

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 2. juni 2021 blev i sag nr. 95790:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Forsikrings-Aktieselskabet Alka
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 14/9 2020 til nævnet samt i vedlagte bilag har klagerens advokat bl.a. anført:

"SAGENS TVIST: Sagen omhandler, hvorvidt Alka Forsikring som ulykkesforsikringselskab var berettiget til at afslå forsikringstagers krav på dækning af skade efter trafikulykken den 28. april 2015 som følge af forældelse.

PÅSTAND(E):

Påstand 1: Alka Forsikring skal anerkende, at ulykken den 28. april 2015 er anmeldt rettidigt, og at [klageren] krav som følge af ulykken ikke er forældet.

Påstand 2: Alka Forsikring skal anerkende at være forpligtet til at erstatte rimelige udgifter til advokatbistand for sagens udenretlige behandling, nærmere fastsat efter skøn af Ankenævnet for Forsikring.

SAGSFREMSTILLING:

[Klageren] var den 28. april 2015 udsat for en alvorlig trafikulykke. Ulykken medførte bl.a., at [klageren] gennemgik mere end 7 operationer i maveregionen, herunder indsættelse af stomi, og at han fik svære psykiske følger. Ulykken medførte endvidere, at [klageren] måtte opgive sin uddannelse som ..., selvom han alene manglede svendepróven. På ulykkestidspunktet var min klient omfattet af en ulykkesforsikring hos såvel Alka Forsikring og [andet selskab]. Nærværende sagsfremstilling omhandler alene Alka Forsikring, idet [andet selskab] behandler den anmeldte skade og ikke har gjort forældelse gældende. [Klageren] anmeldte skaden til Alka Forsikring telefonisk (**bilag 1**). Skaden blev registreret med skadenummer Den 19. januar 2016 fremsendte Alka Forsikring en samtykkeerklæring (**bilag 2**) til [klageren]. Den 27. januar 2016 forsøgte [klageren] at sende den underskrevne samtykkeerklæring til Alka Forsikring, men det viste sig, at selskabets mailsystem ikke var i stand til at modtage den pågældende mail (**bilag 3**). Efterfølgende var der ingen

henvendelser fra Alka Forsikring. Den 12. maj 2020 rettede undertegnede henvendelse til Alka Forsikring på vegne af [klageren] og anmodede om sagens akter (**bilag 4**). Den 9. juni 2020 meddelte Alka Forsikring, at sagen var afsluttet hos selskabet, da de ikke modtog samtykkeerklæringen retur (**bilag 5**). Undertegnede orienterede Alka Forsikring om, at sagen næppe kunne være afsluttet, hvorefter Alka Forsikring den 1. juli 2020 udbad sig flere oplysninger, herunder lægelige oplysninger, til gennemgang af sagen (**bilag 6**). Selskabets anmodning blev besvaret samme dag (**bilag 7**). Den 3. september 2020 oplyste Alka Forsikring, at sagen havde været forelagt for selskabets lægekonsulent, men at skaden ikke var dækket, idet kravet ansås for forældet den 28. april 2018 (**bilag 8**). Af den grund forelægges sagen nu for Ankenævnet for Forsikring.

ANBRINGENDER:

Om erstatningskravet og forældelse

Indledningsvis gøres det gældende, at min klient er almindelig forbruger, og at han ikke har været repræsenteret af professionel partsrepræsentant før maj 2020, hvorfor der må påhvile forsikringsselskabet en særlig forpligtelse til at vejlede forsikringstager. Ulykken den 28. april 2015 er anmeldt rettidigt, dvs. inden for almindelige 3-årige forældelsesfrist, jf. forældelseslovens § 3, og selskabet har ikke taget stilling til kravet. Selskabet har fremsendt en samtykkeerklæring den 19. januar 2016, hvor det alene fremgår, at min klient har pligt til at give selskabet alle oplysninger, som er nødvendige og kan have betydning for bedømmelsen af sagen. Det fremgår ikke af brevet, at samtykkeerklæringen er en nødvendig betingelse for selskabets behandling af sagen. Tværtimod fremgår det, at samtykket altid kan tilbagekaldes. Selskabet har ikke udbedt sig specifikke oplysninger til brug for selskabets behandling. I brevet af 19. januar 2016 er det ikke anført, at selskabet afslutter sagen, såfremt samtykkeerklæringen ikke returneres, og det er ej heller anført, at sagen kan forælde før selskabets realitetsafgørelse. Efter forsikringsbetingelsernes punkt 11.1.5 fremgår det, at *'Når et ulykkestilfælde anmeldes, giver Alka besked om, hvilke oplysninger der er nødvendige til behandling af erstatningssagen.'* (**bilag 9**). I den forbindelse bemærker jeg, at selskabet ikke har udbedt sig oplysninger fra min klient til behandlingen af den anmeldte skade. Det fremgår af Dansk Forsikringsret af Henning Jønsson og Lisbeth Kjærgaard (10. udgave, 2019, s. 552f), at *'Forholder et forsikringsselskab sig passivt over for en skadesanmeldelse, er konsekvensen, at forældelsen er afbrudt og ikke begynder at løbe igen, før selskabet tager stilling til kravet.'* Min klient har rettidigt indgivet anmeldelse til forsikringsselskabet, hvorfor kravet ikke kan anses for værende forældet efter den almindelige forældelsesregel i forældelseslovens § 3, stk. 1, og selskabet har ikke truffet en realitetsafgørelse om krav på erstatning, hvorfor kravet ikke er forældet i medfør af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1. Min klient har aldrig fået en bedømmelse af sit erstatningskrav, og selskabet må derfor genoptage sagsbehandlingen.

Om retsfortabende passivitet

Der foreligger ikke retsfortabende passivitet fra min klients side, idet min klient har haft en formodning for, at Alka Forsikring fortsat havde sagen under sin behandling, og at selskabet afventede den lægelige udredning. Straks i forbindelse med selskabets meddelelse til undertegnede om, at sagen var afsluttet på grund af forældelse, har kravet været forfulgt dels direkte over for selskabet og nu ved Ankenævnet for Forsikring. Havde sagen fortsat været under Alka Forsikrings behandling, ville selskabet i øvrigt med overvejende sandsynlighed desuagtet have afventet ansvarsforsikringsselskabets, [tredje selskab], sagsbehandling, herunder deres indhentelse af speciallægeerklæringer mv., der fortsat afventer. Det samme gør sig gældende hos [andet selskab], der har oplyst, at de afventer [tredje selskabs] indhentelse af speciallægeerklæringer mv. Det bemærkes endvidere, at [andet selskab] ikke har afsluttet skadesagen, selvom der var gået mere end tre

år siden ulykken, og selvom min klient ikke havde returneret underskrevet samtykkeerklæring (**bilag 10**). [Andet selskab] afventer fortsat [tredje selskabs] sagsbehandling.

Om udenretligt bidrag til advokatomkostninger

Efter forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3 kan skadelidte kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet i forbindelse med udenretlig fremsættelse og opgørelse af krav mod selskabet. Det gøres gældende, at der er tale om en præceptiv beskyttelsesrettighed. Såfremt [klageren] får medhold i sin klage, har udgifterne til advokatbistand netop vist sig rimelige og nødvendige. Alka Forsikring har haft mulighed for at rette op på sin fejl ved undertegnede initiale henvendelser. Selskabet har imidlertid fastholdt, at der skulle være indtrådt forældelse. Jeg henviser til sagens bilag 4-8."

Selskabet har af 16/10 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen drejer sig om, hvorvidt klagers krav er forældet grundet for sen fremsættelse. Klager anmeldte telefonisk til Alka Forsikring den 26. maj 2015, at han var kommet til skaden den 28. april 2015. Alka Forsikring sendte ved brev af samme dato en skadeanmeldelse til udfyldelse. Selskabet hørte dog ikke yderligere til sagen før klager kontaktede selskabet telefonisk den 19. januar 2016 og det aftaltes at Alka Forsikring fremsendte samtykkeerklæring til brug for indhentelse af de lægelige oplysninger og oplysningerne fra [fjerde selskab] (modpartens forsikringselskab). Herefter hørte selskabet intet til sagen før advokatfuldmægtig ... på vegne af ... ved mail af 12. maj 2020 bad om kopi af sagens akter, idet han repræsenterede klager. Alka Forsikring fremsendte i den forbindelse ved brev af 9. juni 2020 kopi af selskabets brev af 19. januar 2016 samt log af den telefoniske anmeldelse fra maj 2015, hvilket var alt hvad selskabet var i besiddelse af. Advokatfuldmægtigen oplyste ved mail af 9. juni 2020, at klager havde forsøgt at sende fuldmagt (samtykke) ved mail af 26. marts 2016, men havde fået en meddelelse om at selskabet ikke kunne modtage mailen og advokatfuldmægtigen var af den opfattelse, at sagen således ikke kunne være forældet, idet selskabet ikke ved sit brev af 19. januar 2016 havde oplyst om forældelsesreglerne. Alka Forsikring meddelte ved brev af 1. juli 2020, at selskabet ikke kunne tage stilling til en mulig forældelse på det foreliggende grundlag og bad derfor om oplysning om dels klagers gener og behandling fra skadedatoen til nu samt oplysning om, hvorfor klager ikke havde taget kontakt til selskabet før nu. Advokatfuldmægtigen fremsendte ved mail af samme dato kopi af de lægelige akter og forklarede, at grunden til den sene henvendelse var klagers dårlige psykiske tilstand efter ulykken samt at advokatfuldmægtigen var af den opfattelse af ulykkestilfældet var anmeldt rettidigt og at et krav således ikke kunne være forældet. Skaden var angiveligt ligeledes anmeldt til [tredje selskab] (ansvar) og til [andet selskab] (anden ulykkesforsikring). Alka Forsikring forelagde sagens akter for selskabets lægekonsulent, som udtalte, at der var tale om læsion af brystkasse, mave/organer og tarm samt komplikationer i form af lungeblodprop og hernie (brok) og at klager var opereret flere gange. Alka Forsikring meddelte ved brev af 3. september 2020, at klagers krav var forældet, idet selskabet fandt, at klager havde været klar over sit krav, idet han var bekendt med skaden den 28. april 2015 og at den havde medført legemsbeskadigelsen og klager ikke havde forfulgt sit krav. Advokatfuldmægtigen meddelte ved mail af samme dato, at han ikke anså sagen for forældet, da ulykkestilfældet var anmeldt rettidigt og selskabet ikke havde taget stilling til kravet (hverken anerkendt eller afvist dette). Advokatfuldmægtigen meddelte den 9. september 2020 telefonisk til Alka Forsikring, at selskabet kunne se bort fra ovennævnte mail, idet sagen den følgende dag ville blive indbragt for Ankenævnet for Forsikring. Sagen er nu indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Vi skal bemærke, at klagers repræsentant trak sin klage til selskabet tilbage førend selskabet havde haft mulighed for at foretage en revurdering af sagen og således ikke reelt har klaget over afgørelsen til selskabet før han indbragte sagen for Ankenævnet for Forsikring. Vi finder derfor, at klagen med henvisning til Ankenævnet for Forsikrings vedtægter § 4 stk. 3 nr. 1 bør afvises, da Alka Forsikring ikke har haft mulighed for at revurdere sagen på baggrund af advokatfuldmægtigens klage, idet han trak klagen tilbage og forelagde sagen for Ankenævnet for Forsikring i stedet for. Det skal i den forbindelse oplyses, at undertegnede har forelagt sagen for Alka Forsikrings personskadeafdeling som har oplyst, at sagen i overensstemmelse med Forsikringsaftalelovens § 29 stk. 5, ville være genoptaget til realitetsbehandling.

Advokatomkostninger ikke dækningsberettiget på forsikringen. Advokatomkostninger kan med henvisning til Forsikringsaftalelovens § 32 stk. 3 i visse tilfælde dækkes i forbindelse med udenretlig fremsættelse af et krav. Om der kan betales advokatomkostninger, afgøres i hver sag efter en konkret vurdering ud fra kravets omfang og beskaffenhed, om det har været rimeligt og nødvendigt, at sikrede/ skadelidte har søgt advokatbistand. I vurderingen indgår om kravet er kompliceret, men navnlig om forsikringselskabet ved sin handlemåde har givet anledning til, at den sikrede har søgt advokatbistand, herunder om selskabet har forsømt at give klagevejledning, da det fastholdt sit afslag over for den forsikrede.

Alka Forsikring har ikke overfor klager afvist kravet (og i sagens natur derfor heller ikke fastholdt et afslag), men alene bedt om underskrift af en samtykkeerklæring til behandling af anmeldelsen og selskabet har således på igen måde givet anledning til at klager har søgt advokatbistand. Advokatfuldmægtigens arbejde har kun bestået i at indsende kopi af de lægelige akter, som Alka Forsikring blot ville have indhentet (når klagers samtykke forelå). Advokatfuldmægtigen har ikke engang afventet selskabets reaktion/revurdering på mailen af 3. september 2020, men derimod kontaktet selskabet telefonisk og meddelt, at man kunne se bort fra denne og i stedet for indbragt sagen for ankenævnet. Alka Forsikring finder på den baggrund ikke, at advokatfuldmægtigen har bibragt sagen noget, som klager ikke selv kunne have opnået. Sagen har på ingen måde været kompliceret eller nødvendiggjort advokatbistand og selskabet kan derfor ikke imødekomme kravet om betaling af advokatomkostninger. For så vidt angår realitetsbehandlingen af kravet vil sagen, når den er afsluttet i Ankenævnsregi blive returneret til Alka Forsikrings afdeling for personskade, som vil genoptage behandlingen af sagen i overensstemmelse med de gældende forsikringsbetingelser."

Ankenævnet meddelte herefter den 28/10 2020 selskabet og klageren, at sagen blev sat i bero i 6 uger, således at selskabet havde mulighed for at revurdere sagen.

Selskabet har af 25/11 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Som undertegnede meddelte ved mit brev af 16. oktober 2020, trak advokatfuldmægtigen den 9. september 2020 sin klage tilbage uden at afvente en stillingtagen fra selskabet for i stedet for at indbringe sagen for Ankenævnet for Forsikring. Som nævnt i mit brev til Ankenævnet bad undertegnede Alka Forsikrings afdeling for personskade om at se på advokatfuldmægtigens klage og som nævnt blev udfaldet at afdelingen genoptog realitetsbehandlingen af sagen. Sagen blev såle-

Ankenævnet for Forsikring

5.

95790

des returneret til afdelingen. På foranledning af Ankenævnets meddelelse på portalen har jeg kontaktet afdelingen, som oplyser at de ved brev af 16. november 2020 har bedt om yderligere oplysninger for at kunne behandle sagen. Alka Forsikring har således sagen under realitetsbehandling. Jeg skal for god ordens skyld tilføje, at resultatet var blevet det samme såfremt klager selv havde henvendt sig til selskabet efter den første afvisning. For så vidt angår mine bemærkninger om advokatombudsninger må jeg derfor i det hele fastholde det i mit brev af 16. oktober 2020 anførte."

Klagerens advokat har af 27/11 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg noterer mig, at indklagede, Alka Forsikring, har taget klagers påstand 1 til følge og genoptaget realitetsbehandlingen af sagen. Alka Forsikring har anført, at undertegnede trak sin klage tilbage uden at afvente en stillingtagen fra selskabet. Hertil bemærkes at Alka Forsikring allerede den 9. juni 2020 meddelte, at sagen var afsluttet, og at et eventuelt krav kunne være forældet i henhold til forsikringsaftalelovens § 29 (bilag 5). Efter klage fra undertegnede foretog Alka Forsikring en måneders lang gennemgang af sagen, indtil selskabet den 3. september 2020 afviste klagen under henvisning til forældelse (bilag 8). Alka Forsikring anfører også klart, at sagen er afsluttet, og der informeres ikke mulighed for at indbringe sagen for en særskilt klageafdeling hos Alka Forsikring, og der informeres ej heller om muligheden for at indbringe sagen for Ankenævnet for Forsikring. Indklagede, Alka Forsikring, havde således allerede haft lejlighed til at forholde sig til sagen to gange, inden forelæggelsen for Ankenævnet for Forsikring, som indklagede i øvrigt ikke informerede om muligheden for. Efter forsikringsaftalelovens § 32, stk. 3, 1. pkt. kan den sikrede i forbindelse med udenretlig fremsættelse og opgørelse af krav mod selskabet kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet. Efter nævnets praksis er hovedkriteriet for, om advokatombudsninger kan anses for rimelige og nødvendige, at selskabet under sagsbehandlingen har fastholdt en afgørelse, der bedømt juridisk er uholdbar. Hvis advokaten bidrager til, at sikrede opnår et bedre resultat, vil nævnet som udgangspunkt pålægge selskabet at betale advokatombudsninger. I de tilfælde, hvor selskabet træffer en forkert afgørelse og straks retter fejlen, når sikrede gør opmærksom på fejlen, vil sikrede normalt ikke kunne få bidrag til advokatbistand. Fastholder selskabet derimod afgørelsen, vil selskabet være forpligtet til at oplyse, at sagen kan indbringes for Ankenævnet for Forsikring. Undlader selskabet at give vejledning om klageadgangen til Ankenævnet for Forsikring, og advokaten bidrager til, at sikrede opnår et bedre resultat, vil nævnet som udgangspunkt pålægge selskabet at betale advokatombudsninger. I nærværende sag har Alka Forsikring haft lejlighed til at gennemgå sagen i flere måneder efter klagers første klage, og efter selskabets behandling af klagen meddelte de klart og tydeligt, at kravet var forældet, og at sagen var afsluttet. Indklagede har således ikke straks rettet sin fejl. Der blev hverken oplyst om muligheden for at klage til en intern klageansvarlig i Alka Forsikring, og der blev ej heller oplyst om muligheden for at klage til Ankenævnet for Forsikring (bilag 8). Af den grund fastholdes kravet om rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand, jf. klagers påstand 2. Det kan oplyses, at der er brugt 2 timer på sagen over for Alka Forsikring inden indbringelsen for Ankenævnet for Forsikring, og at der er brugt 3½ time på klageskrift og sagsbehandling under Ankenævnets behandling af sagen. Af den grund er det min vurdering, at de rimelige udgifter til advokatbistand passende kan opgøres til kr. 13.750,00 inkl. moms. Ankenævnet for Forsikrings nærmere imødeses."

Selskabet har af 14/12 2020 til nævnet bl.a. anført:

"Indledningsvis skal vi bemærke, at selskabets brev af 9. juni 2020 ikke er en afvisning, men alene en meddelelse om at kravet kan være forældet. Alka Forsikring havde ingen oplysninger om sagen på dette tidspunkt og en vurdering af en eventuel forældelse kan først ske når de lægelige oplysninger er modtaget, hvilket ikke var tilfældet på daværende tidspunkt. Når selskabet ikke i løbet af fire-fem år har modtaget henvendelser/oplysninger om et anmeldt krav er det helt almindelig praksis at afslutte sagen. Selskabet skal bemærke, at advokatfuldmægtigens arbejde forud for indbringelsen af sagen for Ankenævnet for Forsikring alene bestod i fremsendelse af lægelige oplysninger, noget som klager uden problemer kunne have foranlediget blot ved at returnere den samtykkeerklæring selskabet havde fremsendt. Vi skal i den forbindelse henvise til vores anbringender i vores svar til Ankenævnet af 16. oktober 2020 dels om det nødvendige i at søge advokatbistand på det pågældende tidspunkt, hvor selskabet ikke havde afvist kravet, men alene bedt om samtykke til at indhente oplysninger til behandling af anmeldelsen og således ikke havde givet anledning til at søge advokatbistand. Efter modtagelsen af de lægelige oplysninger afviste selskabet i første omgang kravet grundet forældelse. Vi skal påpege, at selskabet ikke har fastholdt denne afgørelse. Selskabet genoptog realitetsbehandlingen af sagen på baggrund af advokatfuldmægtigens mail af 3. september 2020 (hvor han bad om at sagen blev forelagt en af selskabets jurister). Genoptagelsen ville i sagens natur ligeledes været foretaget på baggrund af en henvendelse fra klager. Advokatfuldmægtigen meddelte imidlertid allerede ved telefonisk henvendelse til selskabet den 9. september 2020, at selskabet kunne se bort fra hans mail af 3. september, da sagen var indbragt for Ankenævnet for Forsikring. Vi finder der bør indrømmes selskabet mere end 6 dage til en fornyet gennemgang af de omfattende lægelige oplysninger og den ønskede forelæggelse for jurist. Vi finder på ovennævnte baggrund ikke at advokatfuldmægtigen har bidraget på afgørende vis til et bedre udkomme af sagen og må således med henvisning til Forsikringsaftalelovens § 32 stk. 3 fastholde, at vi ikke kan tilbyde at betale advokatomkostninger. Hvis Ankenævnet imidlertid måtte finde, at advokatfuldmægtigen har bidraget på afgørende vis til et bedre resultat, kan det efter selskabets opfattelse alene dreje sig om den kortfattede mail af 3. september 2020 (som advokatfuldmægtigen dog ikke afventede selskabets svar på). Som det fremgår af Ankenævnet for Forsikrings vedtægter § 23 stk. 3, betaler ingen af parterne omkostninger til den anden part i forbindelse med tvisteløsningen og der kan således ikke betales advokatomkostninger i forbindelse med en sags førelse for Ankenævnet for Forsikring. En praksis der er stadfæstet i nævnets kendelser gennem årene. Vi må på den baggrund endvidere afvise advokatfuldmægtigens krav om salær for sagens førelse for Ankenævnet for Forsikring."

Til dette har klagerens advokat af 8/1 2021, hvori det bl.a. er anført:

"Indklagedes bemærkninger giver ikke anledning til en ændret påstand. Alka Forsikrings brev af 9. juni 2020 (bilag 5) kan ikke betragtes som andet end en afvisning af sagen, idet selskabet meddelte, at *'sagen er afsluttet hos os, da vi ikke modtog samtykkeerklæring retur fra forsikrede.'* Selskabet har ved sit seneste indlæg for Ankenævnet for Forsikring bemærket, at 6 dage til gennemgang af de lægelige oplysninger og forelæggelse for jurist ikke er tilstrækkeligt. I den forbindelse bemærker jeg, at indklagede, Alka Forsikring, allerede den 9. juni 2020 blev anmodet om at bekræfte, at sagen fortsat var åben og ikke forældet, samt om at oplyse, hvilke oplysninger selskabet havde brug for til vurdering af min klients varige mén. Selskabet fik den 1. juli 2020 de oplysninger, som selskabet havde anmodet om til vurdering af sagen og spørgsmålet om forældelse. Den 3. september 2020 meddelte selskabet imidlertid, at sagen havde været forelagt for den rådgivende lægekonsulent, og at man efter gennemgang af sagens akter kunne meddele, at skaden ikke var dækket af ulykkesforsikringen, idet sagen var forældet. Selskabet har således haft lejlighed til at gennemgå/vurdere/behandle sagen i ca. 3 måneder. At selskabet i denne periode ikke har

haft sagen forelagt for en jurist, men alene har været forelagt for en skadebehandler og en rådgivende lægekonsulent vedrører selskabets interne politik, og det kan ikke frembringes som et anbringende i nærværende sag. Det fremgår ikke noget sted, at sagen først skal forelægges for en af selskabets jurister, når forsikringstager eller dennes partsrepræsentant anmoder om dette. Det står selskabet frit for, hvornår selskabet vil forelægge sagen for en jurist, og selskabet har haft lejlighed til dette i ca. 3 måneder. Jeg noterer mig i øvrigt, at selskabet i sine bemærkninger negligere undertegnede arbejde i forbindelse med nærværende sag, og jeg skal i den forbindelse bemærke, at spørgsmålet om forældelse er særdeles kompliceret for lægfolk, og at indklagede, Alka Forsikring, efter overvejende sandsynlighed var 'sluppet af sted' med sin afvisning af kravet, hvis ikke min klient havde været repræsenteret af professionel partsrepræsentant. Jeg skal i øvrigt bemærke, at Alka Forsikring i sine gentagne afvisninger af sagen ikke har informeret om muligheden for at indbringe sagen for en særskilt klageafdeling hos Alka Forsikring, og at der ej heller er informeret om muligheden for at indbringe sagen for Ankenævnet for Forsikring. Lægfolk uden særligt kendskab til retsområdet havde således været uden viden om sine klagemuligheder. Kravet om rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand fastholdes således. Jeg henviser i fulde til mit indlæg af 27. november 2020. Således må sagen være klar til Ankenævnet for Forsikrings kendelse, der imødeses."

Hertil har selskabet af 2/2 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabets bemærkninger om at kravet ikke var afvist vedrører sagen forud for advokatfuldmægtigens fremsendelse af de lægelige akter til selskabet og vi må i det hele fastholde vores stillingtagen til dette som den fremgår af selskabets breve til Ankenævnet for Forsikring af henholdsvis 16. oktober og 14. december 2020. Selskabets meddelelse af 9. juni 2020 til advokatfuldmægtigen om at sagen var afsluttet da der ikke var modtaget samtykke, er ikke en afvisning af kravet, men alene en oplysning af sagens status på det pågældende tidspunkt, nemlig at den var lukket grundet manglede oplysninger gennem fire til fem år. Dette burde være tydeligt, da selskabet bad om de lægelige oplysninger. På dette tidspunkt var der alene behov for et samtykke til at selskabet kunne indhente de lægelige oplysninger til brug for en vurdering af sagen, og således ikke en kompleks problemstilling der nødvendiggjorde advokatbistand. Advokatfuldmægtigens anbringende om, at det ikke fremgår noget sted at en sag skal forelægges selskabets jurister, er helt korrekt, og selskabet har ikke ex officio pligt til at forelægge en given sag for en af selskabets jurister, hvorfor advokatfuldmægtigens anbringender herom ikke har relevans for sagen. Vi skal gøre opmærksom på at advokatfuldmægtigens henstilling til selskabet om at sagen blev forelagt en jurist netop blev imødekommet. En sådan forelæggelse kræver i sagens natur at vedkommende der får sagen forelagt, sætter sig ordentligt ind i sagens faktum, herunder både de lægelige oplysninger og den foretagne korrespondance og vi finder fortsat ikke at seks dage (inklusive en weekend) i den forbindelse berettiger advokatfuldmægtigen til ikke at afvente den ønskede revurdering. Vi må igen præcisere, at der ikke er tale om gentagne afvisninger af sagen, men alene selskabets første afvisning den 3. september 2020 og selskaberne er ikke forpligtede til i den første afgørelse at henvise til klagemulighederne. Det fremgår af bekendtgørelsen om den klageansvarlige og finansielle virksomheders håndtering af klager § 5, stk. 2 og vejledningen, at de virksomheder, der er omfattet af bekendtgørelsen, har en pligt til at vejlede deres kunder om adgangen til at klage til virksomhedens klageansvarlige, når omstændighederne tilsiger dette. Dette vil f.eks. være tilfældet, hvor en kunde tilkendegiver, at vedkommende er utilfreds med udfaldet af henvendelse. Vi må tage afstand fra advokatfuldmægtigens anbringende om at selskabet skulle ønske 'at slippe af sted med noget' og gentage, at en genoptagelse af sagen ligeledes ville være sket på baggrund af en henvendelse fra klager. Vi finder fortsat ikke at advokatfuldmægtigen har bidraget til sagen på afgø-

rende vis og må derfor i det hele fastholde vores stillingtagen til sagen som den fremgår af vores breve til Ankenævnet for Forsikring af henholdsvis 16. oktober og 14. december 2020."

Heroverfor har klagerens advokat af 8/2 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Der ses at være uenighed mellem parterne om forståelsen af selskabets meddelelser. Det er klagers opfattelse, at yderligere høringer ikke vil bidrage til en afklaring af dette, og det må således være op til Ankenævnet for Forsikring at vurdere sagens faktum ud fra sagens akter. I relation til selskabets bemærkning om, at selskabets brev af 9. juni 2020 ikke var en afvisning af kravet, og at dette burde være tydeligt, da selskabet bad om de lægelige akter, må det tilføjes, at selskabet ikke ved sit brev af 9. juni 2020 bad om de lægelige akter, men at selskabet først efter undertegnedes klage af 9. juni 2020 valgte at genvurdere sin stillingtagen og i den forbindelse anmode de lægelige akter i sagen. Efter mere end 2 måneders gennemgang af sagen meddelte selskabet, at sagen havde været forelagt for den rådgivende lægekonsulent, og at skaden ikke var dækket af ulykkesforsikringen, idet sagen var forældet. Der var hermed tale om selskabets 2. afvisning af kravet. Klager kan tilslutte sig selskabets bemærkning om, at selskabet ikke ex officio har pligt til at forelægge en given sag for en af selskabets jurister, men i så fald forekommer det uden relevans, når selskabet i sin meddelelse til Ankenævnet for Forsikring af 14. december 2020 anfører, at 'vi finder, at der bør indrømmes selskabet mere end 6 dage til en fornyet gennemgang af de omfattende lægelige oplysninger og den ønskede forelæggelse for jurist.' Selskabet har haft sagen under sin behandling i mere end 3 måneder, og de har afvist kravet to gange. Selskabet har således foretaget en indledende vurdering af sagen og har afvist kravet, og på baggrund af klage og yderligere fremsendelse af lægelige oplysninger har selskabet foretaget en revurdering af sin stillingtagen og igen afvist klagerens krav. Af den grund har indbringelsen for Ankenævnet for Forsikring været retmæssig og nødvendig for at opnå medhold i det berettigede krav. Jeg henviser i øvrigt til mit brev af 27. november 2020 samt mit brev af 8. januar 2021. Til orientering kan jeg oplyse, at indklagede, Alka Forsikring, efter at have genoptaget sin sagsbehandling og realitetsbehandlet sagen har udbetalt godtgørelse for varigt mén svarende til 16%, jf. vedlagte bilag.

Selskabet har af 2/2 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har imidlertid bemærket, at advokatfuldmægtigen repeterer forkerte fakta (ikke kun uenighed om opfattelsen), som vi, trods det at vi kommer til at gentage os selv, ikke finder vi kan sidde overhørig. Alka Forsikrings brev af 9. juni 2020 er ikke og var ikke en afvisning af kravet, men alene en orientering om status samt at det rejste krav kunne være forældet. Dette fremgår tydeligt af selskabets efterfølgende brev af 1. juli 2020, hvor Alka Forsikring konkret meddeler, at selskabet ikke kan tage stilling til om kravet er forældet på det foreliggende grundlag og beder om de lægelige oplysninger. Advokatfuldmægtigen kontaktede - efter den første afvisning af kravet den 3. september 2020 - selskabet ved en mail torsdag den 3. september 2020 kl. 14.01 og bad om en forelæggelse for en af selskabets jurister, men trak ved en telefonsamtale med selskabets ulykkeskadeafdeling onsdag den 9. september sin anmodning tilbage, da sagen allerede var indbragt for Ankenævnet for Forsikring. På det tidspunkt havde selskabet ikke taget endelig stilling til kravet (klagen) og vi må fastholde, at det er rimeligt, at der medgår 4 arbejdsdage til en fornyet gennemgang af sagen. Sagens akter var som advokatfuldmægtigen anfører kendt af medarbejderen i ulykkeskadeafdelingen, men i sagens natur ikke kendt af den jurist, der fik den forelagt til vurdering. Udover ovennævnte præcisering af fakta må vi i det hele fastholde, at advokatfuldmægtigens involvering i sagen ikke har bidraget til sagen på afgørende vis eller har opnået noget, som klager ikke selv kunne have opnået ved at kontakte selskabet. Vi må således dels med henvisning

Ankenævnet for Forsikring

9.

95790

til Forsikringsaftalelovens § 32 stk. 3 dels vores anbringender i vores breve til Ankenævnet for Forsikring af henholdsvis 16. oktober og 14. december 2020 og 2. februar 2021 i det hele fastholde vores stillingtagen til advokatfuldmægtigens krav om salær."

Hertil har klagerens advokat af 1/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"...

Jeg noterer mig i øvrigt, at indklagede, Alka Forsikring, den 29. januar 2021 har udbetalt den berettigede godtgørelse for varigt mén til undertegnede, svarende til ca. kr. 65.000. Det er således først efter indklagedes gentagne afvisninger af kravet samt Ankenævnet for Forsikrings sagsbehandling i 4½ måned, at indklagede, Alka Forsikring, har udbetalt den berettigede godtgørelse. Korrespondancen med Alka Forsikring fra 9. juni 2020 og frem viser videre med tydelighed, at klager ikke egenhændigt kunne have opnået sin aktuelle retsstilling."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Nævnet har blandt andet modtaget telefonisk skadeanmeldelse af 26/5 2015, telefonnotat af 19/1 2016 mellem klageren og selskabet, selskabets brev med kvittering for anmeldelse af 19/1 2016, mail fra klageren til selskabet af 22/3 2016, mails fra andet selskabet til klageren af 14/1 2019 og af 15/3 2019, brev fra klagerens advokat til selskabet med anmodning om aktindsigt af 12/5 2020, selskabets brev af 9/6 2020, selskabets brev af 1/7 2020, klagerens advokats svar af 1/7 2020, selskabets afslag af 3/9 2020, advokatens mail af 3/9 2020 til selskabet, telefonnotat af 9/9 2020 mellem selskabet og klagerens advokat, selskabets afgørelse af 26/1 2021 om udbetaling af mén og forsikringsbetingelser 2015. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af telefonisk skadeanmeldelse af 26/5 2015 fremgår bl.a.:

"Spørgsmål	Svar
1. Hvilken dato skete skaden?	28.04.2015 kl. 15
...	
2. Hvordan skete skaden?	Fører af bil som blev påkørt af en bil som kørte
	over i skl side af vejen og skl blev ramt frontalt
...	
3. Hvad er der sket af person-/tandskade?	Indre organer, hoved"

Af telefonnotat af 19/1 2016 mellem klageren og selskabet fremgår bl.a.:

"190116/...: Skl ringet. Aftalt at vi sender samtykke og indhenter lg fra [fjerde selskab]"

Af selskabets brev med kvittering for anmeldelse af 19/1 2016 fremgår bl.a.:

" Vi har modtaget din henvendelse.

Til brug for sagens videre behandling

For behandling af sagen, skal vi bruge dit samtykke. Derfor beder vi dig underskrive og returnere vedlagte samtykkeerklæring.

Derfor skal du give samtykke

Når du rejser krav om udbetaling fra Alka Forsikring, har du i henhold til forsikringsaftaleloven pligt til at give selskabet alle tilgængelige og relevante oplysninger. Du har derfor pligt til at give Alka Forsikring alle oplysninger, som er nødvendige og kan have betydning for bedømmelsen af din sag herunder en korrekt fastsættelse af din erstatning.

Helbredsoplysninger m.v.

Din læge og andre lægelige institutioner kan med dit samtykke videregive oplysninger om dine helbredsforhold, oplysninger om øvrige private forhold og andre fortrolige oplysninger. Det følger af sundhedsloven. Der kan også være behov for oplysninger fra før uheldets indtræden med henblik på vurdering af, om den aktuelle tilstand skyldes forhold, som er forsikringen uvedkommen. Forsikringsselskabet har derfor behov for, at sådanne oplysninger kan indhentes fra kilder, som kender til forholdene og har dokumentation for oplysningerne i journaler og sagsakter mv.

Selskabets behandling af oplysningerne

...

Du kan altid trække samtykket tilbage

Dit samtykke gælder i et år efter, at du har givet det. En kopi af dette samtykke bliver givet til alle, som Alka Forsikring ønsker at få helbredsoplysninger m.v. fra. Hvis du fortryder dit samtykke, kan du altid vælge at trække det tilbage.

Udbetaling af forsikringen

Du har ifølge loven først krav på at få udbetaling fra din forsikring 14 dage efter, at Alka Forsikring har fået de oplysninger, som er nødvendige for, at vi kan bedømme din sag og fastsætte størrelsen af forsikringsudbetalingen. Det følger af Forsikringsaftaleloven § 24.

Du får besked hver gang Alka Forsikring indhenter oplysninger

Hver gang Alka Forsikring indhenter konkrete helbredsoplysninger m.v., får du besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger der indhentes og hos hvem. Når vi har modtaget det underskrevne samtykke, ser vi på sagen igen.

Henvendelse til os

Har du spørgsmål til sagen, er du velkommen til at kontakte os – gerne telefonisk mandag til fredag mellem klokken 8.00 og 16.30. Ved henvendelse bedes sagens skadenummer oplyst."

Af mail fra klageren til selskabet af 22/3 2016 fremgår bl.a.:

"Fra: [klageren]

Date: tir. d. 22. mar. 2016 19.16

Ankenævnet for Forsikring

11.

95790

Subject: Re: Undeliverable: Re: Skadenummer Vedlagt brev fra Alka Forsikring
To: <postmaster@alka.dk>

Hej
Mailen jeg har modtaget fra jer er for stor til jeg kan åbne den.
[Klageren]

2016-01-27 12:06 GMT+01:00 <postmaster@alka.dk>:

Delivery has failed to these recipients or distribution lists:

Alka Forsikring Personskade, Back Office

This message exceeds the maximum message size allowed. Microsoft Exchange will not try to re-deliver this message for you. Please make the message smaller -- by removing attachments, for example -- and try sending it again, or provide the following diagnostic text to your system administrator."

Af mails fra andet selskabet til klageren af 14/1 2019 og af 15/3 2019 fremgår bl.a.:

"Fra: [andet selskab]
Sendt: 15. marts 2019 16:06
Til: [klageren]
Emne: fra [andet selskab] – vedr. ...
Vedhæftede filer: samtykke voksen –sygdom og ulykke.pdf

Hej [Klageren]

Din ulykke den 28. april 2015
Skadenr.: 630150423

Jeg skriver til dig fordi der nu er gået to måneder siden vi sendte dig nedenstående mail med vedhæftede samtykkeerklæring. Vi har endnu ikke modtaget din samtykkeerklæring retur, og tillader os derfor at bringe sagen i erindring. Fordi det er mere end 3 år siden at ulykken skete, så har vi jævnfør forsikringens vilkår en forpligtelse til at vurdere din personskade nu. Derfor gør vi for god ordens skyld opmærksom på, at hvis vi ikke snart modtager samtykkeerklæringen retur fra dig, så vil vi tage dette som et udtryk for, at skaden heldigvis ikke har medført alvorlige følger for dig og lukke sagen.

...

From: [andet selskab]
Sent: 14. januar 2019 14:34
To: [klageren]
Subject: Fra [andet selskab] - ...
Kære [Klageren]

Vi har tidligere talt sammen i dag vedrørende din personskadesag fra den 28. april 2015. Da det er mere end 3 år siden at ulykken skete, så har vi en forpligtelse til at vurdere den personskade som du har pådraget dig. Vi vil derfor bede dig udskrive, udfylde og underskrive den vedhæftede samtykkeerklæring, og returnere den til os via [mail] med oplysninger om behandlingssteder/ sygehus m.m. Hvorfra vi vil indhente relevante oplysninger om skaden."

Ankenævnet for Forsikring

12.

95790

Af brev fra klagerens advokat til selskabet med anmodning om aktindsigt af 12/5 2020 fremgår bl.a.:

"[Klageren] har anmodet om min bistand i forbindelse med ovenstående skadenummer, jf. vedlagte fuldmagtserklæring. Jeg skal venligst anmode om at blive indsat som partsrepræsentant i sagen, således at al fremtidig korrespondance sker til mit kontor. Til brug for min behandling af sagen skal jeg venligst anmode om at få tilsendt sagens akter."

Af selskabets brev af 9/6 2020 fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget jeres henvendelse. Kopi af vores brev af 19.01.2016 til forsikrede vedhæftes sammen med telefonisk anmeldelse, hvilket er alt vi har i sagen. Til orientering skal vi oplyse, at ulykkesforsikringen ikke dækker advokatombkostninger. Sagen er afsluttet hos os, da vi ikke modtog samtykkeerklæringen retur fra forsikrede. Vi skal i den forbindelse skal gøre opmærksom på, at eventuelt krav kan være forældet i henhold til Forsikringsaftalelovens § 29.

Henvendelse til os

Har I spørgsmål eller oplysninger til sagen, er I velkommen til at kontakte os - gerne telefonisk mandag til fredag mellem klokken 8 .00 og 17.00. Ved henvendelse bedes sagens skadenummer oplyst."

Af selskabets brev af 1/7 2020 fremgår bl.a.:

" Vi har modtaget jeres e-mail. Med hensyn til eventuel forældelse kan vi ikke tage stilling til det på det foreliggende grundlag, og vi beder jer venligst svare skriftligt på følgende:

1. Hvad er årsagen til at forsikrede ikke tidligere har kontaktet os igen vedrørende skaden?
 2. Hvilke gener har forsikrede haft fra skadedatoen og til nu?
 3. Har forsikrede modtaget nogen former for behandling siden skade skete?
- Hvis ja - hvor og hvornår (gerne i form af kronologisk oversigt)?

Endvidere bedes I oplyse os om skaden ligeledes er anmeldt til andre forsikringsselskaber. Hvis ja, beder I oplyse hvilket forsikringsskab samt skadenummeret dertil. Desuden beder vi jer sende os en kopi af alle lægelige oplysninger vedrørende skaden - herunder lægelige oplysninger som eventuelt er indhentet af andre forsikringsselskaber i forbindelse med skaden. Når vi har modtaget ovenstående oplysninger, ser vi på sagen igen.

Henvendelse til os

Har I spørgsmål eller oplysninger til sagen, er I velkommen til at kontakte os - gerne telefonisk mandag til fredag mellem klokken 8.00 og 17.00. Ved henvendelse bedes sagens skadenummer oplyst."

Af klagerens advokats svar af 1/7 2020 fremgår bl.a.:

"Tak for dit brev af dags dato. Årsagen til, at min ikke har kontaktet selskabet tidligere, skyldes hans dårlige psykiske tilstand efter ulykken, jf. nedenfor. Min klient har ikke tidligere været repræsenteret af en professionel partsrepræsentant, og undertegnede er først indtrådt den 30. april 2020.

I forhold til spørgsmålet om forældelse tillader jeg mig at bemærke, at sagen er anmeldt rettidigt til Alka Forsikring, og at kravet derfor tillige er rejst rettidigt. Det samme gjorde sig gældende over for [andet selskab], hvor min klient tillige anmeldte skaden rettidigt over for selskabet, men hvor han ej heller fik udfyldt en samtykkeerklæring, før [andet selskab] 4 år orienterede ham om, at det var nødvendigt for deres vurdering af det varige men. Min klient var udsat for en alvorlig trafikulykke, hvor modparten afgik ved døden. Min klient er efterfølgende blevet opereret i maveregionen mere end 7 gange. Han har daglige smerter i maven dog i varierende grad. Han har svære psykiske gener efter den alvorlige ulykke i form af PTSD, depression og angst. Der er på nuværende tidspunkt ikke fastsat et varigt men af de øvrige selskaber, men det er min vurdering, at min klients tilstand er tilstrækkeligt afklaret til, at det varige men kan fastsættes på nuværende tidspunkt. Der fremsendes kopi af sagens lægelige akter."

Af selskabets afslag af 3/9 2020 fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget sagen retur fra den rådgivende lægekonsulent.

Afgørelse

Sagens akter er gennemgået og vi må desværre meddele, at skaden ikke er dækket af ulykkesforsikringen.

Begrundelse

Det fremgår af sagens akter, at du var ude for et alvorligt trafikuheld den 28.04.2015. Ifølge Forsikringsaftalelovens paragraf 29 og Forældelsesloven er et krav forældet senest 3 år efter du fik kendskab til dit krav. At få kendskab til kravet vil sige, at man er bekendt med skaden og at der er legemsbeskadigelse. På denne baggrund og de lægelige oplysninger i sagen er det vores opfattelse, at du allerede på skadedatoen havde kendskab til dit krav, idet du samme dag blev indlagt på hospitalet og efterfølgende blandt andet er opereret flere gange. Dit krav var derfor forældet den 28.04.2018, idet du ikke har forfulgt dit krav, efter at vi sendte en samtykkeerklæring til dig den 19.01.2016. Sagen er hermed afsluttet.

Privatliv og sikkerhed

...

Henvendelse til os

Har du spørgsmål eller oplysninger til sagen, er du velkommen til at kontakte os - gerne telefonisk mandag til fredag mellem klokken 8.00 og 17.00. Ved henvendelse bedes sagens skadenummer oplyst."

Af advokatens mail af 3/9 2020 til selskabet fremgår bl.a.:

"Tak for dit brev af dags dato. Det forekommer mærkværdigt, at spørgsmålet forelægges for den rådgivende lægekonsulent til vurdering af et juridisk spørgsmål. Du meddeler nu, at det er selskabets opfattelse, at sagen er forældet. I den forbindelse bemærker jeg, at min klient har anmeldt sagen til Alka Forsikring inden for den 3-årige forældelsesfrist. Selskabet har efterfølgende hverken afvist eller anerkendt det fremsatte krav. Af den grund er der ikke indtrådt forældelse. Såfremt selskabets brev af 3. september 2020 skal forstås som, at min klient har udvist retsfortabende passivitet, beder jeg selskabet redegøre herfor, og bemærker samtidig, at det næppe kan

være tilfældet, idet selskabet under alle omstændigheder ville have afventet ansvarssagen, hvori der endnu ikke er fastsat et varigt men.

Opsummering

- Sagen er anmeldt rettidigt til Alka Forsikring, og kravet er derfor tillige rejst rettidigt.
- Alka Forsikring har hverken afvist eller anerkendt det fremsatte krav.
- Af den grund kan der ikke være indtrådt forældelse.
- Der foreligger ikke retsfortabende passivitet.

Jeg fastholder således, at min klient forsat har et krav i sagen, og såfremt du ikke er enig heri, beder jeg dig forelægge sagen for en af selskabets jurister. Ved manglende imødekommelse forbeholder jeg mig retten til at forelægge sagen for Ankenævnet for Forsikring, og i samme ombæring vil jeg på vegne af min klient gøre krav på at få dækket advokatombæring forbundet med sagen."

Af telefonnotat af 9/9 2020 mellem selskabet og klagerens advokat fremgår bl.a.:

"09.09.2020. 16:11 ...

Adv ringer, ønsker kopi af forsikringsbetingelser. Han oplyser at vi kan se bort fra hans mail vi netop har modtaget, da han sender sagen i Ankenævnet i morgen."

Af selskabets afgørelse af 26/1 2021 om udbetaling af mén fremgår bl.a.:

"Afgørelse

Sagens akter er gennemgået og der vil blive udbetalt erstatning fra ulykkesforsikringen.

Begrundelse

I sin vurdering har lægekonsulenten lagt vægt på, at du har gener i form af uspecifikke mavesmerter og tendens til diarre samt kognitive gener som tolkes at være posttraumatiske. Lægekonsulenten har derfor fastsat méngraden til 16 % i henhold til Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel punkt F.1.10 (8 %) og J.2.1 (8 %). Méngraden fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel, der gælder på tidspunktet for afgørelsen. Méntabellen kan findes på Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings hjemmeside: www.aes.dk. Fastsættelse af méngraden sker alene på grundlag af skadens medicinske art og omfang, og er derfor uden hensyntagen til dit erhverv og eventuelle nedsatte erhvervsevne.

Udbetaling

På tidspunktet for skaden var du forsikret for 400.000 kr., og du modtager derfor følgende skattefrie udbetaling fra ulykkesforsikringen:

16 % af 400.000 kr.

64.000,00 kr.

Udbetaling vil ske til det oplyste kontonummer inden en uge. Sagen er hermed afsluttet."

Nævnet udtaler:

Ankenævnet for Forsikring

15.

95790

Klageren var den 28/4 2015 involveret i et færdselsuheld, hvor han kom til skade. Han anmeldte ulykken til selskabet den 26/5 2015. Den 19/1 2016 ringede klageren til selskabet, og selskabet oplyste om, at de ville sende samtykkeerklæring til udfyldelse og derefter indhente lægelige akter fra andet selskab. Samme dag sendte selskabet samtykkeerklæring til klageren. Den 22/3 2016 oplyste klageren selskabet om, at den fremsendte e-mail var for stor til, at han kunne åbne den. Klageren antog i foråret 2020 advokat, som den 12/5 2020 anmodede selskabet om aktindsigt, som selskabet imødekom den 9/6 2020. Selskabet meddelte, at sagen var afsluttet, da selskabet ikke havde modtaget udfyldt samtykkeerklæring og oplyste om, at eventuelle krav kunne være forældede. Den 1/7 2020 anmodede selskabet klagerens advokat om yderligere oplysninger for at kunne tage stilling til eventuel forældelse. Advokaten besvarede henvendelsen samme dag og fremsendte lægelige akter. Den 3/9 2020 afviste selskabet dækning med henvisning til, at sagen var forældet. Samme dag fremsendte klagerens advokat en mail til selskabet, hvor han anførte, at da sagen var anmeldt til selskabet og hverken var anerkendte eller afvist af selskabet, kunne der ikke være indtrådt forældelse. Ved telefonisk henvendelse til selskabet den 9/9 2020 oplyste advokaten, at selskabet kunne se bort fra hans mail af 3/9 2020, da sagen nu ville blive indbragt for nævnet. Sagen blev indbragt for nævnet den 14/9 2020. Det er oplyst, at selskabet den 16/11 2020 anmodede om yderligere oplysninger for at kunne behandle sagen. Den 26/1 2021 anerkendte selskabet, at sagen ikke var forældet og selskabet har efterfølgende ydet dækning svarende til en méngrad på 16 %.

Twisten for nævnet vedrører, at klageren ønsker dækning for rimelige og nødvendige advokat-omkostninger. Klageren har blandt andet anført, at selskabet ikke oplyste om klagemuligheder i afvisningen af 3/9 2020, at det var nødvendigt med advokatbistand for at få selskabet til at anerkende, at kravet ikke var forældet, og at selskabet trods de indledende henvendelser fra advokaten fra maj 2020 og frem ikke realitetsbehandlede sagen. Klageren har oplyst, at advokaten har brugt 2 timer på sagen over for selskabet inden indbringelsen for nævnet, og at der er brugt 3½ time på klageskrift og sagsbehandling under nævnets behandling af sagen, samt at det samlede krav på udgifter til advokatbistand er 13.750,00 kr. inkl. moms.

Selskabet har afvist at yde dækning for advokatomkostninger med henvisning til, at der ved advokatens arbejde ikke er opnået et resultat, som klageren ikke selv kunne have opnået. Advokaten har alene indsendt kopi af de lægelige akter, som selskabet ville have indhentet, når klagerens samtykke forelå. Advokaten har derudover ikke afventet selskabets revurdering efter mail af 3/9 2020. Selskabet har videre anført, at sagen ikke er kompliceret og selskabet ikke har pligt til at vejlede om klagemuligheder efter den første afvisning af et krav.

Klagevejledning

For så vidt angår klagerens bemærkninger om selskabets manglende klagevejledning bemærker nævnet, at det fremgår af § 4 i forbrugerklageloven, at selskabet "skal give forbrugerne information om det alternative tvistløsningsorgan, jf. stk. 3, hvortil forbrugeren kan indbringe en tvist mellem den erhvervsdrivende og forbrugeren". Af lovens § 16, stk. 2, nr. 1, fremgår det, at et "godkendt privat tvistløsningsorgan kan afvise at behandle en klage, hvis forbrugeren ikke forudgående har reklameret over for den erhvervsdrivende". Det fremgår af § 5 i bekendtgørelse nr. 1219 af 20/11 2019 om den klageansvarlige og finansielle virksomheders håndtering af klager, at selskabet "skal oplyse, hvem der er virksomhedens klageansvarlige, og hvor og hvordan man kan rette henvendelse til den klageansvarlige".

Nævnet har i sag 94783 tidligere udtalt, at "selskabet først har en egentlig pligt til at orientere om klageadgangen til Ankenævnet for Forsikring, når klageren har rettet henvendelse til selskabet og har meddelt, at klageren er utilfreds med selskabets afgørelse, og når selskabet svarer på denne henvendelse".

Det fremgår af selskabets afgørelse af 3/9 2020, at klageren kan rette spørgsmål til afdelingen. Der fremgår ikke særskilte oplysninger om klagemuligheder.

Nævnet finder på den anførte baggrund ikke anledning til at kritisere, at selskabet i mailen af 3/9 2020 ikke har oplyst om muligheden for at klage til Ankenævnet for Forsikring.

Ankenævnet for Forsikring

17.

95790

Advokatomkostninger

Det fremgår af § 32, stk. 3, i forsikringsaftaleloven, at den sikrede i forbindelse med udenretlig fremsættelse og opgørelse af krav mod selskabet kan kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet. Af § 23, stk. 3, i nævnets vedtægter fremgår, at ingen af parterne betaler omkostninger ved tvistløsningsbehandlingen til den anden part.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at dække klagerens advokatomkostninger.

Nævnet har lagt vægt på, at selskabet efter advokatens mail af 3/9 2020, hvor advokaten argumenterede for, at der ikke var indtrådt forældelse af klagerens krav, omgjorde sin afgørelse og anerkendte, at der ikke var indtrådt forældelse og efterfølgende udbetalte dækning.

Nævnet har videre lagt vægt på, at klagerens advokats arbejde forud for den 3/9 2020 har været af ekspeditions-mæssig karakter, og at advokaten telefonisk den 9/9 2020 meddelte selskabet, at det kunne ses bort fra hans mail af 3/9 2020, da han ville klage til Ankenævnet for Forsikring.

Nævnet har herudover lagt vægt på, at det fremgår af nævnets vedtægter, at ingen af parterne betaler omkostninger ved tvistløsningsbehandlingen til den anden part.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Ankenævnet *for* Forsikring

18.

95790



Jens Kruse Mikkelsen

formand