med fordringen eller skyldneren, regnes forældelsesfristen i stk. 1 først fra den dag, da fordringshaveren fik eller burde have fået kendskab hertil".

Det fremgår af et brev af 6/4 2005 til klageren, at fagforeningen byder ham velkommen i fagforeningen og blandt andet angiver, at "Du er omfattet af både heltidsulykkesforsikring og dødsfaldsydelse fra det tidspunkt, du er overflyttet". I brev af 9/6 2005 bekræfter fagforeningen, at klageren er blevet overflyttet, og at "Du er overflyttet som fuldtidsforsikret medlem af vores a-kasse med virkning fra den 01.06.2005". Klageren har oplyst til nævnet, at han har modtaget de 2 breve og fortsat er i besiddelse af disse. Klageren har oplyst, at brevet af 6/4 2005 var et tilbud på overflytning, og at han må have besvaret et vedlagt skema, der skulle udfyldes til foreningen.

Selskabet har fremlagt eksempler på nyhedsbreve, der løbende er blevet sendt til klageren, hvoraf det fremgår, at klagerens type fagforeningsmedlemsskab inkluderede en ulykkesforsikring.

Klageren har anført, at han ved en forespørgsel til fagforeningen i 2014 fik oplyst, at han ikke var omfattet af en ulykkesforsikring. Selskabet har bestridt denne oplysning, idet fagforeningen har oplyst, at en samtale med klageren i 2014 vedrørte andre forhold end forsikring. Nævnet

kan efter en gennemgang af sagen ikke lægge til grund, at fagforeningen i 2014 har oplyst til klageren, at han ikke var omfattet af en forsikring.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at klageren ikke kan anses for at have været i utilregnelig uvidenhed om forsikringens eksistens, hvorfor der ikke er indtrådt suspension af forældelsesfristen. Nævnet har i denne forbindelse lagt vægt på indholdet af brevene, som klageren modtog fra fagforeningen i forbindelse med overflytningen i 2005, og at der løbende er givet oplysninger om de forskellige medlemstyper i de udsendte medlemsbreve.

Det klageren har anført om god skik-reglerne kan ikke føre til andet resultat, da det efter forældelsesloven § 3, er afgørende, om klageren havde eller burde have haft kendskab til sit krav mod selskabet. En eventuel overtrædelse af god skik-reglerne kan påtales af Finanstilsynet.

Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har anset klagerens krav på forsikringsdækning som forældet forud for anmeldelsen til selskabet den 1/5 2018, jf. forældelseslovens § 3, stk. 1.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Jens Kruse Mikkelsen
formand