

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 7. april 2021 blev i sag nr. 95736:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Købstædernes Forsikring GS
Strandgade 27A
1401 København K

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 2/9 2020 til nævnet samt i vedlagte bilag har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Har vedhæftet uddybelse, se venligst denne. Kort fortalt, [sports]skade 13/12-2015, efterfølgende 3 operationer uden bedring. Da jeg ikke var klar over skadens omfang, da det skete, opsøgte jeg ikke skadestuen. Gik i stedet for med smerter i knæet indtil jeg endelig, via mit arbejde fik kigget på det af en ortopædkirurg, og herfra kom i behandlingsforløb.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Anerkendelse af skade og udbetaling af det beløb, der hører til denne type skade (bruskskade). Har et ikke funktionsdygtigt knæ og har ikke kunne spille [sport] eller være aktiv på anden måde siden skaden."

Og

"Jeg har fået afvist min anmeldelse af skade i forbindelse med [sport] af flere omgange og af flere årsager. Jeg vil gerne uddybe div. kommentarer fra forsikringsselskabet. Jeg anmeldte skaden efter den første operation den 25/10-2016. Grunden til at det først var der, var at jeg ikke var klar over hvilken skade jeg havde pådraget mig, dengang jeg slog mit knæ under en [sport]kamp den 13/12-2015. Jeg ved godt, at forsikringsbetingelserne siger (6.10), at erstatningspligten er betinget af, at man straks bliver behandlet af en læge. Problemet er jo, at jeg ikke vidste, hvilken skade jeg havde lavet i mit knæ. Som overlæge ... også skriver i journalnotat fra 11/9-2017, ville jeg, hvis jeg var taget på skadestuen, have fået at vide, at jeg skulle tage den med ro og evt. lægge is på. Denne viden har jeg som [sundhedsfaglig] selv, og vurderede derfor ikke at det ville nytte noget at tage på skadestuen. Jeg er blevet anbefalet af forsikrings'person' gennem banken at anfægte denne afgørelse, da jeg både qua mit arbejde men også gennem mange år som ...spiller ved, at et

skadestuebesøg ikke gør nogen forskel, når der er tale om denne slags traume. Dette også beskrevet af Havde jeg taget kontakt til skadestuen, ville beskeden formentligt netop have været som ovenstående, da der ikke var tegn på fraktur.

Et andet af afvisningspunkterne er at der på MR-beskrivelsen fra [privathospital] den 18/9-2016 står under indikation, at der er smerter I FORBINDELSE med løb. Forsikringen har skrevet, at der står at smerterne er OPSTÅET i forbindelse med løb. Desuden står der, at der i journalnotatet den 28/9-2016, står at jeg har haft smerter siden jul, men at jeg ikke har været udsat for traume. Jeg sagde netop til lægen at jeg havde været udsat for et fald i ...kamp som lige havde gjort lidt mere ondt end det plejede. Hvorfor han har skrevet det ved jeg ikke, men jeg ved, at jeg som [sundhedsfaglig] der dagligt læser patientjournaler, ofte ser 'fejl' i disse. Lægerne har meget travlt og det går ofte stærkt. Desuden skriver ... også i journalnotatet den 21/8-2017, hvor han henviser mig videre til ... hospital, at 'Patienten er den 25.10.16 opereret for bruskskade i mediale femurkondyl efter [sports]traume'. De skriver endvidere at der ikke er lægelig dokumentation for et traume. Der står jo netop i ovenstående notat, at skaden er sket efter et [sports]traume, samt i notatet fra 11/9-2017. Da skaden er meget lokaliseret, tyder det jo netop ikke på slitage, men på en akut opstået skade.

Derudover har forsikringen heller ikke rigtigt kunne 'håndtere' at jeg, fordi jeg arbejder på ...hospital i ..., ikke har været 'gennem' egen læge. Da jeg havde gået med smerter i knæet længe, fra dec 15-aug 16, og indså at smerterne ikke gik væk af sig selv, kom jeg via en kollega i kontakt med ortopædkirurg ... (første journalnotat 29/8.16). Derfor har jeg ikke haft kontakt med egen læge op til første operation, hvilket jeg har forklaret flere gange for forsikringsselskabet. Håber ikke at det skal ligge en til last, at man via sit arbejde kan blive tilset af læge.

I de første afslag er de samme årsager og ingen tilbagemelding på mine indsigelser. Der har været virkelig lang responstid og fornemmelsen af at de ikke har overblik over oplysningerne. Der har været svartid på op til 2½ måned. For overblikkets skyld er her en oversigt over forløbet:

OVERSIGT OVER FORLØB

13/12-2015 Akutte smerter i forbindelse med fald på knæ i ...kamp.

29/8-2016 Tilses af ortopædkirurg på [hospital]. Henvises til MR-skanning.

18/9-2016 MR skanning [privathospital].

25/10-2016 1. Operation. Forventet fjernelse af irriteret plica. Under operation findes bruskskade som behandles med mikrofraktur (Steadman) og efterfølgende aflastning i 5 uger.

21/8-2017 Pga. fortsatte smerter laves endnu en MR skanning, som viser fortsat stor bruskskade på med. femurkondyl. Henvises til [hospital] mhp andre behandlingsmuligheder.

13/11-2017 Tilses på [hospital] og henvises til rtg (stitch optagelse) samt artroskopi mhp vurdering af bruskforhold og stillingtagen til videre mulighed for behandling.

1/2-2018 2. Operation. Artroskopisk resektion af ledbrusk. Det vurderes at jeg muligvis vil kunne have gavn af en miniprotese/episealer.

8/6-2018 Efter at have fået foretaget endnu en MR skanning mhp vurdering af skade til episealer, viser det sig at bruskskaden er for stor til denne type protese.

25/6-2018 Plan er at forsøge med inforatio (steadman) igen.

27/9-2018 3. operation. Fornyet mikrofraktur/inforation. Aflastning efterfølgende i 6 uger.

23/9-2019 Kontrol på [hospital]. Pga. fortsatte tiltagende smerter og klik fra knæet henvises til endnu en MR skanning.

1/9-2020 Henvist videre til alloplastik afd på [hospital] mhp samtale om behandlingsmuligheder, evt alloplastik.

OVERSIGT OVER 'FORLØB' med forsikringsselskab

14/12-2016, anmelder skade da denne opdages i forbindelse med operation. Skaden er sket 13/12-2015.

17/7-2017 Afslag fra forsikringsselskab

3/9-2018 Endnu et afslag fra forsikring efter at have anfægtet ovenstående kritikpunkter

25/8-2020 Skriver til forsikringsselskabets klageafdeling endnu engang.

27/8-2020 svar fra forsikringsselskabets klageansvarlige som ikke finder anledning til at underkende afgørelsen fra skadeafdelingen. Den klageansvarlige skriver igen, at jeg ikke har søgt læge i forbindelse med skadens opståen. Har flere gange redegjort for dette. Desuden skriver han, at jeg havde smerter i knæet inden skadedato, hvilket er direkte forkert. Har skrevet tilbage den 27/8 og spurgt hvor i journalen dette står. Det har jeg ikke fået svar på.

Jeg har en stor bunke journalnotater samt korrespondance med forsikringsselskabet, og vedhæfter de mest relevante ... Som jeg tidligere har skrevet, har forsikringen i forbindelse med tegning af vores forsikringer opfordret mig til at have denne ulykkesforsikring, da jeg spillede [sport]. Det er nu snart 5 år siden jeg faldt og slog mit knæ i en ...kamp, lidt hårdere end sædvanligt. Siden har jeg været igennem 3 operationer og kan ikke spille [sport] eller på anden måde være fysisk aktiv pga. smerter fra knæet. Har i perioder i forbindelse med operationer både været sygemeldt og været på nedsat tid med ændrede funktioner. Jeg synes det har haft store konsekvenser på mit liv, og er meget ærgerlig over at min ulykkesforsikring ikke har kunnet 'kompensere' på nogen måde. Det må vel alt andet lige være outcome der er afgørende for dækning, og ikke hvorvidt jeg havde besøgt skadestuen da skaden først skete."

Selskabet har af 24/9 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Vi kan ikke imødekomme klagerens ønske, da hendes krav er forældet. Vi finder derudover ikke, at klageren har bevist, at generne er en følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

Sagsforløb

Klageren anmeldte den 14. december 2016, at hun i forbindelse med ...spil i december 2015 var faldet og havde slået knæet. Se bilag A. I anmeldelsen fremgår det, at dato for første behandling var den 29. august 2016, altså 8 måneder efter ulykken. Adspurgt hvilken behandling der blev foretaget efter ulykken, svarede klageren, at der umiddelbart efter ikke blev foretaget nogen behandling, men at de vedvarende smerter førte til udredning. Den 20. december 2016 oplyste klageren, at skadedatoen var den 13. december 2015.

Den 1. februar 2017 modtog vi journaloplysninger fra klagerens privatpraktiserende læge. Se bilag B. Det fremgår af journalen, at klageren den 29. august 2016 blev henvist til MR-scanning, der blev udført den 18. september 2016. Under indikation er det beskrevet, at 'Man mistænker medial menisklæsion. Patienten har smerter i højre knæled i forbindelse med løb.' Der er ingen oplysninger om, at smerterne skulle være opstået i forbindelse med et fald til [sport]. I forbindelse med undersøgelse ved ortopædkirurg ... den 28. september 2016 er det noteret, at, 'Patienten har siden jul i perioder haft smerter i knæet, specielt når hun bruger sig fysisk. [...] Jeg synes, at der skal laves en MR-scanning af knæet mhp. en medial menisk skade, idet patienten spiller [sport]. Har dog ikke været udsat for noget traume, men sagtens kan have fået en menisk skade.' Klageren blev opereret den 25. oktober 2016, hvor man fandt en bruskskade svarende til medial femur-

kondyl fortil. Den løse brusk blev rensset af og der blev lavet mikrofraktur svarende til området. Der fandtes også to plicaer, som blev fjernet. Den 15. marts 2017 spurgte vi klageren, om hun havde været behandlet andre steder, inden hun den 29. august 2016 blev henvist til MR-scanning. Klageren svarede den 2. maj 2017, at hendes første officielle lægekontakt fandt sted i august 2016. Som årsag hertil svarede hun, at hun på skadestidspunktet ikke var klar over, hvilken skade hun havde pådraget sig. Hun tog ikke på skadestuen, da skaden skete, da hun med sin viden som [sundhedsfaglig] allerede vidste, hvad beskeden ville være, og at et besøg på skadestuen ikke ville have gjort nogen forskel. Hun iværksatte selv akut behandling og efterfølgende har hun qua hendes arbejde uofficielt talt og konfereret med læger og fysioterapeuter, og først da hendes tilstand ikke blev bedre, blev hun henvist til MR-scanning. Se bilag C.

Den 17. juli 2017 meddelte vi klageren, at vi ikke kunne dække den anmeldte ulykke, fordi hun ikke straks efter ulykken var blevet behandlet af en læge, som vores forsikringspligt er betinget af, og at der i øvrigt ikke forelå dokumentation for en ulykke. Se bilag D. Den 18. september 2017 modtog vi en klage over vores afvisning. Se bilag E. Den 17. april 2018 modtog vi opdateret journalmateriale fra klageren læge. Se bilag F. Vi forelagde sagen for vores lægekonsulent, og på baggrund af dennes udtalelse meddelte vi klageren den 3. september 2018, at vi fastholdt vores tidligere afvisning. Se bilag G. Vi har herefter ikke hørt fra klageren, indtil hun klagede til vores klageansvarlige den 27. august 2020, og nu til jer den 9. september 2020.

Særligt vedrørende forældelse

Det følger af forældelseslovens §§ 2 og 3, at der gælder en 3-årig forældelsesfrist, der skal regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor forsikringstageren kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning over for ulykkesforsikringen. Dette tidspunkt regnes fra den dag, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at forsikringstageren har haft rimelig anledning til at anmelde kravet, uanset om en eventuel méngrad først kan opgøres senere. Vi vurderer, at skaden i hvert fald den 29. august 2016 – hvor klageren blev henvist til MR-scanning, fordi tilstanden efter hendes eget udsagn ikke var blevet bedre - havde vist sig på en sådan måde, at klageren med rimelighed kunne have fremsat sit krav på dette tidspunkt. Krav mod selskabet vil i så fald senest være forældet den 29. august 2019. Efter forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 indtræder forældelse af krav tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det helt eller delvist afviser kravet. Vi har den 17. juli 2017 meddelt klageren, at vi afviste hende krav på dækning, og et-årsfristen løber således fra denne dato.

Besvarelse af klagepunkter

Klageren anfører, at hun ikke opsøgte læge efter ulykken, fordi hun ikke var klar over, hvilken skade hun havde pådraget sig, og at hvis hun havde taget på skadestuen, så havde hun fået besked på at tage den med ro, og hun qua sit arbejde som fysioterapi allerede besad denne viden. Vi henviser til vores forsikringsvilkår punkt 6.10, hvoraf fremgår, at vores forsikringspligt er betinget af, at den sikrede (skadesramte) straks bliver behandlet af en læge. Denne betingelse er ikke opfyldt. At klageren qua hendes stilling som [sundhedsfaglig] og ...spiller vurderer, at hun ikke ville have fået nytte af lægekontakt efter ulykken, kan ikke føre til en fravigelse af forsikringsvilkårene, da vilkårene ikke tager hensyn til stilling, erfaring mv. Vi henviser i øvrigt til de almindelige erstatningsretlige principper om, at hvis man ikke konsulterer en læge eller anden behandler i tidsmæssig tilknytning til ulykken, er der en formodning for, at ens symptomer ikke er opstået inden for 72 timer efter ulykken, og det bliver bevismæssigt vanskeligt for den tilskadekomne at bevise, at der har været strakssymptomer. Forsikringen kræver ikke, at man nødvendigvis henvender sig på skadestuen lige efter ulykken, men at man i hvert fald langt før end først 8 måneder efter ulykken bliver behandlet af en læge. Vi mener da også, at klageren netop på grund af hendes arbejde og

...spil burde have opsøgt læge noget før, særligt hvis der havde været symptomer lige siden ulykken.

Klageren anfører også, at et af vores afvisningspunkter har været, at smerterne skulle være opstået i forbindelse med løb. Det er korrekt, at vi ved en fejl i afvisningen af 17. juli 2017 har henvist til, at smerterne er opstået i forbindelse med løb. Dette er naturligvis ikke korrekt, da det ved MR-beskrivelsen fra [privathospital] den 18. september 2016 er noteret, at der er smerter i forbindelse med løb. Dette kan dog ikke i sig selv føre til en ændring af vores vurdering på grund af sagens øvrige omstændigheder - særligt manglen på både lægekontakt og henvisning til et ulykkestilfælde i tidmæssig tilknytning til ulykken - og derfor fastholdt vi også vores afvisning den 3. september 2018.

Klageren henviser også til, at der i journalnotat af 28. september 2016 er beskrevet, at der har været symptomer siden jul, men at klageren ikke har været ude for et traume. Ifølge klageren er dette en fejl fra lægens side. Klageren anfører, at hun ofte ser patientjournaler, hvor lægen har lavet sådan en fejl. I forbindelse hermed skal vi henlede nævnets opmærksomheden på, at fejl i journaloplysninger desværre er klagerens bevisrisiko, og at klageren må bære risikoen for rigtigheden af de oplysninger, der lægges til grund for afgørelsen, da det er klageren, der har bevisbyrden. Klageren henviser også til speciallæge ...s journalnotat af 21. august 2017, hvor speciallægen i henvisningen har anført, at 'Patienten er den 25.10.16 opereret for bruskskade i mediale femurkondyl efter [sports]traume'. I den forbindelse bemærker vi, at der i de primære journaloplysninger ikke er oplysning om et traume, og at speciallægens notat om, at skaden er opstået efter et [sports]traume, først er noteret 1 år og 9 måneder efter ulykken, og at det endda først er sket efter, at vi har meddelt klageren, at vi ikke dækkede ulykkestilfældet som beskrevet i brev af 17. juli 2017.

Klageren anfører, at vi som selskab ikke kan håndtere, at hun arbejder på et hospital, at hun ikke har været ved hendes egen læge og da hun havde gået med smerterne længe og indså, at de ikke gik væk, kom hun via en kollega i kontakt med speciallæge ..., som hun første gang konsulterede den 29. august 2016. Det er ikke en dækningsbetingelse, at den tilskadekomne bliver undersøgt af sin egen læge, men derimod en læge, uanset om det er en speciallæge eller ens almenpraktiserende læge, at man kan dokumentere dette, og at lægebehandlingen i øvrigt sker straks efter ulykken, hvilket ubestridt ikke er tilfældet i denne sag. Endeligt anfører klageren, at hun mangler svar på hendes indsigelser og at vi har haft lange svartider. Det er korrekt, at der i visse perioder under sagens behandling har været længere sagsbehandlingstider på indkommen post, og dette er selvfølgelig beklageligt. Ved en gennemgang af sagen kan vi se, at vi typisk har haft længere svartider i forbindelse med afvikling af sommerferie og juleferie.

Opsummering

Vi kan ikke imødekomme klagerens ønske om anerkendelse og udbetaling af erstatning for hendes skade, da klagerens krav er forældet. Desuden bemærkes det, at betingelserne for vores erstatningspligt ikke er opfyldt, da klageren ikke er blevet behandlet af en læge straks efter ulykke, jf. forsikringsvilkårenes punkt 6.10, men hun i stedet først blev behandlet 8 måneder efter ulykken, ligesom der af de lægelige oplysninger ikke er angivet oplysninger om et ulykkestilfælde den 13. december 2015 før efter, at vi har afvist at dække ulykken, men at der tværtimod er angivet den 28. september 2016, at klageren ikke har været ude for et traume. Ifølge almindelige forsikringsretlige principper påhviler det klageren at bevise størrelsen og eksistensen af sit krav, og ud

fra sagens oplysninger har klageren ikke løftet bevisbyrden for, at hendes gener er en følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde. Vi henviser til vedlagte bilag."

Klageren har af 14/11 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Først og fremmest mener jeg ikke, at mit krav er forældet. Forsikringsselskabet skriver, at der er en 3-årig forældelsesfrist fra det tidspunkt, hvor ut. 'kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning, regnet fra den dag hvor skaden har vist sig på en måde hvor ut har haft rimelig anledning til at anmelde kravet'. Skaden blev anmeldt 14/12-2016, dvs. mindre end 2 måneder efter at jeg (under operation 25/10-2016), var blevet klar over omfanget af skaden. Herefter har der ofte været en MEGET lang ekspeditionstid fra forsikringsselskabet, hvor jeg flere gange har måtte rykke for svar. F.eks. har jeg måtte rykke for svar på mail sendt fra mig den 15/1 2018, hvor jeg har oplyst om praktiserende læge, fordi forsikringsselskabet for ANDEN gang beder om de samme oplysninger vedr. praktiserende læge, som jeg allerede havde oplyst den 14/12-2016, da skaden blev anmeldt. Dvs. forsikringsselskabet har været over 1 år om at modtage informationen om 'egen læge' (se BILAG 1 2.klagesvar). Endnu et eksempel på MEGET langvarig sagsbehandling er, da jeg den 29/11-2017 rykker forsikringsselskab for svar på henvendelse den 19/9-2017, og igen den 7/12-2017 må jeg rykke, før jeg så ringer til forsikringsselskabet (se BILAG 2. 2.klagesvar) og endelig modtager svar den 8. januar 2018. Med så langvarig sagsbehandling som i september-oktober-november-december 2017, der vel næppe kan tilskrives en travl sommerferieperiode eller juleferieperiode som forsikringsselskabet forsøgsvis forklarer sig med, og i den grad har forhalet sagsbehandlingstiden af denne sag, kan det vel næppe have sin rigtighed at forsikringsselskabet mener, at sagen er forældet.

Forsikringsselskabet skriver desuden i klagesvaret at 'det ikke er en betingelse at man nødvendigvis henvender sig på skadestuen lige efter skaden, men at man i hvert fald før end 8 mdr. efter ulykken bliver behandlet af en læge'. Og jeg ville ønske, at jeg på tidspunktet for skaden havde ringet til skadestuen, og havde jeg bare kunne kigge ind i mit knæ og se, at der faktisk var kommet en skade, så havde jeg da bestemt valgt at gøre det. Men som ortopædkirurgisk overlæge ... også skriver i journalen, så skulle man som ...spiller jo nærmest tage på skadestuen hver gang man har spillet en kamp. (se tidligere bilag: JOURNAL...290816-151117). Derudover skriver ... 'at jeg ville have fået at vide, at jeg skulle gå hjem og tage den med ro med benet.' At forsikringsselskabet antyder mistro til rigtigheden af overlæge ...s notat, idet de skriver at denne udtalelse først er noteret 1 år og 9 mdr. efter ulykken er fra et lægefagligt synspunkt kritisabelt. Hvis forsikringsselskabet har mistro til rigtigheden af pågældende journalnotat, må man jo konsultere rette vedkommende med denne mistanke. Jeg konsulterede på daværende tidspunkt lægen vedr. mine bekymringer for mit knæ og har naturligvis ikke haft indflydelse på, hvad der er blevet noteret i journalen. Forsikringsselskabet vælger at tro på de journalnotater der taler 'imod' min sag, på trods af at der i journalen (notat 21/8-2017) står beskrevet, at jeg er blevet 'opereret for bruskskade i med. femurkondyl efter [sports]traume'. Da det påhviler mig at løfte bevisbyrden for at mine gener er følger efter [sports]traume 13/12-2015, kan det vel ikke skrives tydeligere end det står flere gange i journalen. Derudover er skaden beskrevet som brusklæsion og bruskskade. Forsikringsselskabets lægefaglige konsulent, vil formentligt vide at en bruskskade netop opstår ved en skade og dermed er endnu et argument for en traumatisk skade. At forsikringsselskabet vælger at tro og tolke det modsatte ud fra de notater der fejlagtigt beskriver dette og vælger at mistænkeliggøre et tidspunkt for et journalnotat er problematisk og ærgerligt, da man jo netop håber at have sit forsikringsselskab i ryggen, den dag der sker en skade. Dette har desværre ikke været tilfældet med

dette forsikringselskab, der endda da forsikringen skulle tegnes, rådede mig til at tegne denne ulykkesforsikring, netop fordi jeg spillede [sport].

Forsikringselskabet skriver både, at forsikringspligten er betinget af, at skaderamte straks bliver behandlet af en læge, og samtidig skriver de, at forsikringen ikke kræver at man nødvendigvis henvender sig på skadestuen med det samme, men dog før 8 mdr. efter skaden. Men hvornår ville det så være ok, når man netop skriver at man godt kan fravige fra forsikringsbetingelserne? Det kan jo være meget personligt betinget, om man er den type person, der kontakter skadestuen ved den mindste ting, eller om man er den type person, der ser tiden an. Men at man skal straffes, fordi man hører til den sidste gruppe synes ikke fair. Tydeligvis er jeg ikke en der overrender skadestuen ved det mindste, men vælger at se tiden an. Havde jeg vidst hvilken skade der var sket, havde jeg selvfølgelig henvendt mig tidligere. Igen ville jeg ønske, at jeg havde gjort det anderledes. Allerhelst ønsker jeg, at jeg havde et knæ der ikke gjorde ondt, at jeg kunne spille [sport] som jeg altid har gjort, at jeg kunne gå på arbejde uden at tage smertestillende medicin, at jeg kunne løbe mig en tur og at jeg kunne hoppe i trampolin med mine børn. At man oven i, at skulle vænne sig til, at man ikke kan gøre alt det man gerne vil, skal fratages for hvad der i mine øjne er en lille kompensation, pga. at man ikke har henvendt sig på skadestuen indenfor et bestemt (uvidst) tidsrum, eller at journalnotater skal vendes og drejes så det passer til forsikringselskabets fordel og skal kæmpe for at blive 'troet på', er ganske belastende og ikke et udtryk for et forsikringselskab som hjælper sine kunder. Jeg har et knæ, som jeg nu står overfor at skulle have opereret for 4. gang, og denne gang med et unikknæ, med det håb, at jeg vil kunne bevæge mig uden smerter. En anerkendelse af skaden vil ikke gøre mit knæ bedre, men er vel netop årsagen til at man betaler mange penge til forsikringer, for at kunne blive kompenseret såfremt uheldet skulle være ude!."

Selskabet har af 2/12 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Klageren henviser til, at hun den 19. september 2017 har skrevet til os, og at hun har rykket os for svar den 29. november 2017 og den 7. december 2017. Vi har modtaget hendes klage den 18. september 2017. Se bilag E. Vi har den 1. november 2017 kvitteret for modtagelsen af klagen og oplyst, at vi ville forelægge hendes sag for vores lægekonsulent. Se bilag I. Vi har den 29. november 2017 skrevet til klageren, at vi har forsøgt at ringe til hende, og at hun meget gerne måtte kontakte os. Dette har sagsbehandleren også noteret på skadesagen. Se bilag J og nedenstående skærmpoint.

Note 29-11-2017 12:05
vi mangler lægeligt har forgæves i flere uger at kontakte skd pr tlf - ønsker opl om tidl læge der vi intet har for tidligere. Gerne hvis hun selv har lægeligt.

Vi har den 12. december 2017 skrevet til klageren, at hun gerne måtte oplyse navn og adresse på tidligere praktiserende læger, samt hvornår hun var tilknyttet disse. Derudover bad vi hende indsende evt. yderligere lægejournaler. Se bilag K. Det er korrekt, at vi allerede var i besiddelse af oplysninger om hendes på daværende tidspunkt praktiserende læge. Disse oplysninger fremgår af skadesanmeldelsen, og allerede i januar 2017 indhentede vi journal fra lægen af.

Klageren skriver, at hun den 19. september 2017 har sendt en forespørgsel på en kopi af hendes skadeanmeldelse og vedlagde en autogenereret kvittering fra os dannet den 19. september 2017 kl. 00:59. Vi har ikke modtaget nogen anmodning om kopi af skadesanmeldelse den 19. september 2017, men vi har den 18. september 2017 kl. 21:26 modtaget en klage og journaludskrift fra klageren. Se bilag E. Det er korrekt, at klageren rykkede os den 7. og 8. december 2017 på en mail, som hun har sendt til os den 29. november 2017. Den 8. januar 2018 sendte vi klageren en kopi af

skadeanmeldelsen. Klageren henviser til vores 'MEGET langvarige sagsbehandling'. Vi bestræber os på at have at besvare indkommen post, men i perioder hvor det er almindeligt forekommende der afholdes ferie – bl.a. juleferie – er der naturligvis længere sagsbehandlingstid.

Klageren anfører, at vi modsiger os selv i forhold til, hvornår man skal behandles af en læge og at man kan fravige forsikringsbetingelserne. Vi har skrevet følgende i vores klagesvar: 'Forsikringen kræver ikke, at man nødvendigvis henvender sig på skadestuen lige efter ulykken, men at man i hvert fald langt før end først 8 måneder efter ulykken bliver behandlet af en læge.' Det vi mener, er, at forsikringen ikke kræver, at man henvender sig på skadestuen lige efter ulykke, men at man konsulterer en læge – for eksempel ens egen privat praktiserende læge – i tidsmæssig tilknytning til ulykken. Det er således ikke et krav, at det lige netop skal være skadestuen, men derimod en læge.

Klagerens kommentarer ændrer ikke på vores vurdering af følgende; 1) Kravet er forældet 2) Der er ingen dokumentation for, at symptomerne er opstået i tidsmæssig tilknytning til ulykken (manglende strakssymptomer), fordi der først er opsøgt en læge mere end måneder efter ulykken 3) Vores erstatningspligt er betinget af, at sikrede straks bliver behandlet af en læge, jf. forsikringsvilkårene APR-1312, og dette er ikke sket. 4) Der fremgår intet af de primære lægelige oplysninger om, at årsagen til knæskaden skyldes et ulykkestilfælde den 15. december 2015. Det fremgår derimod, at klageren ikke har været udsat for noget traume. Vi henviser i øvrigt til tidligere kendelse afsagt af nævnet 89.973. 5) Oplysningen om at skaden skulle være opstået ved efter et [sports]traume, fremgår først af journalen den 21. august 2017, hvilket er efter, at vi har meddelt klageren, at vi ikke dækkede det anmeldte ulykkestilfælde og dette har hun meddelt speciallægen."

Til dette har klageren af 19/1 2021 bl.a. anført:

"... Det er de samme argumenter fra forsikringen som i første svar og jeg fastholder stadig mine svar. Jeg blev opfordret til, af forsikringsselskabet at oprette denne forsikring fordi jeg spillede [sport]. Forsikringsselskabet fastholder at jeg ikke blev set af en læge da skaden skete, og jeg må fastholde, at det er svært idet jeg ikke var klar over skadens alvor. På intet tidspunkt har forsikringsselskabet bedt om en speciallægeerklæring. På min opfordring blev sagen forelagt en lægefaglig konsulent, uvidst om det var en ortopædkirurg. Dette har været symptomatisk, at der har været mere fokus på detaljer som datoer, og formuleringer i stedet for fokus på skaden, dens omfang og betydning. Jeg henviser til mit første klagesvar for svar og kommentarer for hele forløbet, og må udtrykke min store ærgrelse over at skulle bruge så meget energi på dette i denne kamp, som det desværre er. Uanset hvad udfaldet måtte blive, er det mig der er taberen, da der er mig der har et knæ som påvirker mit funktionsniveau dagligt og står overfor operation med unikknæ, som lige nu er udskudt pga corona. Dette er vel netop grunden til at man har en forsikring."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Nævnet har blandt andet modtaget anmeldelse af 14/12 2016, korrespondance mellem klageren og selskabet, journal fra hospitaler, journal fra egen læge og uddrag af forsikringsbetingelserne APR-1312. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Af anmeldelse af 14/12 2016 fremgår bl.a.:

"Beskriv ulykken: I forbindelse med ...spil (dec 2015) er jeg faldet og har slået knæet. Har gået med smerter i det siden og fik 18/9-16 udført en MR-skanning som viste irriteret plica. Fik derfor udført en kikkertoperation den 25/10, hvor der blev fundet en bruskskade og der blev udført mikrofraktur samt fjernet 2 plicae. Måtte ikke støtte i 5 uger, og er herefter gået i gang med genoptræningen. Bruskskaden kunne ikke ses på MR skanning, og var derfor først klar over at det var en bruskskade der var skyld i smerterne efter operationen den 25/10."

Af selskabets afslag af 17/7 2017 fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget din svar mail og vender nu tilbage til sagen. Den 14. december 2016 anmelder du, at du i forbindelse med ...spil faldt og slog knæet i december 2015. Af det modtagne journalmateriale fremgår det at du den 29. august 2016 bliver henvist til nærmere udredning af knæet - dette er ud fra de oplysninger vi har modtaget den første henvendelse du har til en læge. Af forsikringens vilkårafsnit 6.10 fremgår det at vores erstatningspligt er betinget af, at den sikrede (den skaderamte) straks bliver behandlet af en læge, og i øvrigt er under lægetilsyn indtil raskmelding finder sted. Af journalnotatet 18. september 2016 oplyses det at smerterne i knæet er opstået i forbindelse med løb, og af notatet 28. september 2016 fremgår det at du siden jul har haft smerter i knæet. Har dog ikke været udsat for noget traume. Vi skal starte med at oplyse, at det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 6.6.1, at forsikringen dækker 'Direkte følger af ulykkestilfælde. Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager varige mén.' Er der ikke tale om en direkte følge af et ulykkestilfælde, er der ikke dækning. Da der ikke er lægelig dokumentation for et traume, er der således ikke tale om en begivenhed, som kan betragtes som en pludselig hændelse.

Vi kan derfor ikke tilbyde erstatning for din knælidelse, da der ikke er lægelig dokumentation for at der er tale om et traume, ligesom der ikke er dokumenteret årsagssammenhæng til den anmeldte hændelse og den lidelse du er blevet opereret for, idet der ud fra de modtagne oplysninger ikke er sket nogen hændelse der i ulykkesforsikrings regi vil være omfattet af ulykkesforsikringen. Vi tillader os derfor at afslutte sagen."

Klageren bad selskabet om at genoptage sagen ved henvendelse af 18/9 2017, og selskabet fastholdt ved ny afgørelse af 3/9 2018, hvoraf fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget dine svar mail samt journal og vender nu tilbage til sagen. Sagen har atter været forelagt for vores lægekonsulent, der udtaler: Den 14. december 2016 anmelder du, at du i forbindelse med ...spil faldt og slog knæet i december 2015. Af det modtagne journalmateriale fremgår det at du den 29. august 2016 bliver henvist til nærmere udredning af knæet - dette er ud fra de oplysninger vi har modtaget den første henvendelse du har til en læge. Af forsikringens vilkår afsnit 6.10 fremgår det at vores erstatningspligt er betinget af, at den sikrede (den skaderamte) straks bliver behandlet af en læge, og i øvrigt er under lægetilsyn indtil raskmelding finder sted. Af journalnotatet 18. september 2016 fremgår det at du siden jul har haft smerter i knæet. Du har dog ikke været udsat for noget traume. Vi skal starte med at oplyse, at det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 6.6.1, at forsikringen dækker 'Direkte følger af ulykkestilfælde. Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager varige mén.' Er der ikke tale om en direkte følge af et ulykkestilfælde, er der ikke dækning. Da der ikke er lægelig dokumentation for et traume, er der således ikke tale om en begivenhed, som kan betragtes som en pludselig hændelse. Vi kan derfor ikke tilbyde erstatning for din knælidelse, idet der ikke er lægelig dokumentation for at

der er tale om et traume, ligesom der ikke er dokumenteret årsagssammenhæng til den anmeldte hændelse og den lidelse du er blevet opereret for, idet der ud fra de modtagne oplysninger ikke er sket nogen hændelse der i ulykkesforsikrings regi vil være omfattet af ulykkesforsikringen. Vi tillader os derfor at afslutte sagen."

Af forsikringsbetingelserne APR-1312 fremgår bl.a.:

6.6 Hvilke skader er dækket

Forsikringen dækker:

6.6.1 Ulykkestilfælde

Direkte følger af et ulykkestilfælde.

Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager varige men eller død.

...

6.10 Hvis skaden sker

Enhver skade skal hurtigst muligt anmeldes til Købstædernes Forsikring. Vores erstatningspligt er betinget af, at sikrede (den skaderamte) straks bliver behandlet af en læge, og i øvrigt er under lægetilsyn indtil raskmelding foreligger. Så snart lægebehandling er endt, eller skadens blivende følger kan bedømmes, skal Købstædernes Forsikring orienteres."

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 14/12 2016 til selskabet, at hun i december 2015 kom til skade med sit knæ i forbindelse med sport. Klageren har blandt andet anført, at hun først var klar over, at hun havde pådraget sig en knæskade, efter hun fik foretaget operation den 25/10 2016, hvor man konstaterede bruskskade. Hun anmeldte derfor først forholdet den 14/12 2016. Hun har videre anført, at hun ikke opsøgte egen læge eller skadestuen umiddelbart efter faldet, da hun dengang ikke var klar over skadens omfang. Hun har selv en sundhedsfaglig uddannelse og vidste derfor, at knæet skulle holdes i ro. Hun kom i behandling, efter at hun drøftede knæet med en ortopædkirurg på sin arbejdsplads.

Selskabet har afvist at yde dækning under henvisning til, at klagerens krav er forældet. Selskabet har i den forbindelse anført, at "Det følger af forældelseslovens §§ 2 og 3, at der gælder en 3-årig forældelsesfrist, der skal regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor forsikringstageren kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning over for ulykkesforsikringen. Dette tidspunkt regnes fra den dag, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at forsikringstageren har haft rimelig anledning til at anmelde kravet, uanset om en eventuel méngrad først kan opgøres senere. Vi

Ankenævnet for Forsikring

11.

95736

vurderer, at skaden i hvert fald den 29. august 2016 – hvor klageren blev henvist til MR-scanning, fordi tilstanden efter hendes eget udsagn ikke var blevet bedre - havde vist sig på en sådan måde, at klageren med rimelighed kunne have fremsat sit krav på dette tidspunkt. Krav mod selskabet vil i så fald senest være forældet den 29. august 2019. Efter forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 indtræder forældelse af krav tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det helt eller delvist afviser kravet. Vi har den 17. juli 2017 meddelt klageren, at vi afviste hende krav på dækning, og et-årsfristen løber således fra denne dato". Selskabet har videre anført, at klageren ikke har bevist, at de aktuelle gener skyldes et dækningsberettiget ulykkestilfælde. Selskabet henviser i den forbindelse blandt andet til, at der forud for selskabets afvisning den 17/7 2017 i de lægelige bilag ikke er anført oplysninger om, at klageren skulle være kommet til skade den 13/12 2015.

Af forældelseslovens § 2 og § 3 følger det, at den almindelige forældelsesfrist for klagerens krav på forsikringsdækning er 3 år, som skal regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor hun kunne kræve fordringen opfyldt. Dette er efter almindelig praksis det tidspunkt, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at der er rimelig anledning til at anmelde skaden til selskabet.

Det følger af forældelseslovens § 21, stk. 5, at hvis der inden forældelsesfristens udløb er indledt forhandlinger om fordringen mellem selskabet og den sikrede, eventuelt under medvirken af uafhængig tredjemand, indtræder forældelse tidligst 1 år efter det tidspunkt, hvor forhandlingerne må anses for at være afsluttet.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt., at hvis en skade er anmeldt til selskabet inden forældelsesfristens udløb, indtræder forældelse af krav, som skaden giver anledning til, tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det helt eller delvist afviser kravet.

Det fremgår af sagen, at klageren den 14/12 2016 anmeldte, at hun kom til skade i december 2015, at selskabet ved afgørelse af 17/7 2017 afviste at yde dækning, at klageren den 18/9 2017 anmodede selskabet om en revurdering, at klageren den 17/4 2018 sendte opdateret

Ankenævnet for Forsikring

12.

95736

journal til selskabet, at selskabet herefter forelagde sagen for lægekonsulent, at selskabet den 3/9 2018 fastholdt afgørelsen, at klageren herefter på ny klagede til selskabet den 25/8 2020, som fastholdt afgørelsen den 27/8 2020, og at klageren herefter indbragte sagen for nævnet den 2/9 2020.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning under henvisning til, at klagerens eventuelle krav er forældet forud for sagens indbringelse for nævnet.

Nævnet har lagt vægt på, at den 3-årige forældelsesfrist er udløbet senest den 29/8 2019 svarende til 3 år, efter at klageren drøftede knæet med en ortopædkirurg og blev henvist til MR-skanning, og at de 1-årige forældelsesfrister i henholdsvis forældelseslovens § 21, stk. 5, (efter endt forhandling) og forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt., (efter afvisning) senest er udløbet den 3/9 2019 svarende til et år fra selskabets fastholdelse af afvisningen af klagerens krav den 3/9 2018.

Nævnet finder på denne baggrund, at klagerens eventuelle krav var forældet på tidspunktet for sagens indbringelse for nævnet den 2/9 2020.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen