

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 19. august 2020 blev i sag nr. 94558:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Lloyd's v/Indigo Underwriters
V/Dfa Forsikringsagentur
Darumvej 51
6700 Esbjerg

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft ulykkesforsikring. I brev af 6/12 2019 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"1. Tvisten

Sagen drejer sig om, hvorvidt [klageren] forsikringer ... (ulykkesforsikring), ... (familieforsikring) samt ... (kaskoforsikring) var i kraft den 20. september 2015, hvor klager blev udsat for en alvorlig ulykke.

Indklagede selskab er af den opfattelse, at forsikringerne blev bragt til ophør på behørig vis pr. 17. september 2015 på grund af præmierestance. Klager er imidlertid af den opfattelse, at indklagede selskab ikke har været berettiget til at bringe forsikringerne til ophør, herunder at den af indklagede selskab fremsendte opsigelsesskrivelse ikke opfylder kravene herfor i forsikringsaftalelovens § 13.

2. Forsikringsordningerne

Der er som anført tale om tre forskellige forsikringer; ... (heltidsulykkesforsikring), ... (familieforsikring) samt ... (motorkøretøjsforsikring).

... er en heltidsulykkesforsikring som dækker klagers [barn 1].
Forsikringssummen udgør 1.000.000,00 kr.

... er en familieforsikring med en indbosum på 400.000,00 kr.

... er en motorkøretøjsforsikring som indbefatter såvel en ansvarsforsikring såvel som en kaskoforsikring.

I korrespondancen parterne imellem er disse tre forsikringer behandlet samlet, hvorfor disse ligeledes ønskes behandlet samlet i nærværende klagesag.

3. Nærmere om sagens tvist og korrespondancen parterne imellem

[Klageren] var den 20. september 2015 involveret i en alvorlig trafikulykke, idet han som fører af sin bil mistede herredømmet på motorvej og kørte direkte ind i et autoværn, hvorefter bilen blev slynget over på den modsatte vejbane og påkørt af en anden bilist.

Udover klager befandt klagers samlever og parrets 2 mindreårige børn sig i bilen.

3.1. Vedrørende ... – heltidsulykkesforsikring

Ved skrivelse af 24. maj 2019 henvendte undertegnede sig til indklagede selskab og anmodede selskabet om at oplyse, om der allerede var sket anmeldelse af ulykken den 20. september 2015 og at undertegnede skrevelse af 24. maj 2019 skulle betragtes som en anmeldelse, såfremt der forud for denne dato ikke var sket anmeldelse.

Undertegnede skrevelse af 24. maj 2019 fremlægges som **bilag 1**.

Ved mail af 29. maj 2019 oplyste indklagede selskab, at heltidsulykkesforsikringen var ophørt den 17. september 2015 og at forsikringen således ikke var i kraft på tidspunktet for ulykken den 20. september 2015. Indklagede selskab afviste på denne baggrund den anmeldte skade.

Indklagede selskabs mail af 29. maj 2019 fremlægges som **bilag 2**.

3.2. Vedrørende ... – motorkøretøjsforsikring

[Andet ansvarsforsikringsselskab] har som ansvarsforsikringsselskab for den i ulykken involverede modpart anerkendt erstatningsansvaret for klagers personskader, men i efterforløbet er der imellem klager og [andet ansvarsforsikringsselskab] opstået en tvist vedrørende betaling af tabt arbejdsfortjeneste.

Klager har på den baggrund henvendt sig til indklagede selskab med anmodning om tilsagn om retshjælpsdækning gennem sin kaskoforsikring, idet klager havde og fortsat har et ønske om at videreføre tvisten med [andet ansvarsforsikringsselskab] ved domstolene.

Klagers ansøgning om retshjælpstilsagn, fremsendt til indklagede selskab den 27. maj 2019, fremlægges som **bilag 3**.

Ved mail af 29. maj 2019 oplyste indklagede selskab imidlertid, at kaskoforsikringen og retshjælpsdækningen var ophørt den 17. september 2015. Selskabet meddelte således afslag på retshjælpsdækning, idet man var af den opfattelse, at forsikringen ikke var i kraft på ulykkestidspunktet den 20. september 2015.

Indklagede selskabs mail af 29. maj 2019 fremlægges som **bilag 4**.

I den efterfølgende korrespondance parterne imellem er forsikringerne – ... (heltidsulykkesforsikring) og ... (motorkøretøjsforsikring) – behandlet samlet.

Den efterfølgende korrespondance parterne imellem fremlægges som nedenfor:

- Bilag 5** Indklagede selskabs mail af 28. juni 2019.
- Bilag 6** Undertegnedes skrivelse af 4. juli 2019.
- Bilag 7** Indklagede selskabs mail af 11. juli 2019.
- Bilag 8** Undertegnedes mail af 23. juli 2019.
- Bilag 9** Indklagede selskabs mail af 10. september 2019.
- Bilag 10** Undertegnedes skrivelse af 18. september 2019.
- Bilag 11** Indklagede selskabs mail af 31. oktober 2019.

Som **bilag 12** fremlægges faktura af 22. juli 2015 med indklagede selskabs opkrævning af forsikringspræmie for perioden 1. august 2015 - 31. august 2015.

Endvidere fremlægges som **bilag 13** indklagede selskabs skrivelse af 7. september 2015 med overskriften '2. betalingspåmindelse(OPHØR)'. Det fremgår heraf, at det skyldige beløb skal betales den 17. september 2015.

Endelig fremlægges som **bilag 14** dokumentation for klagers betaling af forsikringspræmie for perioden 1. september 2015 - 30. september 2015 samt for perioden 1. oktober 2015 - 31. oktober 2015.

Som det fremgår af indklagede selskabs mails (bilag 5, bilag 7, bilag 9 samt bilag 11) er det selskabets opfattelse, at man som følge af påstået præmierestance for perioden 1. august 2015 - 31. august 2015 var berettiget til at bringe klagers forsikringer til ophør pr. 17. september 2015.

4. Klagers synspunkt

Det er klagers opfattelse, at indklagede selskab ikke har været berettiget til at ophæve klagers forsikringer med tilbagevirkende kraft pr. 17. september 2015, idet indklagede selskab faktisk har oppebåret forsikringspræmie for september 2015 og således også for 20. september 2015, hvor forsikringsbegivenheden indtraf.

Der henvises til bilag 14, s. 1-2, som udtrykkeligt dokumenterer betaling af forsikringspræmie for september 2015.

Indklagede selskab har således – trods en mulig præmierestance for august 2015 – oppebåret præmieindbetaling den 1. september 2015 dækkende perioden 1. - 30. september 2015 uden at have gjort indsigelse. Ligeledes har indklagede selskab oppebåret præmie for den efterfølgende måned – også helt uden at have gjort indsigelse.

Selskabet har imidlertid – tilsyneladende da man fik kendskab til forsikringsbegivenheden den 20. september 2015 – valgt at bringe forsikringerne til ophør med tilbagevirkende kraft under henvisning til indholdet af bilag 13.

Det gøres i den sammenhæng gældende, at en mulig præmierestance for august 2015 skyldes undskyldende omstændigheder og ikke klagers manglende vilje til at betale. Dette understøttes netop af, at klager de følgende måneder har indbetalt præmien rettidigt (bilag 14).

Subsidiært gøres det gældende, at indklagede selskabs opsigelse af klagers forsikringer under alle omstændigheder ikke opfylder kravene herfor i forsikringsaftaleloven.

Klager henleder i den sammenhæng opmærksomheden på forsikringsaftalelovens § 13, stk. 1, hvorefter forsikringstager skal indrømmes en frist på 21 dage *efter opsigelsen* til at betale præmierestancen. Et forsikringsselskab kan således først bringe en forsikring til ophør efter udløbet af denne frist.

I nærværende sag er opsigelsesskrivelsen i bilag 13 dateret den 7. september 2015 og det fremgår heraf, at forfaldsdatoen er den 17. september 2015.

Klager er derved indrømmet en frist på 10 dage til at betale det skyldige beløb, selvom han i henhold til forsikringsaftalelovens § 13, stk. 1 har haft krav på 21 dage – og således frem til den 28. september 2015 (efterdatoen for nærværende forsikringsbegivenheds indtræden).

Der henvises til Forsikringsankenævnets kendelse 89.686, hvorefter en forsikring ikke fandtes at være behørigt opsagt, idet klager ikke var indrømmet en frist på 21 dage til at foretage betaling.

Endvidere fremgår det af forsikringsaftalelovens § 13, stk. 2, at opsigelsesskrivelsen ligeledes skal oplyse om muligheden for efter lovens § 14 at bringe forsikringsaftalen til at løbe på ny, hvilket der ej heller er oplyst om i indklagede selskabs opsigelsesskrivelse i bilag 13.

Der henvises til Forsikringsankenævnets kendelse 85.463, hvorefter den manglende oplysning om muligheden for at bringe forsikringsaftalen til at løbe på ny udgjorde en tilsidesættelse af formkravene i forsikringsaftalelovens § 13, stk. 2.

Klager gør således sammenfattende gældende, at indklagede selskab på uberettiget vis har bragt klagers forsikringer til ophør. Klager ønsker således indklagede selskabs anerkendelse af, at forsikringerne med policenummer ..., ... samt ... var i kraft på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden den 20. september 2015."

Selskabets repræsentant har i brev af 31/1 2020 til nævnet bl.a. anført:

"I foråret 2015 tegnede forsikringstageren, [klageren], herefter klager, henholdsvis autoforsikring og indboforsikring hos [andet forsikringsselskab] v/DFA ForsikringsAgentur, herefter selskabet, med ikrafttræden den 16. april 2015.

Herudover tegnede klager, med ikrafttræden den 1. maj 2015, heltidsulykkesforsikring hos Lloyds v/Indigo Underwriters v/DFA ForsikringsAgentur, herefter ligeledes selskabet.

Autoforsikringen blev oprettet med policenr. ... i selskabet med vilkår nr. M-01-2015 (bilag A og B) og omfattede personbil med reg.nr.

Indboforsikringen blev oprettet med policenr. ... i selskabet med vilkår nr. F01-2015 (bilag C og D).

Heltidsulykkesforsikringen blev oprettet med policenr. ... i selskabet med vilkår nr. U01-2015 (bilag E og F).

Forsikringerne er herefter i kraft frem til den 17. september 2015, hvor disse, bortset fra autoansvarsforsikringen, ophører på grund af præmierestance.

Selskabet har forinden ophøret fremsendt betalingspåmindelse og rykker, hvoraf det fremgår at manglende betaling vil medføre ophør af forsikringerne.

For så vidt angår autoforsikringen så er det, i overensstemmelse med praksis, dog kun kaskodækningen og dermed også retshjælpsdækningen samt vejhjælp, som ophører den 17. september 2015, idet ansvarshæftelsen fortsat var til stede på skadestidspunktet.

Klager forårsager den 20. september 2015 et færdselsuheld, som afstedkommer såvel materiel som personskade.

Skaden anmeldes til selskabet den 19. februar 2016 og behandles herefter alene på autoansvarsforsikringen, idet øvrige dækninger og forsikringer er ophørt.

Klager har på intet tidspunkt gjort indsigelse herimod.

For så vidt angår personskaderne på klagers børn samt samleverske, da verserer disse sager fortsat, mens skaderne på tredjemands bil er blevet dækket af forsikringen og denne sag afsluttet.

Den 24. maj 2019 (bilag 1) retter klager ved sin advokat henvendelse til selskabet med henblik på anmeldelse af personskaden på heltidsulykkesforsikringen.

Selskabet afviser den 29. maj 2019 (bilag 2) skaden med henvisning til at forsikringen var ophørt den 17. september 2015 og dermed ikke i kraft på skadestidspunktet den 20. september 2015.

Den 27. maj 2019 modtager selskabet anmodning om retshjælpsdækning på autoforsikringen subsidært indboforsikringen (bilag 3).

Anmodningen afvises den 29. maj 2019 med den begrundelse, at forsikringerne var ophørt pr. 17. september 2015 (bilag 4).

Klagers advokat har herefter påberåbt sig, at selskabet ikke har været berettiget til at opsigte forsikringerne med tilbagevirkende kraft, herunder at formalitetskravene i forsikringsaftalelovens §13 ikke er overholdt.

Selskabet er ikke enig heri og har derfor fastholdt afvisningerne, hvilket har afstedkommet nærværende ankenævnsager.

Klagesagerne omhandler således afvisningen af dækning på henholdsvis heltidsulykkesforsikringen, autoforsikringen og indboforsikringen.

Sagsfremstilling:

Klager, tegnede, i foråret 2015, henholdsvis autoforsikring og indboforsikring hos [andet forsikringsselskab] v/DFA ForsikringsAgentur, herefter selskabet, med ikrafttræden den 16. april 2015.

Autoforsikringen blev oprettet med policenr. ... i selskabet med vilkår nr. M01-2015 (bilag A og B) og omfattede personbil med reg.nr. ... og Indboforsikringen med policenr. ... med vilkår nr. F01-2015 (bilag C og D).

Herudover tegnede klager, med ikrafttræden den 1. maj 2015, heltidsulykkesforsikring hos Lloyds v/Indigo Underwriters v/DFA ForsikringsAgentur, herefter ligeledes selskabet.

Heltidsulykkesforsikringen blev oprettet med policenr. ... i selskabet med vilkår nr. U01-2015 (bilag E og F).

Det arrangeres sådan, at klagers præmiebetaling skal finde sted via betalingservice og der sker således automatisk udsendelse af opkrævning til klager.

Således fremsendes den 22. juli 2015 opkrævning af præmie for august 2015 med forfaldsdag den 3. august 2015 (bilag 12)

Det skal bemærkes, at Forsikringsaftalelovens krav om 21 dages betalingsfrist inden forfaldsdag, henset til betalingsformen, er fraveget, jf. FAL § 12, stk. 1 og FAL § 17, stk. 1, 2. pkt.

Det konstateres herefter, at præmiebetaling ikke finder sted rettidigt, hvorfor der den 17. august 2015, dvs. 14 dage efter forfaldsdagen, fremsendes en betalingspåmindelse (bilag G).

Det fremgår heraf, at konsekvensen af manglende betaling, vil være ophør af forsikringsdækningen.

Da præmien fortsat ikke indgår, fremsendes den 7. september 2015 en yderligere betalingspåmindelse (bilag 13), hvoraf det fremgår at forsikringerne ophører den 17. september 2015, såfremt præmien ikke betales.

Uden nogen reaktion endsige betaling af den skyldige præmie fra klager, sættes forsikringerne (undtagen autoansvar) til ophør pr. 17. september 2015.

Under rykkerforløbet er der, via betalingservice, opkrævet og betalt præmie for efterfølgende perioder. Disse indbetalinger bliver alle enten returneret eller krediteret klager, således at alle mellemværender dermed er afklaret pr ophørsdatoen den 17. september 2015.

Herefter hører selskabet intet fra klager før henvendelserne fra dennes advokat af henholdsvis 24. og 27. maj 2019 (bilag 1 & 3), hvor der anmodes om retshjælpsdækning på autokaskoforsikringen eller subsidiært indboforsikringen samt anmeldes skade på heltidsulykkesforsikringen.

Selskabet afviser den 29. maj 2019 skaderne (bilag 2 & 4), idet forsikringerne, bortset fra autoansvarsforsikringen, anses for ophørt den 17. september 2015, altså inden skadernes opståen.

Klagers advokat anfægter herefter berettigelsen af forsikringsophøret og der pågår herefter korrespondance mellem selskabet og klagers advokat (bilagene 5-11) uden at parterne kan nå til enighed.

Afvisningen af dækning og klagen herover har afstedkommet nærværende sag.

Selskabets vurdering og begrundelse:

Selskabet gør gældende, at selskabet har været berettiget til at opsige forsikringerne med tilbagevirkende kraft grundet præmierestance og bestrider følgelig, at reglerne i Forsikringsaftalelovens §13 ikke skulle være opfyldt.

På baggrund af det skitserede opkrævnings- og rykkerforløb er det selskabets opfattelse at kravene i FAL§13 er opfyldt og ophøret af forsikringerne berettiget.

Således fremsendes første påmindelse (bilag G) først 14 dage efter forfaldsdag, hvilket er i overensstemmelse med FAL§ 13, stk.1, 2.pkt.

Forsikringernes ophør sker senere end 21 dage efter betalingspåmindelsen (bilag G), som indeholdt oplysning om ophør ved manglende betaling, hvorfor fristen i FAL§13, stk.1, 1.pkt og tillige oplysningskravet i FAL§13, stk.2 er opfyldt.

Det gøres således gældende, at selskabets skrivelser til klager i anledning af præmierestancerne i tilstrækkelig grad har oplyst klager om konsekvenserne af manglende betaling ligesom, at de tidsfrister, som lovgivningen har fastsat findes at være opfyldt.

Herefter hører selskabet intet fra klager, men bliver den 10. februar 2016, gennem en regreshenvendelse fra andet selskab, gjort opmærksom på skaden den 20. september 2015, hvorefter selskabet indhenter skadesanmeldelse, der modtages fra klager den 19. februar 2016.

Yderligere modtages den 2. september 2016 henvendelse fra klagers advokat angående anerkendelse af erstatningsansvaret for passagerernes personskader.

Den af klager påstående 'spekulation' i forsikringsophør grundet skaden den 20. september 2015 er således uden hold i virkeligheden, da selskabet ikke havde kendskab til skaden og må derfor afvises.

Personskadesagen verserer i øvrigt fortsat under selskabets skadenr. ... og klager repræsenteres her af samme advokat, som varetager nærværende ankenævns sag.

Der er på intet tidspunkt før klagers advokat aktuelle henvendelser af 24. og 27. maj 2019, rettet henvendelse til selskabet om de ophørte forsikringer.

Klager har dermed på intet tidspunkt gjort indsigelser herimod og må, også henset til den manglende anmeldelse på heltidsulykkesforsikringen, anses at have anerkendt ophøret.

Til støtte for klagers accept af forsikringernes ophør, taler også det forhold, at klager, trods advokatbistand til personskadesagerne, ikke tidligere har foretaget anmeldelse på heltidsulykkesforsikringen, hvilket ellers må anses for en naturlig del af en personskadesag.

For god ordens skyld skal det bemærkes, at anmeldelsen på heltidsulykkesforsikringen først sker mere end 3 år efter skaden, hvorfor anmeldelsen anses for indgivet for sent.

Klager skal følgelig ikke have medhold."

Klagerens advokat har i brev af 3/3 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg skal for god ordens skyld understrege, at de tidligere fremførte synspunkter, jf. herved indholdet af mine klageskrivelser af 6. og 12. december 2019, i det hele fastholdes.

Indklagede selskab har i sit svarskrift anført, at der på intet tidspunkt forud for skrivelserne i bilag 1 og 3 er rettet henvendelse til selskabet vedrørende de i nærværende sag omtvistede forsikringer. I den sammenhæng påpeger selskabet, at klager – trods advokatbistand – først har foretaget anmeldelse på heltidsulykkesforsikringen mere end 3 år efter forsikringsbegivenhedens indtræden og at anmeldelsen således er indgivet for sent.

Uagtet at det for nærværende sag er irrelevant, om og i hvilket omfang klager har haft advokatbistand, skal jeg på vegne af klager for god ordens skyld understrege, at klager oprindeligt alene har haft advokatbistand til personskadedelen i ansvarssagerne.

Som også anført af indklagede selskab, har man været bekendt med forsikringsbegivenheden siden februar 2016. På dette tidspunkt havde klager endnu ikke søgt advokatbistand – ej heller til personskadedelen i ansvarssagerne.

Ved skrivelse af 29. august 2016 har klager – med undertegnedes mellemkomst – på ny anmeldt personskaderne til indklagede selskab, og ved skrivelse af 5. september 2016 har [selskabets repræsentant] anerkendt erstatningsansvaret på vegne af indklagede selskab.

Klagers skrivelse af 29. august 2016 fremlægges som **bilag 15**, mens skrivelse af 5. september 2016 fra [selskabets repræsentant] fremlægges som **bilag 16**.

[Selskabets repræsentant] har i samme ombæring bedt klager om at udfylde spørgeskemaer vedrørende personskade på vegne af sine 2 mindreårige børn, [barn 2] og [barn 1], der begge pådrog sig personskade i forbindelse med forsikringsbegivenheden den 20. september 2015.

De udfyldte spørgeskemaer blev fremsendt til [selskabets repræsentant] den 20. januar 2017. Klagers skrivelse af 20. januar 2017 samt kopi af de udfyldte spørgeskemaer fremlægges samlet som **bilag 17**.

Som det fremgår af begge spørgeskemaer, har klager allerede på dette tidspunkt – altså forud for 3-årsdagen for forsikringsbegivenheden – oplyst indklagede selskab om, at begge børn også var omfattet af en ulykkesforsikring hos DFA på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden. Der henvises til spørgeskemaernes s. 4, pkt. 16.

Endvidere fremlægges som **bilag 18** skrivelse af 22. december 2015 fra [selskabets repræsentant] vedrørende ulykkesforsikringssagen på klagers [barn 2].

Som det fremgår heraf har klager forud for fremsendelsen af spørgeskemaerne i bilag 17 også selv – uden undertegnedes mellemkomst – foretaget anmeldelse til ulykkesforsikringen i hvert fald på vegne af [barn 2], og det har formodningen imod sig, at han alene skulle have foretaget anmeldelse på vegne af det ene barn, når begge børn har været dækket af en ulykkesforsikring hos indklagede selskab.

Det er således faktisk forkert, når indklagede selskab gør gældende, at der ikke er rettet henvendelse til indklagede selskab vedrørende ulykkesforsikringssagen forud for henvendelsen den 24. maj 2019 (bilag 1).

Derimod må det formodningsvis lægges til grund, at klager har foretaget anmeldelse til begge sine børns ulykkesforsikringer tilbage i december 2015. Under alle omstændigheder er indklagede selskab blevet oplyst herom i forbindelse med modtagelsen af spørgeskemaerne i bilag 17. Dette er sket i januar 2017 og dermed forud for 3-årsdagen.

For så vidt angår autoforsikringen skal klager for god ordens skyld bemærke, at der først efter opståen af tvisten med [andet ansvarsforsikringsselskab] (ansvarsforsikring for den i ulykken involverede modpart), opstod et behov for at kontakte indklagede selskab med anmodning om tilsagn om retshjælpsdækning gennem kaskoforsikringen.

Indklagede selskabs synspunkt om, at klager med sin passivitet skulle have anerkendt ophøret af forsikringerne eller at der skulle være indtrådt et forældelsesmæssigt problem kan således ikke anerkendes."

Selskabets repræsentant har i brev af 26/3 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet fastholder det i svarskriftet anførte, idet det, for god ordens skyld, skal præciseres, at nærværende sager omhandler forsikringer tegnet af [klageren] som forsikringstager.

Således gøres det fortsat gældende, at selskabet berettiget har bragt forsikringerne til ophør som følge af præmierestance og at opsigelse er sket i overensstemmelse med de formelle regler herfor.

Følgelig fastholdes afvisningerne af de anmeldte skader, idet forsikringerne ikke var i kraft på skadestidspunktet.

Klager skal følgelig ikke have medhold i sin klage.

For så vidt angår klagers bemærkninger om anmeldelsesforløbet skal selskabet anføre følgende.

Som allerede anført i svarskriftet, fik selskabet først den 10. februar 2016 kendskab til et færdselsuheld den 20. september 2015, idet man modtog regresmeddelelse fra andet selskab.

Denne henvendelse indeholdt, ligesom klagers efterfølgende skadeanmeldelse på autoansvarsforsikringen, ikke oplysninger om personskader.

Allerede den 10. december 2015 havde selskabet dog modtaget anmeldelse af en skade med skadedato den 20. oktober 2015.

Skaden blev anmeldt på heltidsulykkesforsikring tegnet af [samlever] angående [barn 2] og denne sag sendtes til behandling hos [selskabets repræsentant].

[Samlevers] anmeldelse er grundlaget for klagers bilag 18 og fremlægges som bilag H.

Henset til at der ikke er sammenfald mellem forsikringstagerne og der i øvrigt ikke er angivet samme skadesdato, findes selskabet ikke at have kunne fastslå en sammenhæng mellem skaderne.

På dette grundlag bestrides tillige klagers antagelse om at det, med anmeldelsen vedrørende [barn 2], skulle have formodningen for sig, at der samtidig skete anmeldelse vedrørende [barn 1].

Der foreligger da heller ingen dokumentation herfor og således kan det slås fast, at selskabet først får kendskab til [barn 1s] personskade, da klagers advokat, ved brev af 29. august 2016 (bilag 15), retter henvendelse til selskabet om anerkendelse samt behandling af personskaderne på autoansvarsforsikringen.

Modtagelsen heraf blev, ved brev af 5. september 2016 (bilag 16), bekræftet af [selskabets repræsentant] på vegne af selskabet.

Samtidig blev det meddelt klagers advokat, at man ikke var i besiddelse af oplysninger om personskader.

Herefter påbegyndte [selskabets repræsentant] behandling af personskaderne på den i kraft værende autoansvarsforsikring, hvilket blandt andet indebærer indhentelse af oplysninger om de skadelidte, herunder anmodning om besvarelse af spørgeskemaer.

Det forhold, at der i spørgeskemabesvarelserne anføres, at der er heltidsulykkesforsikringer i DFA-regi, findes ikke at kunne sidestilles med en anmeldelse på disse forsikringer.

I øvrigt var den for sagen aktuelle heltidsulykkesforsikring allerede ophørt og henvisningen i spørgeskemaet uden reelt indhold.

Det fastholdes derfor, at anmeldelse af [barn 1s] skade på heltidsulykkesforsikringen først er sket i maj 2019 og dermed mere end 3 år efter skaden, hvorfor anmeldelse er sket for sent.

Dette findes dog uden betydning, idet det fastholdes, at heltidsulykkesforsikringen ikke var i kraft på skadestidspunktet."

Klagerens advokat har i brev af 30/3 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg skal for god ordens skyld understrege, at de tidligere fremførte synspunkter, jf. herved indholdet af mine klageskrivelser af 6. og 12. december 2019 samt supplerende bemærkninger af 3. marts 2020, i det hele fastholdes.

Uagtet hvilke oplysninger regresmeddelelsen fra februar 2016 måtte indeholde, har indklagede selskab i december 2015 modtaget anmeldelse vedrørende personskade med henvisning til politirapporten, jf. herved bilag H samt bilag 18. Klager henleder i øvrigt opmærksomheden på, at indklagede selskab selv har indhentet politirapporten og i bilag 18 netop har anerkendt hændelsen på baggrund af politirapporten, hvoraf den korrekte skadesdato fremgår. Der henvises til indholdet af bilag 18, hvoraf fremgår, at selskabet har modtaget '[...] anmeldelsen, samt senest politirapporten og kan anerkende, at hændelsen er omfattet [...].' (min fremhævnings)

Som også anført i klagers indlæg af 3. marts 2020 har indklagede selskab tillige modtaget anmeldelse vedrørende personskaade i januar 2017 (bilag 17) og i samme ombæring er indklagede selskab også blevet oplyst om de eksisterende ulykkesforsikringer på begge børn, [barn 2] og [barn 1].

Klager bemærker i den sammenhæng, at der ved samtlige anmeldelser (såvel i bilag H som i bilag 17) – samt i politirapporten er angivet cpr. numre, hvilket burde være tilstrækkeligt til at fastslå en sammenhæng mellem skaderne.

Klager gør gældende, at oplysningerne om ulykkesforsikringerne i bilag 17 må sidestilles med anmeldelse. Under alle omstændigheder har indklagede selskab sammen med spørgeskemaerne modtaget en række oplysninger, som man – trods en almindelige oplysnings- og vejledningspligt i forbrugerforhold – har forholdt sig passiv til og ikke har reageret på.

Såfremt man ikke fandt oplysningerne i spørgeskemaerne fornødne burde selskabet have oplyst klager om den korrekte anmeldelsesfremgangsmåde eller som minimum og i umiddelbar forlængelse heraf have oplyst klager om, at forsikringen – efter selskabets opfattelse – var ophørt og ikke i kraft på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden den 20. september 2015.

Det er således fortsat klagers opfattelse, at der er foretaget rettidig anmeldelse, og klager bestriker således, at der skulle være indtrådt forældelse eller retsfortabende passivitet.

Det gøres i den sammenhæng også gældende, at det er indklagede selskab der har bevisbyrden for, at selskabet – såfremt klager får medhold i, at der ikke er meddelt korrekt forsikringsophør – ikke kunne have fået oplysningerne ved en almindelig undersøgelse og sagsoplysning, som selskabet i hvert fald i forbrugerforhold har en klar forpligtelse til."

Selskabets repræsentant har i brev af 17/4 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet fastholder det i henholdsvis svarskrift og duplik anførte.

Således gøres det fortsat gældende, at selskabet berettiget har bragt forsikringerne til ophør som følge af præmierestance og at opsigelse er sket i overensstemmelse med de formelle regler herfor.

Følgelig fastholdes afvisningerne af de anmeldte skader, idet forsikringerne ikke var i kraft på skadestidspunktet.

Klager skal følgelig ikke have medhold i sin klage.

For så vidt angår klagers supplerende bemærkninger skal selskabet anføre følgende.

Det gøres gældende, at bilag 18 (dateret 20. oktober 2015) er en bekræftelse på alene den anmeldelse (bilag H), som en anden forsikringstager, [samlever], indgav angående [barn 2].

[Selskabets repræsentants] sagsbehandling relaterer sig derfor udelukkende til anmeldelsen på en forsikring, som er klager uvedkommende.

Samtidig er der, uanset indholdet af politirapporten, ikke på dette tidspunkt noget, som relaterer den anmeldte skade til klagers mulige forsikringer da der, som allerede anført, er tale om en anden forsikringstager.

Det kan ikke antages, at hverken selskabet eller, i endnu mindre grad, [selskabets repræsentant] som handlingsselskab, måtte kunne forventes at foretage den af klager anførte kobling mellem politirapportens indhold og flere reelt af hinanden uafhængige forsikringstagere.

I relation til indholdet af skemaerne i bilag 17, skal opmærksomheden henledes på, at disse først fremkommer i 2017, hvilket er længe efter at de for sagen relevante forsikring er ophørt.

Henset til, at der således ikke kunne konstateres på skadetidspunktet i kraftværende forsikring, samt henset til at forsikringsophøret i øvrigt ikke var anfægtet af klager, bestrides det, at selskabet burde have anset indholdet af bilag 17 for en anmeldelse på [barn 1s] heltidsulykkesforsikring.

Det findes ikke at kunne lægges selskabet til last, at man ikke rådgiver om anmeldelse på en ophørt forsikring."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder faktura af 22/7 2015 med opkrævning af præmie for auto-, indbo- og heltidsulykkesforsikring i perioden 1/8 2015 til 31/8 2015 og med forfald den 3/8 2015, dokumentation for klagerens betaling af præmie for perioden 1/9 2015 til 30/9 2015 og 1/10 2015 til 31/10 2015 og spørgeskemaer ved personskaade. Et uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af brev af 17/8 2015 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Betalingspåmindelse.

Har du glemt at betale?

Vi har tidligere sendt opkrævning på din forsikringspræmie. Da vi ikke kan se at have modtaget beløbet, sender vi denne påmindelse, som er pålagt et rykkergebyr. Vi beder dig indbetale det skyldige beløb snarest og inden 10 dage fra dags dato.

Betales præmien ikke, vil forsikringsaftalen og dækning på dine forsikringer ophøre.

Har du motorkøretøj(er) hos os, bliver forsikringsophøret oplyst til DFIM, der kan pålægge dig et gebyr for manglende ansvarsforsikring på kr. 250,00 pr. dag, dit motordrevne køretøj er uforsikret. DFIM har udpantningsret for gebyret. Du kan ikke tegne forsikring på et motordrevet køretøj, før gebyret er betalt til DFIM. Du kan se mere på www.dfim.dk.

Såfremt din indbetaling har krydset dette brev, undskylder vi ulejligheden og beder dig se bort fra denne henvendelse."

Ankenævnet for Forsikring

13.

94558

Af brev af 7/9 2015 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

" 2. Betalingspåmindelse (OPHØR).

Med henvisning til tidligere fremsendt betalingspåmindelse har vi konstateret at vi endnu ikke har registreret din indbetaling af nedenstående faktura(er). Som følge heraf ophører din forsikringsdækning pr. 17-09-2015

Vi vil foretage os følgende:

- Afgangsføre alle ikke indbetalte forsikringer (ophør af dækning)
- Afmelde lovpligtige køretøjer i DMR
- Meddele eventuelle panthavere i motorkøretøjer om ophør af forsikringsdækning
- Meddele eventuelle panthavere i fast ejendom om omtegning til ren bygningsbrand
- Du vil samtidig blive pålagt at skulle betale omkostninger i forbindelse med en eventuel inkasosag eller udpantning.

Såfremt din Indbetaling har krydset dette brev, undskylder vi ulejligheden, og beder dig se bort fra denne henvendelse."

Af brev af 29/8 2016 fra klagerens advokat til selskabet fremgår bl.a.:

"Vedr.: Skadelidte: [Barn 2] og [barn 1] v/værge [samlever] og [klageren], ...
Skadedato: 20. september 2015

Jeg repræsenterer ovennævnte, der som passagerer kom alvorligt til skade i forbindelse med en trafikulykke den 20. september 2015. Jeg skal bede DFA bekræfte, at personskadeansvaret anerkendes efter Færdselslovens § 101.

Jeg beder i øvrigt DFA om at til stille mig kopi af de akter, selskabet måtte være i besiddelse af."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"10. Præmie og forsikringsafgift

10.1 Første præmie forfalder til betaling ved forsikringens ikrafttræden og efterfølgende præmier til de på policen anførte betalingsintervaller.

10.2 Påkrav om betaling sendes til den sikredes opgivne betalingsadresse. Betales præmien ikke ved første påkrav, sender selskabet endnu et påkrav, tidligst 14 dage efter første påkrav.

Hvis betalingen ikke finder sted 7 dage efter andet påkrav, bortfalder selskabets dækningspligt. Ved fremsendelse af påkrav, har selskabet ret til at opkræve et gebyr, der i så fald tillægges næste opkrævning."

Nævnet udtaler:

Klageren tegnede den 1/5 2015 heltidsulykkesforsikring, hvor barn 1 var forsikret. Selskabet har oplyst, at det blev arrangeret sådan, at klagerens præmiebetaling skulle finde sted via beta-

lingsservice, og at der således skete automatisk udsendelse af opkrævning til klageren. Da klageren ikke betale præmien for august, sendte selskabet den 17/8 2015 en betalingspåmindelse og 7/9 2015 en meddelelse om, at forsikringsdækningen ville ophøre pr. 17/9 2015. Det fremgår af sagen, at klageren betalte præmie for perioden 1/9 2015 til 30/9 2015 og 1/10 2015 til 31/10 2015.

Klageren, samleveren og deres to børn var den 20/9 2015 involveret i et trafikuheld. Den 24/5 2019 anmodede klagerens advokat selskabet om at oplyse, om der allerede var sket anmeldelse af ulykken den 20/9 2015, hvor barn 1 pådrog sig personskade. I modsat fald skulle nærværende skrivelse betragtes som en anmeldelse.

Selskabet afviste den anmeldte skade under henvisning til, at forsikringen var ophørt den 17/9 2015 på grund af præmierestance. På baggrund af det skitserede opkrævnings- og rykkerforløb er det selskabets opfattelse, at kravene i forsikringsaftalelovens § 13 er opfyldt, og at ophøret af forsikringerne er berettiget. Selskabet har anført, at "Under rykkerforløbet er der, via betalingsservice, opkrævet og betalt præmie for efterfølgende perioder. Disse indbetalinger bliver alle enten returneret eller krediteret klager, således at alle mellemværender dermed er afklaret pr ophørsdatoen den 17. september 2015". Selskabet har videre anført, at "Herefter hører selskabet intet fra klager, men bliver den 10. februar 2016, gennem en regreshenvendelse fra andet selskab, gjort opmærksom på skaden den 20. september 2015, hvorefter selskabet indhenter skadesanmeldelse, der modtages fra klager den 19. februar 2016", at "selskabet først får kendskab til [barn 1's] personskade, da klagers advokat, ved brev af 29. august 2016 (bilag 15), retter henvendelse til selskabet om anerkendelse samt behandling af personskaderne på autoansvarsforsikringen", at "Der er på intet tidspunkt før klagers advokat aktuelle henvendelser af 24. og 27. maj 2019, rettet henvendelse til selskabet om de ophørte forsikringer. Klager har dermed på intet tidspunkt gjort indsigelser herimod og må, også henset til den manglende anmeldelse på heltidsulykkesforsikringen, anses at have anerkendt ophøret", og at "anmeldelse af [barn 1's] skade på heltidsulykkesforsikringen først er sket i maj 2019 og dermed mere end 3 år efter skaden, hvorfor anmeldelse er sket for sent".

Klagerens advokat har anført, at selskabet ikke har været berettiget til at ophæve klagerens forsikring med tilbagevirkende kraft pr. 17/9 2015, idet selskabet faktisk har oppebåret forsikringspræmie for september 2015 og således også for 20/9 2015, hvor forsikringsbegivenheden indtraf. Ligeledes har selskabet oppebåret præmie for oktober 2015. En mulig præmierestance for august 2015 skyldes undskyldende omstændigheder og ikke klagerens manglende vilje til at betale, hvilket netop understøttes af, at han de efterfølgende måneder har indbetalt præmien rettidigt. Advokaten har også anført, at selskabets opsigelsesskrivelse ikke opfylder kravene i forsikringsaftalelovens § 13.

Advokaten har videre anført, at der er foretaget rettidig anmeldelse af personskaden, og at det bestrides, at der skulle være indtrådt forældelse eller retsfortabende passivitet. Han har blandt andet anført, at det er faktuel forkert, når selskabet gør gældende, at der ikke er rettet henvendelse til selskabet vedrørende ulykkesforsikringen forud for henvendelsen den 24/5 2019, at der den 20/1 2017 blev fremsendt spørgeskemaer til selskabets repræsentant, hvoraf det fremgår, at klageren har oplyst selskabet om, at begge børn også var omfattet af en ulykkesforsikring hos selskabet på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden, at klageren forud for fremsendelsen af spørgeskemaerne også selv har foretaget anmeldelse til ulykkesforsikringen i hvert fald på vegne af barn 2, og at det har formodningen imod sig, at han alene skulle have foretaget anmeldelse på vegne af det ene barn, når begge børn har været dækket af en ulykkesforsikring hos selskabet. Han har også anført, at selskabet under alle omstændigheder sammen med spørgeskemaerne har modtaget en række oplysninger, som man – trods en almindelig oplysnings- og vejledningspligt i forbrugerforhold – har forholdt sig passivt til og ikke har reageret på.

Af brev af 17/8 2015 fra selskabet til klageren fremgår det blandt andet, at "**Betalingspåmindelse**. Har du glemt at betale? Vi har tidligere sendt opkrævning på din forsikringspræmie. Da vi ikke kan se at have modtaget beløbet, sender vi denne påmindelse, som er pålagt et rykkerge-

Ankenævnet for Forsikring

16.

94558

byr. Vi beder dig indbetale det skyldige beløb snarest og inden 10 dage fra dags dato. Betales præmien ikke, vil forsikringsaftalen og dækning på dine forsikringer ophøre".

Det fremgår af brev af 7/9 2015 fra selskabet til klageren, at "**2. Betalingspåmindelse (OPHØR).** Med henvisning til tidligere fremsendt betalingspåmindelse har vi konstateret at vi endnu ikke har registreret din indbetaling af nedenstående faktura(er). Som følge heraf ophører din forsikringsdækning pr. 17-09-2015".

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 13, stk. 1, at "Betales præmien ikke rettidigt, kan selskabet opsige forsikringsaftalen med den virkning, at aftalen ophører, hvis præmien ikke er betalt senest 21 dage efter opsigelsen". Af forsikringsaftalelovens § 13, stk. 2, fremgår det, at opsigelsen skal angive, at forsikringsaftalen ophører, hvis præmien ikke betales inden den fastsatte frist, og skal oplyse om muligheden efter § 14 for at bringe forsikringsaftalen til at løbe på ny.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet ikke har opsagt klagerens heltidsulykkesforsikring i overensstemmelse med den procedure, som er foreskrevet i forsikringsaftalelovens §§ 12-17. På denne baggrund finder nævnet, at selskabet ikke har været berettiget til at opsige forsikringen pr. 17/9 2015. Forsikringen var derfor i kraft den 20/9 2015, hvor klageren og hans familie var involveret i et trafikuheld. Nævnet henviser til afgørelserne i sagerne 92109, 91534, 91091, 89686 og 76195.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren ikke er blevet givet en frist på 21 dage fra opsigelsen til at foretage betaling af præmien, og at der ikke fremgår oplysning om muligheden efter forsikringsaftalelovens § 14 for at bringe forsikringsaftalen til at løbe på ny, jf. forsikringsaftalelovens § 13, stk. 2.

Spørgsmålet er herefter, om der er foretaget rettidig anmeldelse af personskaden for så vidt angår barn 1.

Ankenævnet for Forsikring

17.

94558

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der er foretaget rettidig anmeldelse af personskaden. Selskabet har derfor ikke været berettiget til at afvise klagerens eventuelle krav.

Nævnet finder, at det som udgangspunkt er klageren selv, der skal anmelde sit krav under en tegnet forsikring. Nævnet finder imidlertid, at anmeldelseskravet i den konkrete sag kan anses for at være opfyldt på trods af, at klageren ikke har indgivet en traditionel anmeldelse til selskabet, idet klageren på anden måde har givet selskabet sådanne og relevante informationer om barn 1's ulykke, at dette efter omstændighederne kan betragtes som en anmeldelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at advokaten den 29/8 2016 bad selskabet om at bekræfte, at personskadeansvaret kunne anerkendes efter færdselslovens § 101 for så vidt angik barn 1 og 2, og at selskabet anerkendte erstatningspligten, hvorefter børnenes værger blev bedt om at udfylde to spørgeskemaer, hvoraf det fremgår, at klageren oplyste selskabet om, at begge børn også var omfattet af en ulykkesforsikring hos selskabet på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden. Havde selskabet således retmæssigt anerkendt, at heltidsulykkesforsikringen var i kraft ved trafikuheldet den 20/9 2015, finder nævnet, at selskabet - under ovenstående omstændigheder og i henhold til god skik bekendtgørelses krav om at handle "redeligt og loyalt over for sine kunder" - havde en forpligtigelse til enten at vejlede klageren om, at kravet også kunne anmeldes under heltidsulykkesforsikringen, eller at betragte barn 1's ulykke som anmeldt til selskabet.

Nævnet finder ikke grundlag for at statuere, at klageren har udvist retsfortabende passivitet i forhold til sit krav mod selskabet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Ankenævnet for Forsikring

18.

94558

Selskabet, Lloyd's v/Indigo Underwriters V/Dfa Forsikringsagentur, skal anerkende, at opsigelsen af klagerens heltidsulykkesforsikring ikke er sket i overensstemmelse med proceduren i forsikringsaftalelovens §§ 12-17, og at forsikringen derfor var i kraft den 20/9 2015. Selskabet skal genoptage sagsbehandlingen med henblik på at opgøre en eventuel erstatning. En eventuel erstatning forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Klagegebyret tilbagebetales.


Peter Thønnings