Ankenævnet *for* Forsikring

Den 6. november 2019 blev i sag nr. 93703:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 30/4 2019 til nævnet samt i vedlagte bilag har klagerens advokat bl.a. anført:

"**Kort redegørelse for sagen**
Se vedhæftede klage

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Dækning i forbindelse med tilskadekomst 24. oktober 2013
…
Sagsfremstilling:
Min kunde har hos selskabet tegnet en ulykkesforsikring, som indeholder en ret til forsikringsdækning ved et mén på minimum 25 %.

Selskabet har, på trods af at min kunde telefonisk anmeldte sin skade til selskabet, vurderet, at anmeldelsen ikke var sket rettidigt. Selskabet har anført, at en skade først er anmeldt, når selskabet har modtaget den udfyldte skadesanmeldelse.

På denne baggrund meddelte selskabet, at min kundes krav var forældet, hvorfor de ikke ville tilbyde dækning af min kundes skade.

Sagens nærmere omstændigheder er, at min kunde den 24. oktober 2013 under sit arbejde som […] faldt 6-7 meter ned fra et tag. Min kunde kontaktede i januar 2014 selskabet telefonisk for at anmelde skaden og var af den overbevisning, at den telefoniske anmeldelse var tilstrækkeligt. Den 28. januar 2014 fremsendte selskabet en skadesanmeldelsesblanket til min kunde. Min kunde udfyldte denne og sendte den ind, men den blev tilsyneladende aldrig modtaget af selskabet.

Det er min opfattelse, at min kunde er berettiget til dækning under forsikringen, idet der er sket en rettidig mundtlig anmeldelse af skaden, og at kravet ikke er forældet.

Akter fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring:
Af afgørelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring af 16. oktober 2015 (bilag 2) fremgår det, at ulykken den 24. oktober 2013 blev anerkendt som en arbejdsskade, og at min kunde var berettiget til godtgørelse for et varigt mén på 15 %.

Af afgørelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring af 26. november 2018 (bilag 3) fremgår det, at min kunde var berettiget til godtgørelse for et varigt mén på 40 %.

Korrespondance med AP Pension:
Af brev fra AP Pension af den 28. januar 2014 (bilag 4) fremgår det, at selskabet havde haft en kontakt med min kunde omkring anmeldelsen af min kundes skade.

Af brev fra AP Pension af den 20. juli 2017 (bilag 5) fremgår det, at selskabet havde oplyst i telefonen til min kunde, at de aldrig havde modtaget min kundes anmeldelse og dermed havde afsluttet sagen i maj 2015.

Af brev til AP Pension af den 20. juli 2017 (bilag 6) fremgår det, at min kunde tydeligt var af den overbevisning, at den anmeldelse han havde foretaget tilbage i 2014 havde været tilstrækkelig.

Af brev fra AP Pension af den 21. juli 2017 (bilag 7) fremgår det, at selskabet var af den opfattelse, at siden selskabet ikke havde modtaget min kundes udfyldte skadesanmeldelse, var han ikke interesseret i at anmelde skaden. Det fremgår yderligere, at selskabet anså min kundes krav som værende forældet.

Af brev til AP Pension af den 10. januar 2019 (bilag 8) fremgår det, at det er min opfattelse, at min kundes krav var blevet rettidigt anmeldt.

Af brev fra AP Pension af den 19. februar 2019 (bilag 1) fremgår det, at selskabet fastholdte sin afvisning af min kundes skade på grund af forældelse. Det fremgår yderligere, at selskabet, på trods af telefonisk kontakt i 2014, ikke anså skaden for anmeldt tilbage i 2014.

Anbringender:
Det gøres gældende, at min kunde er berettiget til dækning under forsikringen hos AP Pension, idet der er sket rettidig mundtlig anmeldelse af skaden, og at min kundes krav ikke er forældet.

Dette synspunkt kan understøttes af forsikringsaftalelovens § 21, stk. 1, hvorefter det påhviler skadelidte at anmelde forsikringsbegivenheden, når den er indtrådt, og denne anmeldelse skal ske uden ugrundet ophold. I betænkningen til forsikringsaftaleloven gøres det yderligere klart, at der ikke er nogen formkrav til anmeldelsen, hvorfor anmeldelse kan ske såvel mundtligt som skriftligt. Det eneste punkt, hvorpå en telefonisk anmeldelse kan forvolde problemer er i forhold til det bevismæssige. Men i denne situation, er det ikke bestridt af selskabet, at min kunde kontaktede selskabet telefonisk med henblik på at anmelde skaden i januar 2014.

Det gøres ligeledes gældende, at en telefonisk anmodning til forsikringsselskaber om at få tilsendt en skadesanmeldelsesblanket anses som en anmeldelse af forsikringsbegivenheden, jf. AK 24.022

(1989). Her fandt nævnet, at forsikringstagerens telefoniske henvendelse måtte ligestilles med en egentlig skadesanmeldelse.

Dette fremgår endvidere også af AK 22.151 (1988), hvor forsikringstager telefonisk anmeldte ulykken til forsikringsselskabets assurandør den 25. juli. Selskabet sendte herefter en skadesanmeldelsesblanket til forsikringstageren, som returnerede den 11. september. Det antoges, at anmeldelsen var sket ved den telefoniske henvendelse den 25. juli.

Forsikringsaftalelovens § 21, stk. 1, eksemplificeres også af Ankenævnet for Forsikrings kendelse nr. 75490 (2009), hvor nævnets flertal lagde til grund, at klager telefonisk anmeldte sin tilskadekomst til PFA Pension, hvorfor en telefonisk anmeldelse anerkendes af nævnet.

I øvrigt har forsikringsselskaber pligt til at varetage klagers interesser, jf. princippet om loyal samarbejdspligt i kontraktforhold. Dette udtrykkes blandt andet i ankenævnskendelse nr. 88651 af 1. juni 2016.

På baggrund af det ovenstående er det min opfattelse, at forsikringstager/min kunde […] rettidigt telefonisk anmeldte skaden over for AP Pension samt udfyldte og returnerede skadesanmeldelsen, dermed har min kunde korrekt kunnet henholde sig til den overbevisning, at skaden var korrekt anmeldt pr. januar 2014.

Endvidere skal det tages i betragtning, at det først er ved Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse af 26. november 2018, at det varige mén blev fastsat i et sådant omfang, at der var grundlag for udbetaling under forsikringen. Derfor er det min opfattelse, at min kunde er berettiget til dækning under forsikringen, idet der er sket rettidig mundtlig anmeldelse af skaden, og at kravet ikke er forældet."

Selskabet har i brev af 16/5 2019 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"**Selskabets synspunkt**
AP Pension fastholder, at selskabet er berettiget til at afslå udbetaling i anledning af ulykkestilfælde, der indtrådte den 24. oktober 2013 og følger heraf, idet forældelsesfristen for klagers krav er indtrådt d. 24. oktober 2016, og idet klager ikke før i juli 2017 anmelder et krav i anledning af ulykken.
…
Sagsforløb
Klager har ved skadesanmeldelse af 26. juli 2017 (Klagers Bilag 8) ansøgt om udbetaling fra forsikringen, idet han anfører, at han den 24. oktober 2013 har været udsat for et ulykkestilfælde, da han under udførelse af sit arbejde - på et […] - faldt ned gennem en lysplade og ca. 7,5 meter ned. Han pådrog sig herved skade på fod, hofte, ryg, arme, ænder, hals, skulder, næse, øre, kæber, tænder, øje, m.v. Han blev umiddelbart herefter bragt til […] Sygehus, hvor han modtog behandling.

Klager kontaktede i januar 2014 AP Skade telefonisk og bad om at få tilsendt en skadeanmeldelsesblanket. Der foreligger ikke nærmere dokumentation af samtalens indhold, og ingen oplysninger om, at klager ved telefonsamtalen har oplyst om sin tilskadekomst. Selskabet sendte ved brev

af 28. januar 2014 denne blanket til klager, idet der fremgik følgende af dette brev (Klagers Bilag 4):

> 'Vi sender dig hermed den ønskede skadeanmeldelsesblanket.
> For at vi kan behandle din anmeldelse så hurtigt og korrekt som muligt, er det vigtigt, at vi fra starten har alle oplysninger. Derfor beder vi dig omhyggeligt besvare alle spørgsmålene på blanketten.
>
> Når vi har modtaget anmeldelsen, behandler vi din sag, og du får et brev, der fortæller, hvad der videre skal ske.'

Ovenstående afspejler ikke, at selskabet under samtalen i januar 2014 skulle være blevet gjort bekendt med klagers ulykke og de skader, han havde pådraget sig herved.

AP Pension modtog ikke efterfølgende en skadesanmeldelse fra klager, og vi lukkede derfor ekspeditionen i vores systemer. Det er sædvanligt, at vi i forbindelse med, at vi sender en skadesanmeldelse, som i denne sag, åbner en ekspedition i vores it-systemer. Hvis vi ikke modtager en anmeldelse i de efterfølgende måneder, bliver ekspeditionen lukket uden, at vi foretager os yderligere.

Den 20. juli 2017 modtog vi en mail fra klager, som spørger til skadeanmeldelsen. Han beder os sende en ny anmeldelsesblanket, da vi ikke har modtaget en anmeldelse tidligere. AP Pension sender i denne forbindelse klager en skadesanmeldelse igen, og klager har herefter udfyldt anmeldelsesblanketten og indsendt den 26. juli 2017, hvor den er modtaget i AP Pension.

Vi har behandlet sagen samme dag, og har ved brev af 26. juli 2017 (Bilag B) meddelt klager, at kravet i anledning af skade den 24. oktober 2013 er forældet, da vi først har modtaget klagers anmeldelse af skaden den 26. juli 2017, hvorfor vi ikke kunne anerkende skaden. Det fremgår således 'Ud fra sagens oplysninger, har vi vurderet at dit krav om erstatning er forældet den 24. oktober 2016, da du tre år før dette tidspunkt var viden[de] om, at du har været udsat for et uheld med gener.'

Klager har fremsendt afgørelser fra AES af hhv. d. 16. oktober 2015 (Klagers Bilag 2) og 26. november 2018 (Klagers Bilag 3). Det fremgår af Klagers Bilag 2: 'I anmeldelsen [til AES] står, at du den 24. oktober 2013 under dit arbejde som […] faldt 6-7 meter ned fra et tag. Det fremgår af anmeldelsen, at du var i færd med at […]. Du kom til at træde på en PVC-ovenlys plade som brød sammen, hvorved du faldt 6-7 meter ned i bygningen. Det fremgår af de lægelige oplysninger, at du har pådraget dig brud og ledskred på højre håndled, ansigtslæsioner, fået slået tænder ud, smerter i venstre skulder, ribbensbrud, brud på kæben, smerter i venstre knæ og brud på venstre ankel.'

Det fremgår endvidere af Klagers Bilag 3, at klager straks efter ulykken blev indlagt på skadestuen som traumepatient på spineboard med stiv halskrave, 'hvor der ved CT-skanning blev påvist brud på kæben, brud på venstre øjenhule samt brud på næsen. Ligeledes blev der påvist 5 udislocerede ribbensbrud i venstre side, svarende til 4. til 8. ribben.'

Det fremgår videre, at klager på skadestuen 'blev set med en GCS på cirka 13, hvilket efter vores lægefaglige vurdering betyder, at du har haft et reduceret bevidsthedsniveau. 'GSC' dækker over

Glasgow Corna Scale, også kaldet Glasgow Corna Score eller blot Ges, og bruges af læger, sygeplejersker og ambulancepersonale til at bedømme en persons bevidsthedstilstand. En score på 13 svarer til moderat hovedskade.

Klager har oplyst, at han også er ulykkesforsikret i [andet selskab] og [tredje selskab]. AP Pension har fået oplyst, at Skaden er anmeldt til [andet selskab] i november 2013.

Af listen over kilder i Klagers Bilag 2 og 3 kan udledes, at klager kontinuerligt siden ulykkestilfældet har været i behandlingsforløb, der er relateret til de skader, som klager har pådraget sig ved ulykken i 2013. Kildematerialet består bl.a. af hospitalsjournaler, speciallægeerklæringer (neurologiske, psykiatriske, ortopædkirurgiske og kæbekirurgiske), tandlægejournaler, oplysninger fra forsikringsselskaber, hvor skaden er anmeldt m.v. Kildematerialet spænder over perioden fra november 2013 og frem.

Klager har antaget en advokat, som ved brev modtaget den 11. januar 2019 i selskabet (Bilag C), hvor klager bestrider, at der er indtrådt forældelse. På denne baggrund har AP Pensions skadeafdeling behandlet sagen på ny, og ved brev af 19. februar 2019 (Bilag D) fastholdt afslag med henvisning til forældelse.

Klagers påstande adresserer følgende problemstillinger:
1. Hvornår skal forældelse regnes fra?
2. Anmeldelse - bevisbyrde mv.

Ad. 1. Beregning af forældelsesfristen
Krav i anledningen af en forsikringsaftale forældes i henhold til forsikringsaftalelovens § 29, stk.1 efter reglerne i forældelsesloven, jf. dog bestemmelsens stk. 2-6. Udgangspunktet er dermed den subjektive 3-årige hhv. den 30-årige objektive forældelsesfrist i henhold til forældelseslovens § 3, stk. 1. Begyndelsestidspunktet tager udgangspunkt i forældelseslovens § 2, stk. 1. Herefter beregnes forældelsesfristen 'fra det tidligste tidspunkt, til hvilket fordringshaveren kunne kræve at få fordringen opfyldt, med mindre andet følger af andre bestemmelser.'

Forældelsesfristen har således forfaldstidspunktet som begyndelsestidspunkt. Anmeldelse af forsikringsbegivenheden til selskabet er imidlertid uden betydning for forældelsesfristens begyndelsestidspunkt, og udeladelse af at anmelde forsikringsbegivenheden kan dermed ikke medføre en udskydelse af det tidspunkt, hvorfra forældelsesfristens begyndelse skal regnes.

Begyndelsestidspunktet for den 30-årige objektive forældelsesfrist, som er gældende for ulykkesforsikringer er den skadevoldende handlings ophør. Det vil i denne sag sige, at den objektive frist løber fra 24. oktober 2013.

Begyndelsestidspunktet for den 3-årige forældelsesfrist kan i visse tilfælde suspenderes, hvis fordringshaveren var ubekendt med fordringen eller skyldneren. I dette tilfælde regnes den 3-årige forældelse først fra den dag, da fordringshaveren fik eller burde have fået kendskab hertil. Det er den sikredes ukendskab til de faktiske forhold, der kan medføre suspension af forældelsesfristens begyndelsestidspunkt, f.eks. til at forsikringsbegivenheden er indtrådt eller forsikringens eksistens. Der henvises vedrørende ovenstående til Dansk Forsikringsret, 9. udgave af Henning Jønsson mfl. S. 549f.

Ved fastlæggelse af forældelsesfristens begyndelsestidspunkt anvendes der i retspraksis såvel som ankenævns praksis et påregnelighedskriterium. Forældelsesfristen løber således fra skadestidspunktet, hvis det straks herved står klart, at skaden er så alvorlig, at den må forventes at få varige følger i form af f.eks. erhvervsevnetab eller varige men. Det tillægges derimod ikke betydning for forældelsesfristens begyndelse, hvornår méngraden mere præcist er opgjort. Der henvises i denne forbindelse nærmere til Bo von Eybens Forældelse efter forældelsesloven af 2007, 1. udgave, s. 283-299. Den her refererede praksis viser, at forældelsen løber fra tilskadekomsttidspunktet, når skaden må påregnes at få betydelige medicinske følger af varig karakter, men uden hensyn til, om man kan forudse følgernes karakter, omfang og konsekvenser.

I denne konkrete sag, står det klart, at klager ved ulykken den 24. oktober 2013 kom ganske betydeligt til skade. Der har siden tilskadekomsten været et fortløbende forløb med lægelig behandling og udredning, og det synes klart, at det allerede fra tilskadekomsten har stået klart, at klager har pådraget sig skader, der ville få varige konsekvenser i form af men. Dette støttes af, at klager allerede i 2013 har indbragt skaden for AES samt til et af de øvrige forsikringsselskaber, hvor han havde en ulykkesforsikring.

AP Pension finder på denne baggrund, at den treårige forældelse i denne sag, skal regnes fra tilskadekomsttidspunktet d. 24. oktober 2013, idet skaden på dette tidspunkt har vist sig på en sådan måde, at klager må have været klar over, at der var tale om en tilskadekomst af den karakter, der kunne give varigt men og dermed medføre et krav på forsikringsdækning.

AP Pension finder støtte for fastlæggelsen af forældelsesfristens begyndelsestidspunkt i praksis fra bl.a. Ankenævnet for Forsikring, se f.eks. AKF 86443, AKF 89.153, AKF 92.389 og AKF 92.516.

Ad. 2. Anmeldelse
Klagers advokat finder, at der med klagers telefonopringning tit AP Pension i juli 2014, hvor han beder om at få tilsendt en anmeldelsesblanket, skulle være tale om en anmeldelse af et ulykkestilfælde, hvorved han har afbrudt forældelsen. AP Pension deler ikke denne opfattelse, og finder heller ikke at klager kan være bibragt denne opfattelse.

Der fremgår følgende af FAL § 21, stk. 1: Er forsikringsbegivenheden indtrådt, skal den sikrede uden ophold give selskabet meddelelse derom, hvis han i den anledning vil rejse krav mod dette. Der er således ikke et lovfastsat formkrav til anmeldelse. Således fremgår følgende af 'Dansk Forsikringsret' 9, udgave ved Henning Jønsson mfl. S. 436: 'Hvis ikke andet er bestemt i vilkårene, kan anmeldelse ske såvel mundtligt som skriftligt'.

Det fremgår videre på s. 437: 'Det er den sikrede, der har bevisbyrden for, at der er sket anmeldelse til selskabet om forsikringsbegivenheden, at anmeldelse er sket på et bestemt tidspunkt, og at anmeldelsen opfylder de krav, selskabet kan stille til den. Af bevismæssige grunde kan det derfor være hensigtsmæssigt, at forsikringstageren foretager en skriftlig anmeldelse til selskabet.'

Hertil kommer, at 'Anmeldelse skal ske uden ophold.'

Der er i forsikringsbetingelserne aftalt formkrav for anmeldelse, idet der fremgår følgende af forsikringsbetingelsernes § 6: 'Enhver skade skal straks anmeldes til AP Skade. Der skal indsendes en skadeanmeldelse, som udleveres af AP Skade, og som skal indeholde så udførlige oplysninger som muligt.'

Der er således i den kontrakt, der består mellem parterne en skriftlighedskrav ved anmeldelse af ulykkestilfælde, samt at anmelder skal anvende anmeldelsesblanketten - dette for at sikre, at selskabet får de oplysninger, som typisk er nødvendige for at kunne bedømme en anmeldelse. AP Pension skal dermed bestride klagers påstand om, at der ikke er noget formkrav til anmeldelse af en forsikringsbegivenhed. Det er korrekt, at der ikke i lovgivningen er et generelt skriftlighedskrav til anmeldelser. Der er imidlertid her konkret et aftalt formkrav, som følger af den kontrakt, der er gældende inter partes.

Det er ikke usædvanligt, at kunder ringer ind og beder om at få tilsendt skadesblanket og f.eks. forsikringsbetingelser, men hvor selskabet aldrig modtager en anmeldelse af en forsikringsbegivenhed. Der kan være mange årsager hertil - en væsentlig grund kan være, at den pågældende har vurderet, at der faktisk ikke er grundlag for anmeldelse. Det er endvidere ikke muligt at starte en sagsbehandling op på baggrund af en telefonisk henvendelse, da selskabet ikke har det fornødne samtykke til at oplyse sagen. Det er en forudsætning for, at selskabet kan klarlægge, om der er et krav, at der kan indhentes dokumentation til vurderingen heraf, idet det netop er forsikringstager der har bevisbyrden for, at der er indtrådt en forsikringsbegivenhed.

Som det fremgår af Klagers Bilag 8, er samtykket til behandling af helbredsoplysninger en del af anmeldelsen, da det netop altid er en forudsætning for, at vi kan behandle en anmeldelse, at vi også har samtykke til at behandle helbredsdata, jf. GDPR art 9 (og tilsvarende den tidligere persondatalovs§ 7).

Det forhold, at Klager i januar 2014 telefonisk rekvirerer en blanket til brug for anmeldelse af en ulykke, kan efter vores opfattelse ikke anses for en skadesanmeldelse efter forsikringsbetingelsernes § 6.

For at der kan være tale om en anmeldelse, må der efter vores opfattelse være tale om en henvendelse, som er så kvalificeret, at den gør selskabet i stand til - i det mindste på et indledende plan - at vurdere kravets berettigelse. Heri ligger også et krav om, at henvendelsen i sin karakter er så konkret, at den er egnet til at blive opfattet og behandlet som en anmeldelse af selskabet.

En telefonisk henvendelse om fremsendelse af en skadesanmeldelsesblanket er aldrig tilstrækkelig til, at vi kan vurdere berettigelsen af et krav på udbetaling af en ulykkesdækning, som normalt forudsætter konkret sagsbehandling og indhentelse af lægelige oplysninger.

Dertil kommer, at vi ikke kan være sikre på, at fremsendelse af en skadesanmeldelsesblanket til en kunde reelt medfører en efterfølgende skadesanmeldelse.

I Klagers tilfælde har vi ingen oplysninger som indikerer, at henvendelsen i januar 2014 skulle være andet end en sædvanlig henvendelse om fremsendelse af en skadesanmeldelsesblanket, jf. Klagers Bilag 4.

Endelig skal vi gøre opmærksom på, at vi af hensyn til de regnskabsmæssige hensættelser til skadesudbetalinger har en legitim interesse i at anvende de i dansk ret gældende regler om forældelse til brug for de lovpligtige beregninger af skadesregnskab, solvenskrav og risikoregnskab.

'Anmeldelse af forsikringsbegivenheden' er en betydningsfuld begivenhed i et skadeforløb. Det er den handling fra forsikredes side, som sætter selskabet i stand til at foretage en sagsbehandling. Anmeldelsen af forsikringsbegivenheden betyder bl.a.:

- Den forældelse, som lovgivningen hjemler, sættes på pause, når anmeldelse af forsikringsbegivenheden er sket. Mens sagsbehandlingen foregår, kan der ikke indtræde forældelse af forsikredes krav, jf. FAL § 29, stk. 5. Selskabet kan således ikke ved at trække sagen i langdrag påvirke forsikredes krav, når forsikringsbegivenheden er anmeldt.
- Selskabet overtager i henhold til fast forsikringspraksis den pligt, som ellers påhviler forsikrede til at sagsbehandle for at fremskaffe sådanne oplysninger om forsikredes helbreds- og arbejdsmæssige forhold, som kan give selskabets medarbejdere og lægekonsulenter mulighed for at skønne over skadens omfang og give selskabets aktuarer mulighed for at skønne over størrelse af de nødvendige hensættelser for at opfylde lovgivningens og Finanstilsynets krav i denne henseende.
- Under sagsbehandlingen kan selskabet løbende indhente helbredsoplysninger og oplysninger om erhvervs- og indtjeningsevne mv. Selskabet kan ud fra disse vigtige oplysninger tilkende forsikrede midlertidig og/eller varig invalidepension, hvis de medicinske og økonomiske betingelser for udbetaling af invalidepension er opfyldt.
- For at selskabet skal kunne overtage den pligt, som ellers påhviler forsikrede til at sagsbehandle for at belyse sagens relevante problemstillinger, er det helt nødvendigt, at forsikrede som led i anmeldelsen af forsikringsbegivenheden giver selskabet alle ham tilgængelige oplysninger om forhold, som kan være af betydning for bedømmelsen af forsikringsbegivenheden og for fastsættelse af de beløb, som selskabet skal yde, jf. FAL § 22, og samtykker i, at AP Pension kan indhente fornødne yderligere oplysninger.

AP Pension har gjort det overskueligt at opfylde disse forudsætninger for sagsbehandling gennem udfyldelse af det fremsendte skema til anmeldelse af skaden. Det kan ikke antages, at forsikrede ved en enkelt telefonopringning i januar 2014, hvor han beder om at få tilsendt et anmeldelsesskema, sætter forældelsesloven ud af spillet, således at han 4 år senere kan fordre en forsikringssum udbetalt.

<u>Anmeldelse af forsikringsbegivenheden i 2017</u>
Ved modtagelsen af forsikredes anmeldelse af forsikringsbegivenheden i juli 2017 blev AP Pension sat i stand til at iværksætte en sagsbehandling.

Under sagsbehandlingen indtræder der ikke forældelse af krav, som ved anmeldelsen ikke allerede var forældet. Det betyder, at krav, som var forældet ved anmeldelsen af kravet (dvs. krav, som kunne være krævet betalt før 24. oktober 2016), fortsat er forældet.

AP Pension bestrider, at klager på baggrund af sin opringning til AP Pension i januar 2014 skulle have en berettiget forventning om, at han med opringningen havde foretaget anmeldelse af et ulykkestilfælde.

Det fremgår af det følgebrev (Klagers bilag 4), som er med i vores forsendelse af anmeldelsesblanketten, at vi beder om at han giver så mange oplysninger som muligt i anmeldelsen for at vi kan behandle den. Det fremgår videre, 'Når vi har modtaget anmeldelsen, behandler vi din sag, og du får et brev, der fortæller, hvad der videre skal ske'.

Herved er klager gjort opmærksom på, at vi først anser anmeldelse som sket, når vi har modtaget anmeldelsesblanketten udfyldt, og at vi i den forbindelse vil orientere ham om det videre forløb. På denne baggrund kan klager ikke have en berettiget forventning om, at den telefoniske henvendelse udgør en anmeldelse.

Klager har endvidere aldrig fået et brev fra AP Pension, der bekræfter modtagelse af anmeldelse og informerer om det videre forløb. Tilsvarende har klager ikke fremlagt dokumentation for, at han skulle have indsendt skadesanmeldelse før juli 2017 - hverken i form af kopi af den anmeldelse han anfører at have indsendt i 2014 eller dokumentation for forsendelse af denne. AP Pension har ikke modtaget en anmeldelse fra Klager forud for den anmeldelse, der er modtaget den 26. juli 2017 (Klagers bilag 8), og som blev sagsbehandlet samme dag.

Klager har ikke før ca. 3½ år efter at AP Pension sendte ham anmeldelsesblanketten henvendt sig til AP Pension. AP Pension finder, at klager har udvist væsentlig passivitet, særligt under hensyn til, at han var orienteret om proceduren efter modtagelse af en skriftlig anmeldelse, herunder at AP Pension ved modtagelse af udfyldt anmeldelsesblanket ville skrive og orientere om det videre forløb. Da vi aldrig har modtaget sådan anmeldelse, har klager heller ikke hørt fra AP Pension, og dette burde klager have reageret på indenfor rimelig tid, hvis han var af den opfattelse, at han skulle have anmeldt et krav og således måtte have en forventning om at høre fra AP Pension.

AKF 75.490
Klager fremhæver blandt andet afgørelsen fra Ankenævnet i AKF 75.490, hvor Ankenævnet fandt, at der ved en telefonisk henvendelse til selskabet med rekvirering af anmeldelsesskema var foretaget anmeldelse af en ulykke.

AP Pension skal imidlertid gøre opmærksom på, at denne sag adskiller sig på væsentlige punkter fra den aktuelle sag.

- For det første fremgår der intet i kendelse om, at der i aftaleforholdet mellem selskab og klager var aftalt formkrav.
- For det andet fremgik det af selskabets brev til klager med fremsendelse af skadesanmeldelser, at klager havde oplyst, at hun havde været ude for en ulykke. Denne erkendelse af, at der er indtrådt en ulykke ses ikke at have været til stede i den aktuelle sag.
- For det tredje var der i kendelsen tale om en cut-off-regel, der forkortede den almindelige forældelse væsentligt. Der var en anmeldelsesfrist i relation til forsikringens bortfald, som gjorde, at anmeldelse skulle ske senest 1. april 2017 for en skade, der indtraf i 2006, og hvor anmeldelse skete i juli 2017. Ved rekvirering af anmeldelsesblanketten i december 2006 havde selskabet ikke henledt klagerens opmærksomhed på den særlige cut-off-regel. I denne aktuelle sag er der ikke tale om en særligt cut-off-regel men derimod den almindelige forældelsesregel, som er en del af almindelig dansk ret.

På ovenstående grundlag adskiller denne afgørelse sig dermed på væsentlige punkter fra den aktuelle sag.

AKF 88.651
Klager henviser til selskabets pligt til at varetage klagers interesser i henhold til princippet om loyalt samarbejdspligt i kontraktforhold, idet der henvises til 88.651.

Sagen vedrører spørgsmålet om hvorvidt klager er blevet rådgivet korrekt omkring anmeldelse af en ny ulykke i forbindelse med selskabets behandling af en eksisterende ulykkessag.

AP Pension er enig i, at der er en rådgivningsforpligtelse hos selskabet, når selskabet bliver bekendt med forhold, som tilsiger et rådgivningsbehov. Klager har i denne sag dog ikke påvist, at selskabet før anmeldelsen af ulykke i juni 2017 skulle være i besiddelse af en sådan viden, der skulle tilsige at selskabet burde have rådgivet om særlige forhold.

Tværtimod finder AP Pension at have medvirket loyalt overfor klager. Klager har i januar 2014 henvendt sig telefonisk og bedt om at få tilsendt anmeldelsesskemaer. AP Pension har i overensstemmelse hermed sendt klager et skema og i følgebrevet oplyst om det videre forløb, når klager ved indsendelse af anmeldelsesblanketten indsender en anmeldelse. Dette har klager imidlertid først gjort d. 26. juli 2017.

Den af Klager fremhævede afgørelses ses dermed ikke at have betydning i denne sag, hvor selskabet har handlet loyalt overfor Klager.

AKF 87.526
AP Pension finder, at sagens faktum svarer til AKF 87.526, hvor forsikrede var kommet til skade i 2005, hvor han også kontaktede selskabet, som sendte ham en skadesanmeldelse, som aldrig blev modtaget retur. Der var som i den aktuelle sag ingen optegnelser, der godtgjorde, at selskabet var blevet gjort bekendt med oplysninger, der kunne bibringe selskabet en viden om, at der skulle være indtrådt en forsikringsbegivenhed.

Ligesom i denne sag var det i selskabets forsikringsbetingelser fastsat, at anmeldelse af forsikringsbegivenhed skulle ske ved indsendelse af en ansøgning på en anmeldelsesblanket, der blev udleveret af selskabet.

Som i den aktuelle sag, var der forløbet flere år, hvor forsikrede ikke havde fulgt op på de anmeldelsesblanketter, som selskabet havde sendt på baggrund af telefonisk henvendelse. I begge sager, har selskabet ikke i den mellemliggende periode modtaget oplysninger af relevans for en evt. skadebehandling.

Ved fornyet henvendelse i 2014 (dvs. efter 9 år) sendte selskabet nye anmeldelsesblanketter til forsikrede, som herefter returnerede blanketterne. I denne sag, var der tale om ansøgning om udbetaling af løbende ydelser, og det fik den konsekvens, at selskabet, afviste udbetaling af alle ydelser, der lå mere end 3 år forud for anmeldelsen i 2014 med henvisning til, at disse ydelser var forældede i henhold til FAL § 29 og forældelseslovens §§ 2 og 3.

Ankenævnet udtalte følgende i sagen:

> 'Selskabet har anført, at det er registreret, at klageren kontaktede selskabet telefonisk i september 2005, men at det nærmere indhold af samtalen ikke er noteret. Selskabet har oplyst, at det dog er noteret, at der i oktober 2005 blev sendt skemaer til brug for ansøgning om dækning ved tab af erhvervsevne til klageren, men at disse ikke blev returneret.
>
> Nævnet finder herefter, at klageren allerede i 2005 havde kendskab de faktiske omstændigheder, der lå til grund for et eventuelt krav mod selskabet om dækning ved tab af erhvervsevne. Nævnet finder derfor ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har anset alle

eventuelle krav, der ligger mere end 3 år forud for den 6/6 2014 for forældet, jf. forsikringsaftaleloven § 29 og forældelseslovens § 2 og § 3.

Således som sagen foreligger oplyst, finder nævnet ikke grundlag for at fastslås, at selskabet i sin sagsbehandling har handlet på en sådan måde, at det kan begrunde et erstatningsansvar i forhold til klageren. Nævnet bemærker, at der ikke foreligger oplysninger om, at lægelige eller kommunale akter skulle være tilgået selskabet, før klageren indgav sin anmeldelse i juni 2014.

Nævnet kan herefter ikke kritisere selskabets afslag på at yde dækning ved tab af erhvervsevne forud for den 5/6 2011.'

Kendelsen i AKF 87.526 bygger således på et faktum, der på afgørende punkter svarer til den aktuelle sag, og selskabet finder derfor, at sagen må afgøres i overensstemmelse med denne kendelse og gældende lovgivning om forældelse.

Konklusion
AP Pension fastholder at forsikrede først i juli 2017 har indgivet anmeldelse om det ulykkestilfælde, som klager var udsat for den 24. oktober 2013, og at forholdet dermed er forældet.

Selskabet har ved afgørelsen særligt lagt vægt på,

- At forældelsen skal regnes fra ulykkestilfældet, da skaderne herved var af en karakter, så klager allerede på dette tidspunkt måtte være klar over, at der var tale om en ulykke, der ville have varige følger i form af men.
- At det er uden betydning for begyndelsestidspunktet for beregning af forældelsen, om klagers men var endeligt opgjort.
- At klager ikke har dokumenteret at han har indsendt skadesanmeldelse i 2014, og at selskabet først i juli 2017 modtager en skadesanmeldelse.
- At klager i januar 2014 alene har rekvireret anmeldelsesblanket telefonisk. Der er ingen oplysninger om, at klager herved skulle have givet selskabet oplysninger, som havde karakter af en anmeldelse af en ulykke.
- At der i aftaleforholdet mellem selskabet og Klager er fastsat formkrav for anmeldelse i forsikringsbetingelsernes§ 6 (Bilag A), og at det brev, som selskabet sender til klager på baggrund af telefonsamtalen (Klagers Bilag 4) understøtter formkravet i forsikringsbetingelsernes§ 6.
- At klager på baggrund af sin henvendelse i januar 2014 og følgebrevet i Klagers Bilag 4 ikke kan have nogen berettiget forventning om, at han ved telefonsamtalen skulle have anmeldt et krav.
- At der er tale om forældelse efter de almindelige regler i dansk ret herom. Der er ikke tale om en mellem parterne aftalt særlig kort anmeldelsesfrist.
- At selskabet har handlet loyalt overfor Klager, og at der ikke er nogen dokumentation for, at selskabet har undladt at yde rådgivning, hvor dette var åbenlyst påkrævet.

AP Pension fastholder således, at selskabet er berettiget til at afslå udbetaling i anledning af ulykkestilfælde, der indtrådte den 24. oktober 2013 og følger heraf."

Klagerens advokat har i brev af 13/6 2019 til nævnet bl.a. anført:

"**Vedrørende anmeldelse og forældelse:**
Af Forsikringsaftaleloven § 21 fremgår: 'Stk. 1. Er forsikringsbegivenheden indtrådt, skal den sikrede uden ophold give selskabet meddelelse derom, hvis han i den anledning vil rejse krav mod dette.'

Af de fremsendte forsikringsbetingelser (bilag A) fremgår tilsvarende af §6, at 'Enhver skade skal straks anmeldes til AP Skade. Der skal indsendes en skadesanmeldelse, som udleveres af AP Skade, og som skal indeholde så udførlige oplysninger som muligt'.

Formålet med 'straks-anmeldelsen' er, at forsikringsselskabet kan tage sine forholdsregler, for eksempel i forhold til nærmere undersøgelse af forsikringsbegivenheden eller muligheden for regres. En for sen anmeldelse må således ikke medføre et retstab for forsikringsselskabet, hvilket også fremgår af Forsikringsaftaleloven § 21, stk. 2. 'Forsømmer den sikrede dette, er selskabet ikke ansvarligt i videre omfang, end det ville have været, hvis sådan meddelelse var givet.'

I nærværende sag har fremsendelse af en skriftlig anmeldelse ikke betydning, førend betingelserne for udbetaling af erstatning under ulykkesforsikringen er opfyldt, det vil sige førend det tidspunkt, hvor der er et sikkert varigt mén på mindst 25%.

Ankenævnet for Forsikring har ved en tidligere kendelse, AK 76.111 (2010) taget stilling til spørgsmålet om forældelse i en tilsvarende sag som denne.

I kendelsen fandt ankenævnet, at klagers krav først forfaldt, da hendes mén nåede den erstatningsberettigende størrelse på 5%. Kravet var således ikke forældet, selvom den skriftlige anmeldelse skete efter fristens udløb.

I nærværende sag har klager første et krav på erstatning under ulykkesforsikringen, når der er tale om et varigt mén på mindst 25%.

Ved Arbejdsskadestyrelsens afgørelse af 16. oktober 2015 blev ulykken den 24. oktober 2013 anerkendt som en arbejdsskade, og det varige mén blev fastsat til 15%. Ankestyrelsen fandt ved afgørelse af 26. februar 2016, at [klageren] var berettiget til godtgørelse for varigt mén svarende til 10%.

Først ved afgørelsen af 26. november 2018 blev det varige mén fastsat til 40%. Det fremgår af afgørelsen, at de lægelige akter, herunder speciallægeerklæringer der dannede grundlag for afgørelsen, blev indhentet i løbet af 2016-2018.

Der var således ikke grundlag for at udbetale erstatning under ulykkesforsikringen før dette tidspunkt, hvorfor kravet ikke var forældet, da selskabet modtog [klagerens] skriftlige anmeldelse den 26. juli 2017.

At den skriftlige anmeldelse først modtages af selskabet den 26. juli 2017, har i øvrigt ikke medført, at selskabet er ansvarligt i videre omfang, end det ville have været, hvis sådan meddelelse var givet umiddelbart efter ulykken, henset til at betingelserne for udbetaling (varigt mén på 25%) først er tilstede i 2017."

13. 93703

Selskabet har i brev af 4/7 2019 til nævnet bl.a. anført:

> "Klagers advokat har fremsendt en afgørelsen AKF 76.111, hvor Ankenævnet finder, at forfaldstidspunktet først ligger efter, at der er indtrådt en forværring af den tilskadekomnes tilstand, som lå 2-3 år efter at ménet første gang var blevet opgjort af et andet forsikringsselskab.
>
> Denne sag er ikke sammenlignelig med AKF 76.111.
>
> Klager kom ganske alvorligt til skade i forbindelse med ulykken i 2013. I 2015 vurderede Arbejdsskadestyrelsen (nu AES) første gang méngraden, idet man dog valgte at se bort fra en række af de gener/følger, som klager havde efter ulykken. På den baggrund fastsatte AES méngraden til 15 % (jf. Klagers Bilag 2). AES så imidlertid ved afgørelsen bort fra en række forhold, herunder de brækkede ribben og tandskader. Desuden har man negligeret en række af de skader, som klager havde efter ulykken.
>
> Ved genoptagelsen af sagen (klagers Bilag 3), konstaterer AES, at man har begået væsentlige sagsbehandlingsfejl under den tidligere behandling af sagen.
>
> Det fremgår således af afgørelsen:
>
> > 'Vi vurderer, at vi allerede før vores afgørelse af 16. oktober 2015 har siddet inde med oplysninger vedrørende hovedet og nakken, som vi ikke har taget stilling til. Endvidere har vi afvist brud på ribben. Videre har vi modtaget oplysninger efter den 16. oktober 2015 vedrørende dine psykiske gener.
> >
> > Vi vurderer således samlet set, at vi først og fremmest har begået en væsentlig sagsbehandlingsfejl samt at der er indkommet nye oplysninger af så væsentlig betydning, at din sag ville have fået et andet resultat, hvis vi havde haft disse oplysninger i forbindelse med den oprindelige afgørelse.
> >
> > Vi genoptager derfor spørgsmålet om anerkendelse på ulovbestemt grundlag.
> >
> > Vi har lagt vægt på, at du var på arbejde den 24. oktober 2013, hvor du faldt med fra et tag fra 8-10 meters højde, direkte ned på et betongulv.
> >
> > Vi vurderer, at skaden i form af hovedtraume, brud på venstre øjenhule, brud på næsen, brud på kæben, tab af flere tænder, smerter i nakken, brud på 5 ribben i venstre side, svarende til 4. til 8. ribben, smerter i venstre skulder, brud samt ledskred i højre håndled, smerter i venstre knæ, brud på venstre ankel samt psykiske gener i form af posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) er en arbejdsskade.'
>
> Skader og mén efter ulykken indtraf ved ulykken i 2013, og der er ikke fremlagt dokumentation for, at der skulle være tilstødt en forværring af tilstanden, der skulle have øget ménet. Derimod foreligger der dokumentation for, at AES i 2015 har begået sagsbehandlingsfejl og set bort fra foreliggende oplysninger, ligesom man i øvrigt ikke har haft alle oplysninger om følgerne af klagers ulykke. Ved fastsættelsen af ménet til 40 % i afgørelsen fra 2018 anerkender AES, at de nævnte forhold har haft betydning for den ménopgørelse, man foretog i 2015, og at man ville have fastsat ménet anderledes dersom man havde haft de nu foreliggende oplysninger, og dersom man i øvrigt havde taget de oplysninger, som man havde i betragtning.

Sagen er dermed ikke sammenlignelig med AKF 76.111, hvor det mellem parterne var ubestridt, at der var sket en forværring, hvorfor anmeldelsen efter FAL § 21, stk. 2 først skulle ske herefter.

Der er i den konkrete sag ingen holdepunkter for, at anmeldelsestidspunktet i denne sag kan fremrykkes, idet der henses til, at klager allerede på ulykkestidspunktet var så voldsomt tilskadekommet, at det allerede her måtte stå klart, at han ved ulykken havde pådraget sig et ikke ubetydeligt men.

Således har klager også anmeldt sin skade til et andet forsikringsselskab få måneder efter ulykken, ligesom han fra AP Pension rekvirerede skadesanmeldelsesblanket i 2014. Klager var således allerede umiddelbart efter ulykken klar over, at det var relevant at anmelde ulykken til sine forsikringsselskaber, idet dette imidlertid ikke skete før sommeren 2017 i relation til AP Pension.

Selskabets synspunkt
AP Pension fastholder, at selskabet er berettiget til at afslå udbetaling i anledning af ulykkestilfælde, der indtrådte den 24. oktober 2013 og følger heraf, idet forældelsesfristen for klagers krav er indtrådt d. 24. oktober 2016, og idet klager ikke før i juli 2017 anmelder et krav i anledning af ulykken.

Den af klagers advokat fremsendte ankenævnskendelse ændrer ikke herpå, og selskabet skal således henvise til selskabets brev af 16 maj 2019, idet selskabet fastholder, at der er indtrådt forældelse."

I breve af 25/8 2019 og 29/8 2019 er parterne kommet med yderligere bemærkninger til sagen, som er forelagt for nævnet. Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder klageren skadeanmeldelsesblanket af 26/7 2017. Af selskabets brev af 28/1 2014 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi sender dig hermed den ønskede skadeanmeldelsesblanket.

For at vi kan behandle din anmeldelse så hurtigt og korrekt som muligt, er det vigtigt, at vi fra starten har alle oplysninger. Derfor beder vi dig omhyggeligt besvare alle spørgsmålene på blanketten.

Når vi har modtaget anmeldelsen, behandler vi din sag, og du får et brev, der fortæller, hvad der videre skal ske.

Af selskabets brev af 20/7 2017 til klageren fremgår bl.a.:

"Som lovet sender jeg dig kopi af vores brev af den 28. januar 2014.

Som oplyst i telefonen, så modtog vi aldrig din anmeldelse og afsluttede sagen i maj 2015.

Når vi har modtaget og vurderet oplysningerne i anmeldelsen, så hører du fra os.

Har du spørgsmål til brevet, er du velkommen til at kontakte os på telefonen eller mail: skade@appension.dk. Du kan ringe til os på alle hverdage mellem kl. 8 og 16."

Af klagerens brev af 20/7 2017 til selskabet fremgår bl.a.:

"Jeg har snakket med min bank i dag. De gjorde mig opmærksom på jeg stadig havde forsikring ved jer. Det vidste jeg udmærket godt og fortalte jeg havde anmeldt men aldrig hørt mere fra jer.

Jeg ringer til jer i dag og får at vide den er lukket tilbage i 2015. Hun forklare mig så at jeg har anmeldt skaden som jeg også siger tilbage i 2014. I sender mig en blanket og den sender jeg retur i 2014. Denne blanket fortæller i så mig, at den ikke er nået frem eller i ikke har registreret. ?

I har i dag sendt mig en ny med posten.

Jeg vil meget gerne have jer til at bekræfte at i har modtaget anmeldelse?
Vil i ikke også sende mig hvorfor i har valgt at lukke sagen, ikke fordi der er noget problem nu hvor sagen er åben igen men venligst bekræft?"

Af selskabets brev af 21/7 2017 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi skal nok skrive til dig når vi har modtaget din anmeldelse.

Det er sådanne at har vi ikke modtaget noget fra dig/kunden lukker vi sagen, det er en fast procedure. Vi lukker normalt en sag 3-4 mdr. efter vi har afsendt en skadeanmeldelse, da vi ikke forventer at du/kunden ønsker at anmelde uheldet. Her har vi lukket din sag over 1 år efter vi har fremsendt en skadeanmeldelse. Du har heller ikke kontakt os siden 2014 og oplyst at du ikke har hørt fra os, hvor vi så også ville have oplyse dig, at vi aldrig har modtaget din skadeanmeldelse. Håber det var svar på dit spørgsmål omkring lukning af sagen.

Når vi modtager din anmeldelse ser vi på sagen, men vi gør opmærksom på at sagen kan være forældet. Samtidig skal jeg oplyse at din forsikring er en forsikring som først udbetales hvis dit varige men bliver vurderet til mindst 25% eller der over og at den pantsat til banken."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"§ 6. HVIS SKADEN SKER
Enhver skade skal straks anmeldes til AP Skade. Der skal indsendes en skadeanmeldelse, som udleveres af AP Skade, og som skal indeholde så udførlige oplysninger som muligt.
…
§ 8. OPHØR AF DÆKNINGEN
…
Krav på udbetaling fra AP Skade forældes efter dansk rets regler om Forældelse af fordringer, herunder reglerne i forsikringsaftaleloven."

Ankenævnet *for* Forsikring

16. 93703

Nævnet udtaler:

Klageren var den 24/10 2013 udsat for et alvorligt ulykkestilfælde, hvor han faldt 6 -7 meter ned fra et tag og pådrog skade på større dele af kroppen. Han kontaktede telefonisk selskabet i januar 2014, og selskabet fremsendte den 28/1 2014 en skadeanmeldelsesblanket. Den 20/7 2017 spurgte han ind til sagens status og fik oplyst, at selskabet ikke havde modtaget skadesanmeldelsesblanketten. Selskabet sendte ny blanket, som klageren udfyldte og indsendte den 26/7 2017. Selskabet afviste at yde dækning, idet forældelsesfristen for klagerens krav indtrådte den 24/10 2016.

Klageren har anført, at der er sket en rettidig mundtlig anmeldelse af skaden, og at hans sag ikke er forældet, idet den telefoniske samtale med selskabet skal ses som en anmeldelse af skaden. Han har anført, at han udfyldte blanketten og sendte den ind til selskabet, og at han var overbevist om, at skaden var korrekt anmeldt i januar 2014. Han har også anført, at selskabet har pligt til at varetage forsikringstagerens interesse, jf. princippet om den loyale samarbejdspligt i kontraktforhold.

Selskabet har anført, at forældelsen skal regnes fra ulykkestidspunktet, at selskabet først modtog en skadeanmeldelsesblanket i juli 2017, og at klageren ikke har dokumenteret, at han indsendte en blanket i januar 2014. Selskabet har anført, at det ikke er muligt at starte en sagsbehandling op på baggrund af en telefonisk henvendelse vedr. en ulykke, idet selskabet ikke har det fornødne samtykke til at oplyse sagen. Selskabet har anført, at klageren ikke har haft en berettiget forventning om, at han ved telefonsamtalen i januar 2014 havde anmeldt skaden.

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 forsikringen. Efter nævnets opfattelse er dette tidspunktet, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at klageren har haft rimelig anledning til at anmelde kravet til selskabet, uanset om en eventuel méngrad først ville kunne opgøres senere.

17. 93703

Klagers henvendelse til selskabet i januar 2014 godtgør, at han i hvert fald på dette tidspunkt var klar over, at han muligt havde et krav mod selskabet.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 6, at enhver skade straks skal anmeldes til selskabet, og at der skal indsendes en skadeanmeldelse, som udleveres af selskabet.

Af selskabets brev af 28/1 2014 – hvormed selskabet fremsendte anmeldelsesblanketten – fremgår det, at "vi sender dig hermed den ønskede skadeanmeldelsesblanket. For at vi kan behandle din anmeldelse så hurtigt og korrekt som muligt, er det vigtigt, at vi fra starten har alle oplysninger. Derfor beder vi dig omhyggeligt besvare alle spørgsmålene på blanketten. Når vi har modtaget anmeldelsen, behandler vi din sag, og du får et brev, der fortæller, hvad der videre skal ske".

Som sagen foreligger oplyst finder nævnet, at kravet om skriftlig anmeldelse – som fremgår af forsikringsbetingelserne, og som også må anses for udtrykt i selskabets brev af 28/1 2014 – fremgår med den fornødne klarhed og har saglige grunde for sig.

På den baggrund finder nævnet, at klagerens telefoniske henvendelse i januar 2014 ikke kan anses for at være en anmeldelse af klagerens krav i forældelsesmæssig henseende jf. Forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, idet sagsbehandlingen af hans krav forudsatte indhentelse af lægelige akter, hvilket krævede en underskrevet samtykkeerklæring. Under disse omstændigheder finder nævnet, at klageren ikke har haft en berettiget forventning om, at den telefoniske henvendelse i 2014 i relation til forældelsesreglerne udgjorde en anmeldelse af kravet.

Da selskabet først ved den skriftlige anmeldelsesblanket den 26/7 2017 har modtaget skriftlig anvendelse af kravet, finder nævnet, at klagerens krav var forældet forud for anmeldelsen til selskabet, jf. herved forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, og forældelseslovens § 2 og § 3. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

18. 93703

Nævnet har blandt andet lagt vægt på forsikringsbetingelsernes § 6 og på indholdet af selskabets brev af 28/1 2014.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren i perioden 28/1 2014 til 20/7 2017 ikke har rettet henvendelse til selskabet, da han ikke hørte fra selskabet. Dette på trods af, at han i selskabets brev af 28/1 2014 havde fået oplyst, at selskabet efter modtagelsen af blanketten vil sende et brev om det videre forløb.

Nævnet henviser til sin afgørelse i sag 87918

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings