

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 11. august 2021 blev i sag nr. 96372:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

If Skadeforsikring
Stamholmen 159
2650 Hvidovre

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 19/1 2021 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

If fortæller mig, at sagen er forældet. Det har If gjort flere gange. If vil ikke siden anmeldelsen behandle min sag. Jeg har ikke været indkaldt til speciallæge af If. Ifs kundeombud erkender 4.12.2020, at da jeg anmelder skaden den 7.10.2013, at If ikke har behandlet sagen. Kundeombuddet bekræfter også, at da jeg henvender mig til If igen i forbindelse med Arbejdsskadestyrelsens behandling, får det ikke If til at behandle min sag. If henviser kun til Arbejdsskadestyrelsen = If læner sig tilbage. If afviser af samme årsag som Arbejdsskadestyrelsen = If har ikke selvstændigt foretaget en sagsbehandling jeg kunne forvente. Sagen kan ikke være forældet også af den grund at stationærtidspunktet ikke da var indtrådt. Kundeombuddet i If erkender, at If har modtaget flere henvendelser fra mig, end If i første omgang har oplyst om, ikke bare i 2014-2016 men også senere. Dette selvom jeg holder 'gryden i kog' ved at genindbringe sagen for Arbejdsskadestyrelsen. Jeg kan ikke vide endnu, at jeg har et krav, da If har afvist mig hele tiden. Arbejdsskadestyrelsen har oplyst at anmeldelsen til dem var for sen, men den er kommet op igen, på grund af at arbejdsgiver har genindbragt sagen. Det kan derfor ikke udelukkes at Arbejdsskadestyrelsens behandling får et andet resultat. If har heller ikke taget stilling til det lægefaglige materiale, i form af egen læges journalnotater, sammenholdt med udskrift fra Arbejdsmedicinsk Klinik fra 2019. If har heller ikke sendt mig til en speciallæge efter eget valg. Dette sammenholdt med at sagen er rettidigt anmeldt til forsikringen den 7.10.2013, jf. kundeombuddets svar, hvilket nu også er videre sendt til arbejdsskademyndigheden.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Behandling hos If med henblik på at få hændelse selvstændigt vurderet hos If, i forhold til forsikringsbetingelserne, herunder med henvisning til speciallæge efter eget valg, alt med henblik på dækning, jf. betingelserne. Forbehold for yderligere."

Ankenævnet for Forsikring

2.

96372

Selskabet har i brev af 27/1 2021 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Vores kunde har klaget over, at If ikke vil behandle sagen, og siden sagens anmeldelse, ikke har indkaldt til speciallæge. Kunden er ikke tilfreds med, at If oplyser det samme som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) og mener derfor ikke, at If selvstændigt har foretaget en sagsbehandling. Vi har undersøgt sagen igen og efter fornyet gennemgang fastholder, at skaden

1. er forældet efter de almindeligt gældende forældelsesregler
2. subsidært, at skaden er afvist, med henvisning til afgørelsen fra AES som vi er enig i

Kundeforhold

Kunden har købt en ulykkesforsikring den 01.01.2013. Erhverv [profession]. Forsikringssum ved død 50.000 kr. og 100% invaliditet 2.000.000 kr. Policen, bilag S, er fra den 01.09.2013.

Det faktiske forløb

Den 7. oktober 2013 bliver vi telefonisk kontaktet af kunden. Han spørger ind til, hvordan han er dækket, da han er blevet opereret for 4 x diskusprolaps. Skaden er oplyst at være sket 1. februar 2013. Kunden forklarer følgende: Rejser mig fra sengen og går på wc, sætter mig og kaster op og kan ikke rejse mig. Det blev forklaret 2 gange med samme forklaring. Vi afviser skaden telefonisk, da der ikke er sket et ulykkestilfælde i forsikringsmæssig forstand. Den 10. juni 2014 indsender kunden mail til If og oplyser, at If har valgt at afslå, idet der henvises til forløbet fra dag 3 (26.02.2013) og fremefter, hvor det at kravle ud af sengen og et toiletbesøg om morgenen udløste det endelige 'sammenbrud'. Optakten som blev beskrevet til If i telefonen, beskriver kunden således (citater): 24.02.2013 I forbindelse med en arbejdssituation på værkstedet hos [arbejdsplads] i ... foretog jeg en uheldig bevægelse, jeg fik pludselig store smerter i ryggen/lænden og måtte i den forbindelse tage smertestillende piller (Panodil'er) for at holde de værste smerter nede resten af dagen. Havde dog meget ondt, og piller havde ingen effekt. Da jeg kommer hjem kravler jeg direkte i seng pga. stærke smerter i lænd og højre ben.

25.02.2013 Jeg går på trods af voldsomme smerter på arbejde, og fortsætter dagen ud med indtagelse af mange smertestillende piller. De virker dog kun meget begrænset og jeg har afsindigt ondt og er nu meget vanskeligt gående. Er stort set ikke i stand til at komme ind i min bil og køre. Da jeg kommer hjem kravler jeg igen direkte i seng pga. store smerter i ryg og ben (kan nu faktisk ikke gå).

26.02.2013 Da jeg om morgenen vågner og forsøger at stå op gør det nu så ondt at jeg må kravle ud på badeværelset og meget forsigtigt sætte mig på toilettet pga. de voldsomme smerter. Den endelige effekt af skaden fra den 24. bryder nu igennem, idet jeg her kaster op ud over det hele falder sammen i et sandt smertehelvede.

Efterfølgende mailkorrespondance i perioden 2014 til 2016 fremgår af det vedhæftede, bilag A til I. Den 13.09.2016 oplyser vi i mail til kunden, at vores lægekonsulenter har haft sagen til vurdering, og er enige i Arbejdsskadestyrelsens vurdering af sagen, med vægt på, at den beskrevne påvirkning ikke i sig selv er egnet til at fremkalde den aktuelle skade. Det er således ikke nok, selv om der skulle være tidsmæssig sammenhæng mellem hændelsen og skaden. Vi kan derfor desværre ikke hjælpe, og foretager os ikke yderligere. Først i 2019 vender kunden tilbage og ønsker sagen genoptaget. Den 11.09.2020 sender vi mail til kunden, og oplyser: Da det er mere end 3 år

siden din skade opstod, og den blev afvist af If ved din telefoniske anmeldelse den 07.10.2013, og senere igen den 13.09.2016 og 13.09.2016, er sagen forældet i forhold til gældende lovgivning.

Kunden ønsker efterfølgende sagen behandlet i Kundeombuddet i If. Den 7. december 2019 besvarer Kundeombuddet kundens klage. De oplyser følgende (citater): *Du har skrevet til Kundeombuddet fordi du er utilfreds med, at If har afvist at dække din skade i ryggen på din ulykkesforsikring. If oplyser, at de mener din sag er forældet, og at de derfor ikke kan genoptage den. Jeg har derfor undersøgt praksis og reglerne omkring forældelse. If oplyser også, at selvom skaden ikke havde været forældet, så ville den alligevel ikke have været dækket på grund af den lægelige vurdering af din skade, altså, at de gener du har, ikke er forårsaget af et ulykkestilfælde, som er dækket af din ulykkesforsikring. Når jeg gennemgår din sag, kan jeg se, at du anmelder din skade telefonisk den 7. oktober 2013, og at If afviser den med det samme. I juli 2014 kontakter du If igen og oplyser, at din sag skal prøves hos Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES), tidligere Arbejdsskadestyrelsen, da det er en arbejdsskade. Ifølge de oplysninger jeg kan se i sagen, så kommer afgørelsen fra AES den 15. januar 2015. Afgørelsen bliver anket til Ankestyrelsen, som fastholder afgørelsen fra AES i juni 2016. Da [dit familiemedlem] kontakter If på dine vegne i juli 2016, får han at vide at If fastholder, at skaden er afvist. Ifs lægekonsulenter vurderer også skaden, og If fastholder afvisningen med henvisning til afgørelsen fra AES, som de er enige i. I februar 2019 beder du om aktindsigt og i september 2019 beder du om genoptagelse. If afviser i november 2019 at genoptage sagen. I august 2020 henvender du dig igen til If, som fastholder, at skaden er afvist og forældet. Reglerne om forældelse er ganske komplicerede, men helt overordnet gælder der en frist på 3 år til at anmelde og forfølge det krav, som man mener, at man har som følge af en skade. Den 3-årige frist starter, når skaden er sket, og du må forvente, at du har et krav mod dit forsikringsselskab. I dit tilfælde ville det som udgangspunkt være, da skaden skete den 24. februar 2013. Hvis man vil afbryde fristen, skal man enten klage til Ankenævnet for Forsikring eller anlægge en retssag, inden fristen er udløbet. Der kan i nogle tilfælde være tale om, at fristen suspenderes, hvis man ikke har vidst, at man havde et krav, men selvom jeg beregner fristen på 3 år fra den seneste afgørelse fra Ankestyrelsen i juni 2016, så er din skade stadig forældet, da du kontakter If igen i september 2019 for at få genoptaget din sag. Jeg kan også se, at If gennem hele perioden har fastholdt, at din skade er afvist. Derfor er jeg enig med If i, at din skade er forældet, da du igen kontakter If i september 2019 og beder om genoptagelse. For at være sikker på at jeg besvarer din klage fuldt ud, har jeg undersøgt, om din skade eventuelt ville have været dækket, hvis den ikke havde været forældet. Jeg kan se, at første gang du kontakter If i 2013, afvises skaden, fordi der ifølge If ikke er tale om et ulykkestilfælde, som kan begrunde de gener du har. Når jeg læser vurderingen fra AES kan jeg se, at de er kommet frem til samme konklusion. Nemlig, at det, som skete på din arbejdsplads den 24. februar 2013, hvor du fik et kraftigt ryk/stræk i ryggen, ikke kan være årsagen til de gener du har og ikke kan forårsage en diskusprolaps. I Kundeombuddet har vi ikke selv medicinsk viden, men da AES er en uvildig og faglig institution, har jeg ikke noget grundlag for at tvivle på deres lægefaglige vurdering. Ifs lægekonsulenter er også enige i den konklusion.*

Vi fastholder vores afvisning

Sagen har vi begrundet i forløbet ovenfor og Kundeombuddet er enig med skadeafdelingen. Vi fastholder derfor at den anmeldte ryglidelse ikke er dækket.

Konklusion

Da vi ikke mener, at der kommer yderligere oplysninger i kundens klage til Ankenævnet, og vi i øvrigt mener, at vores oprindelige behandling af skaden var korrekt, må vi fastholder, at kunden er ikke berettiget til erstatning."

Klageren har i brev af 2/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Det svar som If har givet indtil nu i sagen er alene et udtryk for drilleri i form af et referat af det som If selv har noteret. Det er ikke et udtryk for den rigtige sammenhæng. If har modtaget skadesanmeldelsen telefonisk, og det har Ifs klageombud bekræftet, at skaden var anmeldt rettidigt til If.

Herefter er der i forløbet – uanset at der har været flere henvendelser – ikke sket korrekt behandling af sagen i If. If har ikke henvist mig til undersøgelser. If har alene lukket sagen ned og bagefter gjort gældende, at nu kunne If ikke behandle sagen, da den var forældet. Når der af Ifs klageombud først i 2020 er sket anerkendelse i If af, at skaden var rettidigt anmeldt, så kan forældelse ikke komme på tale. Spørgsmålet er: Er der sket en ulykesskade i lovens forstand og i henhold til ulykkesforsikringsbetingelserne? Det mener If ikke. Gaffelnøglen smutter fra møtrikken, og det giver et voldsomt ryk, med rygskaade til følge. Rygrask indtil ulykken sker på Jeg bliver jo også opereret ret hurtigt efter skaden, og flere gange. Ifs kunde kan If ikke forvente er forsikringsuddannet, men det er Ifs skadebehandlere, og skadebehandlere burde have spurgt mere indtil hvordan skaden var opstået, og sendt mig videre til undersøgelse, og foranlediget at Ifs lægekonsulent skulle se på sagen, og If burde have sagsbehandlet min sag korrekt fra starten af. If lægger vægt på et toiletbesøg, men det er misvisende. If forsøger at mudre sagen til. Om arbejdsskadesagen, som der er fremlagt dokumenter om i sagen, foregår der pt. genbehandling hos arbejdsskademyndighederne, idet arbejdsgiver i 2020 efterfølgende har oplyst anderledes end det arbejdsgiver gjorde ved arbejdsgivers første besvarelse til arbejdsskademyndighederne. Sagens dokumenter må både ankenævnet og If gerne indhente. Jeg anmoder derfor If om at forholde sig til omstændighederne i min sag, og hvorfor If ikke fra starten har behandlet sagen i overensstemmelse med reglerne, men i stedet forsøgt at køre mig rundt i manegen om noget, som jeg ikke havde eller har forstand på. Jeg ville gerne have haft hjælp fra If af. Det fik jeg ikke, hverken i den ulykkelige situation jeg stod i dengang, eller ved henvendelserne til If, eller pt. At skaden i første omgang blev afvist af arbejdsskademyndighederne har ikke selvstændig betydning, det fritog/fritager ikke If for selvstændigt at behandle sagen, i stedet for at henvise til andre. Sagen bedes derfor forelagt for If igen."

Klageren har yderligere i brev af 28/4 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Modparten ønsker fortsat ikke at forholde sig til sagen, jf. modpartens indlæg 8.3.2021. Modparten har haft denne stilling hele sagen igennem. Spørgsmålet er, om modparten kan det. Det mener jeg ikke. Sagen er i Ankenævnet for Forsikring klassificeret som 'Ulykke'. Forsikringsselskabet har ikke benægtet, at der er tale om en pludselig, udefrakommende skade på legemet, og det er på grund af den kraftanstrengelse der skete, da jeg var at spænde en bolt. Forsikringen er en 'hel-tidsulykkesforsikring'. Dvs. hvis forsikringsselskabet bliver opmærksom på, at jeg har været eller kan have været ude for en skade, så er forsikringsselskabet forpligtet til at behandle sagen, med alt hvad det indebærer. Forsikringsselskabets kundeombud har oplyst, at sagen er rettidigt anmeldt.

Forsikringsselskabet tror, at det er en arbejdsskade og følger arbejdsskademyndigheden, uden at forsikringsselskabet selv foretager en selvstændig vurdering. Hvis nu det ikke var en arbejdsskade, skulle forsikringsselskabet så alligevel vurdere, om jeg var dækket hos forsikringsselskabet? Ja. Det har forsikringsselskabet ikke gjort, da forsikringsselskabet dels har afvist mig og dels har hen-

vist til arbejdsskadesagen. Forsikringsselskabet skulle derfor også løbende spørge mig om, om der var nyt i sagen, herunder om jeg var tilkendt førtidspension (som jeg blev tilkendt i 2016 og herunder om der var ændringer. Det har forsikringsselskabet ikke gjort. Ikke engang den oplysning som jeg leverer til forsikringsselskabet om, at [pensionsselskab] har anerkendt 2/3 invaliditet får forsikringsselskabet til at reagere. Det gøres gældende, at forsikringsselskabet skulle have fanget, at der er tale om en skade der opstod og som siden har udviklet sig, og som ikke var færdig. Den tidsmæssige sammenhæng sammen med de løbende lægefaglige oplysninger, med i starten en noget tøvende lægefaglig stillingtagen, der senere ender ud i 3 operationer, senere tilkendelse af førtidspension, og en bekræftelse af, at der var sørme en skade, som har medført betydelige gener, og at der ikke var forudbestående gener inden, jf. blandt andet udskriften fra Arbejdsmedicinsk Klinik og udskrift fra egen læge m.v. Forsikringsselskabet siger, jamen vi har forelagt den for vores lægekonsulenter, men det er bare ikke fremlagt i sagen, hvad disse lægekonsulenter har taget stilling til. Forsikringsselskabet har heller ikke løbende fulgt op i den udviklende skade, der jo ikke var stationær. Forsikringsselskabets påstand om manglende årsagssammenhæng, som forsikringsselskabet gør gældende, men ikke dokumenterer, afvises.

Når forsikringsselskabet er den stærke part, og når forsikringsselskabet bare afviser uden nærmere at vejlede, har forsikringsselskabet også en sådan særlig vejledningspligt også til at følge op, og det har forsikringsselskabet tilsidesat. Hvordan ser vi også det? Det fremgår tydeligt, at forsikringsselskabet kun interesserer sig for sagen hos arbejdsskademyndigheden – men forsikringsselskabet interesserer sig alligevel heller ikke for denne sag, fordi forsikringsselskabet spørger jo ikke arbejdsgiver eller arbejdsgivers forsikringsselskab eller stiller spørgsmål herom. Forsikringsselskabets undlade-manøvrer, som der er mange af, medfører derfor, at forsikringsselskabet skal se på sagen igen.

Jeg finder, at et forsikringsselskab har en vis forpligtelse til at rådgive erstatningssøgende, og den rådgivning skal være loyal og rigtig. Forpligtelsen intensiveres, når der er tale om en heltidsulykkesforsikring, og når forsikringsselskabet var klar over, at jeg havde anmeldt en skade, rettidigt. Samlet set har der ikke været tale om forældelse, da jeg ikke kunne være klar over, hvornår jeg havde ret til erstatning hos forsikringsselskabet, da selvom sagen var rettidigt anmeldt, afviste forsikringsselskabet mig hele tiden, og samtidig udviklede skaden sig – skaden blev heller ikke endeligt fastsat førend i udskriften fra arbejdsmedicinsk klinik og efterfølgende lægefaglige dokumentation, og da jeg så henvendte mig igen til forsikringsselskabet flere gange, blev jeg igen afvist. Forsikringsselskabet argumenterer (forsikringsselskab, kundeombud, og særlig personlighed der fører sagen for forsikringsselskabet i Ankenævnet for Forsikring) for forældelse – altså at toget har forladt perronen for mig. Det er jeg ikke enig, da toget gik i stykker, da det holdt på perronen, og det kom aldrig til at køre, fordi togets fører (forsikringsselskabet) ikke overhovedet interesseret – i tilstrækkelig grad uanset – for min sag.

Forsikringsselskabet har jo ikke afvist at der er anmeldt en skade. Forsikringsselskabet har heller ikke afvist, at det er rigtigt, at forsikringsselskabet ikke har behandlet sagen. Opfattelsen om forsikringsselskabets drillerier er derfor ikke forkert, selvom modparten afviser (igen uden at dokumentere). Hvis man ser på sagen ude fra må jeg lægge til grund, at jeg synes at det er helt vildt det forsikringsselskabet forsøger at slippe afsted med. Jeg gør derfor gældende, at forsikringsselskabet skal behandle min sag og foretage tilkendelse til mig, med tilbagevirkende kraft, herunder med renter og dækning af omkostninger. Jeg har i dag bedt Ankestyrelsen om akt- og registerindsigt, og det lægges op på sagen, når det kommer. Jeg ønsker at vende tilbage med yderligere

kommentarer til sagen, når forsikringsselskabet har svaret i sagen, og når akt- og registerindsigten er loadet op."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Nævnet har blandt andet modtaget interne registreringer hos selskabet, mailkorrespondance mellem selskabet og klageren fra 9/11 2020 – 4/1 2021, lægeudtalelse fra klagerens praktiserende læge af 23/9 2020, journalnotat af 3/9 2020, journal fra arbejdsmedicinsk klinik, journal fra egen læge, oversigt over klagerens skade og behandlingsforløb, lægeudtalelse fra speciallæge i neurokirurgi fra Patientombuddet af 19/1 2015, genoptræningsplan fra regionen, akter i arbejdsskadesagen herunder journal, Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse af 15/1 2015, Ankestyrelsens afgørelse af 2/10 2015, Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse af 9/9 2019, Kundeombuddet hos Ifs afgørelse af 4/12 2020, Ankenævnet for Patienterstatnings afgørelse af 17/4 2015 og af 27/7 2020, lægeudtalelse af 25/3 2014, police af 12/7 2013 og forsikringsvilkår nr. 63-04. Uddrag af bilagene gives nedenfor. Af journal fra egen læge fremgår bl.a.:

"08 03 2013

** LÆGEVAGTSNOTAT ** 2013 03 08 kl. 00:26

...

Han har muligvis en diskusprolaps. Skal MR scannes. Stråler ned i hø. ben. Blevet forstoppet på Tramadol. Fys mener symptomerne er forværret.

...

08 03 2013

** KORRESPONDANCEBREV **

...

[Fysioterapeut]

...

Jeg har nu set pt. 2 gange indenfor 3 døgn, for smerter svt lumbalt med kraftig udstråling til hø UE svt. dermatom L4-5 spec.

...

Siden mandag har der været sub/obj forværring.

...

27 02 2013

K: Rygsm. m-, udstr. til hø. ben de sidste 2-3 dage – obj er Laseque pos på hø. side v. 45 gr og på ve. v. 70 gr. – Prolaps? Ingen probl. m. aff. og vandl. – der gøres rotat. manip. I L. m. u. klik – får Tramadol og råd om fladt rygleje – igen om et par dage.."

Af selskabets interne notater af 7/10 2013 fremgår bl.a.:

"SKL. Ringer og spørger hvordan han er dækket. Han er blevet opereret for 4 discus."

Ankenævnet for Forsikring

7.

96372

Og

"Forklarer følgende – rejser sig fra sengen og går på WC, sætter sig og kaster op og kan ikke rejse sig. Han forklarede mig det 2 gange og det er samme forklaring. Afvist."

Af selskabets interne notater af 4/7 2014 fremgår bl.a.:

"Mail fra skl. som ikke er tilfreds, og samtidig skitserer hændelsesforløb umiddelbart inden den skade han anmelder. Svaret, at han må beskrive hændelsen præcist, så vender jeg tilbage."

Af klagerens mail til selskabet af 9/7 2014 fremgår bl.a.:

"Hermed svar på dit nedenstående spørgsmål, vedr. min skade/ulykke. Tak for din mail, jeg skal forsøge på bedste vis at besvare dine spørgsmål."

a) Den uheldige bevægelse:

Ved en efterspænding af en bolt i en ..., smuttede fastnøglen greb omkring bolten pludseligt, så det gav et kraftigt ryk og et 'smæld samt smertejag' i min ryg, da jeg røg fremad. Jeg havde lagt alle kræfter i at spænde. Jeg fik derved kraftige smerter i både ryg og højre ben, så skaden er opstået der i forbindelse med den uheldige bevægelse/ulykke. Efterfølgende måtte jeg tage mange stærke smertestillende midler for blot at komme hjem. Jeg har ikke siden været i stand til at genoptage arbejdet."

Af selskabets interne notater af 16/7 2014 fremgår bl.a.:

"Beskrivelse af hændelsen for det anmeldte UT. Der er tale om en arbejdsskade, hvorfor jeg har skrevet til skl. at han skal henvende sig, når han har hørt fra arbejdsskadestyrelsen."

Af selskabets interne notater af 8/9 2014 fremgår bl.a.:

"Mail fra skl. omkring hændelsesforløbet. Mailen er også sendt til ASK. Svaret, at svaret fra ASK meget gerne på sendes til os, så kigger vi på sagen. (når svaret foreligger)."

Af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse af 15/1 2015 fremgår bl.a.:

"Afgørelser og beslutninger

Den anmeldte ulykke den 26. februar 2013 er ikke omfattet af loven. Det betyder, at du ikke har ret til erstatning eller andre ydelser efter loven.

...

Begrundelse

Vi kan ikke anerkende ulykken den 26. februar 2013 som en arbejdsskade, fordi den er anmeldt for sent. En arbejdsulykke skal anmeldes til arbejdsgiverens forsikringsselskab eller til Arbejdsskadestyrelsen senest 1 år efter ulykken. Din sag er anmeldt som en arbejdsskade den 26. februar 2013. Der er altså gået mere end 1 år, fra du kom til skade, til din skade blev anmeldt. Vi kan se bort fra 1 års fristen, hvis følgende 3 forhold er opfyldt og der er:

1. er dokumenteret en arbejdsskade
2. sammenhæng mellem de nuværende symptomer og arbejdsskaden
3. udsigt til, at arbejdsskaden vil give ret til erstatning.

I din sag kan vi ikke se bort fra anmeldelsesfristen, fordi vi finder, at der ikke er dokumenteret en arbejdsskade. Der er tale om en arbejdsskade, hvis skaden er forårsaget af arbejdet, eller de forhold det foregår under, og hvis der er årsagssammenhæng mellem hændelsen og den personska-
de der er anmeldt. Vi har lagt vægt på, at der ikke har været tale om en tilstrækkelig belastning af din ryg til at medføre en diskusprolaps i lænden. Vi har lagt vægt på at da fastnøglens greb om boltten pludselig smuttede og du røg fremad, var der ikke nogen vægtmæssig belastning af din ryg udover din egen vægt. Der har derfor ikke en tilstrækkelig belastning til at overvinde kroppens naturlige styrke. Selvom dine rygsmarter skete på dit arbejde, er det vores vurdering, at skaden ikke skyldes dit arbejde eller de forhold som de blev udført under. Når der alligevel er sket en skade, er der en formodning for, at skaden er opstået spontant, uden kendt årsag og er indefra kommende. Vi er opmærksomme på, at [klagerens repræsentant] i mail til os af 11. december 2014 har gjort opmærksom på, at der er en række forkerte tolkning af journal fra ..., som I ønsker at rette op på. Oplysningen har ikke ført til en anden vurdering, fordi vi alene har lagt vægt på din diagnose og beskrivelsen af hændelsen. Derfor kan vi ikke anerkende ulykken som en arbejdsskade."

Af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings udtalelse af 27/2 2015 fremgår bl.a.:

"Begrundelse for oversendelse til Ankestyrelsen

Vi kan give delvist medhold i klagen. Vi kan give medhold i, at den anmeldte hændelse skete den 24. februar 2014. Vi har lagt vægt på, at datoen den 24. februar 2014 er nævnt alle andre steder end i anmeldelsen. Vi kan ikke give medhold i, at dine rygsmarter skyldes hændelsen den 24. februar 2014. Vi er opmærksomme på, at det fremgår af klagen, at du ikke har haft symptomer fra ryggen forud for ulykken og meget få sygedage. Det fremgår også, at når en stærk voksen mand på 106 kg trækker i en fastnøgle, der smutter skal kraftudligningen ske gennem ryggen og at dette er årsag til din dobbelt diskusprolaps i ryggen. Vi vurderer fortsat, at hændelsen ikke er egnet til at forårsage en diskusprolaps i ryggen. Årsagen er, at der var tale om en mindre vægtmæssig belastning i ryggen, da fastnøglen smuttede. Sagen har været forelagt en af Arbejdsskadestyrelsens interne lægekonsulenter i forbindelse med genvurderingen af din sag."

Af selskabets interne notater af 24/6 2016 fremgår bl.a.:

"[familiemedlem] ringer – sagen er endelig afvist ved ASK grundet forældelse."

Og

"Han vil så vide, hvad de skal gøre for at få sagen behandlet her. Jeg har oplyst ham, at det UT der beskrives nu, overhovedet ikke stemmer overens med den beskrivelse de kommer nu."

Og

"Har 3 diskusprolaps, kommet af et UT på job."

Og

"Jeg har sagt til [familiemedlem], at han må fremsende alt materialet til os, og så må vi se på det."

Ankenævnet for Forsikring

9.

96372

Og

"Jeg har oplyst om de tvetydige informationer vi har fået.."

Af selskabets interne notater af 29/8 2016 fremgår bl.a.:

"[Familiemedlem og repræsentant] indsender ASK akter i arbejdsskadesagen."

Af mail fra klagerens repræsentant af 30/8 2016 til selskabet fremgår bl.a.:

"Det er vigtigt for dig at vide, at vi, da jeg blev involveret i sagen igen ca. 1 år efter ulykken indtraf, igen telefonerede til jeres [medarbejder], som dog igen sagde, at man hos jer havde afvist sagen baseret på den første samtale med [klageren], der dog på det tidspunkt, for den første kontakt, var så stærkt påvirket af bedøvende midler, at man nærmest kunne betegne hans tilstand som 'vågen koma'. At han faldt helt sammen på toilettet, den pågældende morgen, var blot en del af efterspillet fra det oprindelige uheld, der var indtruffet 2 dage tidligere. Selve ulykken (en stor ring-gaffel nøgle, der var smuttet af under hans arbejde) er grundig beskrevet senere plus en beregning af de kræfter der er i spil under sådan en hændelse, noget [medarbejderen] godt kunne se rigtigheden af, så hun sagde at IF ville lade sagen være åben til efter endt sagsbehandling ved diverse involverede afdelinger i det offentlige system, dvs. til efter patientklagestyrelsen og arbejdsskadestyrelsen havde behandlet sagen."

Af selskabets interne notater af 13/9 2016 fremgår bl.a.:

"[Navn] er enig med Arbejdsskadestyrelsen, da han ligeledes mener, at den beskrevne påvirkning ikke er egnet til at fremkalde skaden."

Af selskabets mail til klagerens repræsentant af 13/9 2016 fremgår bl.a.:

"Arbejdsskadestyrelsen skriver ganske rigtigt, at sagen er for sent anmeldt som begrundelse for afvisningen. De skriver imidlertid også, at der kan dispenseres for anmeldelsesfristen hvis:

1. Der er dokumenteret en arbejdsskade
2. Sammenhæng mellem de nuværende symptomer og arbejdsskaden
3. Udsigt til, at arbejdsskaden vil give ret til erstatning

Arbejdsskadestyrelsen har ikke fundet anledning til at dispensere for anmeldefristen, selv om disse 3 punkter er blevet inddraget i overvejelserne. (Den fulde begrundelse står i selve afgørelsen fra ASK, og gengives derfor ikke her). Vores lægekonsulenter har haft sagen til vurdering, og er enige i Arbejdsskadestyrelsens vurdering af sagen, med vægt på, at den beskrevne påvirkning ikke i sig selv er egnet til at fremkalde den aktuelle skade. Det er således ikke nok, selv om der skulle være tidsmæssig sammenhæng mellem hændelsen og skaden. Vi kan derfor desværre ikke hjælpe, og foretager os ikke yderligere."

Af selskabets interne notater af 20/9 2016 fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

10.

96372

"Mail igen fra tovholder. Fastholdt vores afgørelse og oplyst, at yderligere uenigheder hører under domstolene. AES er øverste administrative myndighed. Der ville ikke være mening i at sende sagen til vurdering i ASK igen .. Sagen har været hele møllen igennem. ASK/Ankestyrelsen."

Og

"[Navn] udtaler, at vi ikke er enige i hans bemærkninger og påvirkningen på kroppen. Vi er derfor fortsat enig med AES og yderligere uenigheder hører under domstolene. Svaret tovholder pr. mail."

Af selskabets mails af 20/9 2016 til klagerens familiemedlem og repræsentant fremgår bl.a.:

"Jeg synes, at du skal prøve at sende udregningerne til Arbejdsskadestyrelsen/Ankestyrelsen og bede om en revurdering af sagen, da det er dem som er øverste administrative myndighed, som selskaberne læner sig op af. Det er desværre ikke en mulighed at komme i personlig dialog med vores lægekonsulenter. Som nævnt i tidligere mail, er Arbejdsskadestyrelsen villig til at dispensere for anmeldelsesfristen, hvis de vurderer, at der er årsagssammenhæng imellem hændelsen og skaden, ligesom ulykken skal være lægeligt dokumenteret, hvilket forhold Styrelsens lægekonsulenter ikke fandt opfyldt. Når en sag har været forelagt øverste administrative myndighed, hører yderligere uenigheder under domstolene, så der er desværre ikke yderligere vi kan foretage os i denne sag."

Og

"Sagen har som nævnt været forelagt vores lægekonsulenter, som det desværre ikke er muligt at få en personlig samtale med. Lægekonsulenterne har haft alt det materiale sagen indeholder til rådighed, herunder de beregninger og andet du har indsendt. Lægekonsulenterne udtaler, at de ikke er enige i beregningerne og påvirkningen af kroppen, hvorfor afgørelsen om afvisning således fastholdes. Vi er fortsat enige med Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Vi foretager os derfor ikke yderligere i sagen."

Af selskabets interne notater af 25/11 2019 fremgår bl.a.:

"25.9.19: FT ønsker aktindsigt og beder os behandle sagen ud fra et vedhæftet udskrift fra Arbejdsmedicinsk Klinik."

Og

"25.9.19: FT ønsker sagen behandlet på ny på baggrund af notat fra Arbejdsmedicinsk Klinik."

Og

"Afviser at viderebehandle/genoptage sagen. Gennemgået sagen med SFR. Det er stadig den samme hændelse, som er afvist af AES/AST da man ikke mener, at hændelsen er egnet til at medføre skade hos en rygrask person. Vores lægekonsulenter har været enige i dette. Hvilket vi tidli-

gere har meddelt FT. Stadig samme hændelse, minus forværring og i øvrigt forældet 1 år efter vores sidste fastholdelse den 20.9.2016."

Af journal fra arbejdsmedicinsk klinik fremgår bl.a.:

"12.03.19 13:00 ..., Læge, Arbejdsmedicin ...

... **Undersøgelse Arbejdsmed. Klinik**

Journaloptagelse

Kontaktårsag

[I 40'erne] tidligere [profession] genhenvist fra egen læge til vurdering af, om patientens arbejde kan være en medvirkende årsag til patientens lænderygsmærter. Pt. senest set i arbejdsmedicinsk regi i 2013.

...

Vurdering

Som ... gennem 24 år har pt. haft for faget vanligt arbejde med ... og ... med gode hjælpemidler. Det vurderes, at patientens lænderygsmærter ikke er udtryk for en arbejdsrelateret lidelse, men i højere grad muligvis kan være udløst af en arbejdsrelateret ulykke i 2013. Ulykken tidligere angiveligt forsøgt anmeldt men afvist pga. forældelse. Sagt til patienten: Anbefalet fysioterapeutisk vejledning i forhold til aktive øvelser. Gener fra nakke/arme vurderes at være sekunder i forhold til patientens haltende gang og anspændt kropsholdning. Pt. vurderes på det foreliggende at kunne afsluttes fra Arbejdsmedicin efter gennemgang og konference."

Af Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse af 9/9 2019 fremgår bl.a.:

"Afgørelser og beslutninger

Den anmeldte ulykke den 24. februar 2013 er ikke omfattet af loven. Det betyder, at du ikke har ret til erstatning eller andre ydelser efter loven.

...

Begrundelse

Vi traf den 15. januar 2015 første gang afgørelse om, at der ikke kunne dispenseres for, at skaden var for sent anmeldt. Den 2. oktober 2015 traf Ankestyrelsen afgørelse i din sag, og kom også frem til, at der ikke kunne dispenseres fra, at skaden var for sent anmeldt. Du har den 5. marts 2019 anmodet om, at få din sag genoptaget på baggrund af nye helbredsoplysninger i din sag. Vi har genoptaget spørgsmålet om anerkendelse, fordi der foreligger nye oplysninger på sagen. Vi kan ikke anerkende ulykken den 24. februar 2013 som en arbejdsskade, fordi den er anmeldt for sent. En arbejdsulykke skal anmeldes til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring senest 1 år efter ulykken".

Af selskabets brev af 25/11 2019 fremgår bl.a.:

"Du har indsendt notat fra Arbejdsmedicinsk Klinik og beder os behandle sagen. Vi har den 20.9.2016 oplyst dig, at vores lægekonsulent er enig med Arbejdsmarkedets Erhvervssikring i at hændelsen ikke er egnet til at fremkalde skade hos en rygrask person. Dette er også senere vurderet hos Ankestyrelsen. Det er stadig samme hændelse, som vi har afvist, som det indsendte fra Arbejdsmedicinsk klinik drejer sig om. Uagtet om der måtte være tale om en forværring foretager vi os ikke yderligere i sagen, da selve hændelsen er afvist fra vores side. Vi har således ikke taget stilling til om sagen er forældet."

Af selskabets brev af 11/9 2020 til klagerens repræsentant fremgår bl.a.:

"Denne sag der vedrører ryglidelse tilbage fra 2013 er drøftet med dig i dag. Da det er mere end 3 år siden din skade opstod, og den blev afvist af If ved din telefoniske anmeldelse den 07.10.2013, og senere igen den 13.09.2016 og 13.09.2016, er sagen forældet i forhold til gældende lovgivning. Sagen kan derfor ikke genoptages."

Af selskabets brev af 14/10 2020 til klagerens repræsentant fremgår bl.a.:

"Selv om vi naturligvis har forståelse for din situation, er det ikke muligt at få genoptaget sagen. Vi har tidligere meddelt til dig, at vi vurderer sagen på samme måde som Ankestyrelsen, som har udtalt sig i 2016. Dengang meddelte vi dig, at den anmeldte skade ikke er dækket. Vi vil selvfølgelig gerne drøfte sagen med dig, men skal fastholde, at sagen er forældet. Tidligere har vi også oplyst til dig, at vi følger Ankestyrelsens afgørelse. Er du ikke tilfreds med vores afgørelse, er du velkommen til at kontakte Kundeombuddet i If. Kundeombuddet er ansat af If, men vurderer alle sager selvstændigt, upartisk og med nye øjne. Seneste frist for indsendelse af klage til Kundeombuddet er 6 måneder, fra dato for fremsendelse af denne mail. Læs mere her om Kundeombuddet her. Du kan altid læse dine forsikringsvilkår og følge dine skader her på Mine sider."

Den 9/11 2020 sendte selskabet sagen videre til Kundeombuddet i IF, og den 3/12 2020 udtalte Kundeombuddet, at sagen var forældet. Den 19/1 2021 fastholdt selskabet, at et eventuelt krav var forældet.

Af forsikringsbetingelserne nr. 63-04 fremgår bl.a.:

"2. Ulykkesforsikring voksen og børn

...

2.2 hvad dækker forsikringen?

Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde. Se nærmere beskrivelse i dækningsskemaet pkt. 2.5 på næste side.

Hvordan defineres et ulykkestilfælde

Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

...

2.5 Dækningsskema vedrørende Ulykkesforsikring

Ulykkesforsikring	Dækker/omfatter	Dækker/omfatter ikke
Varigt mén	Erstatning ved ulykkestilfælde som fører til varigt mén. Forsikring dækker ligeledes ved ulykkestilfælde indtruffet i forbindelse med handlinger, der foretages til afværgelse af skade på person eller ejendom under sådanne omstændigheder, at handlingen må anses som forsvarlig. NB! Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.	BEMÆRK AT PKT. A, B & C kun gælder for ulykkesforsikringer, men bortfalder for de andre forsikringstyper beskrevet i disse vilkår (Børne- og Voksenforsikring). A. Ulykkestilfælde der skyldes sygdom (bortset fra ildebefindende eller besvimelse). B. Forværring af ulykkestilfældets følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældig tilstedende sygdom. C. Sygdom og/eller udløsning af latente sygdoms anlæg, selvom sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde eller følger heraf, hvis hovedårsag er sygdom eller sygdoms anlæg.

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte telefonisk den 7/10 2013, at han efter at have rejst sig fra sin seng og var gået på toilettet ikke kunne rejse sig. Selskabet afviste med det samme skaden med henvisning til, at der ikke var tale om et ulykkestilfælde i forsikringsbetingelsernes forstand. I juli 2014 uddybede klageren hændelsesforløbet. Han beskrev nu, at han på sit arbejde skulle efterspænde en bolt, da fastnøglens greb omkring boltens pludseligt smuttede, så det gav et kraftigt ryk, et smæld samt smertejag i ryggen, og han røg fremad. I juli og i september 2014 svarede selskabet, at klageren skulle henvende sig igen, når han havde hørt fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring traf den 15/1 2015 afgørelse om, at den anmeldte ulykke af 26/2 2013 ikke var omfattet af loven, da ulykken var anmeldt for sent, og at der ikke kunne dispenseres fra anmeldelsesfristen. Ankestyrelsen var ved afgørelse af 2/10 2015 enig heri. Klageren orienterede i juni 2016 selskabet om, at sagen var endeligt afsluttet i Ankestyrelsen. Selskabet oplyste, at "han må fremsende alt materialet til os, og så må vi se på det." I august 2016 fremsendte klageren akterne fra arbejdsskadesagen, og selskabet forelagde sagen for lægekonsulent. Den 13/9 2016 fastholdt selskabet afgørelsen med den begrundelse, at der ikke var årsagssammenhæng mellem den beskrevne hændelse og generne. Den 20/9 2016 fastholdt

selskabet på ny afgørelsen. Den 9/9 2019 traf Arbejdsmarkedets Erhvervssikring ny afgørelse, hvor skadesdatoen blev korrigeret til at være den 24/2 2013, men fastholdt i øvrigt, at ulykken var for sent anmeldt, og at der ikke kunne dispenseres fra anmeldelsesfristen, da ryggenerne ikke kunne henføres til den anmeldte hændelse. Den 25/9 2019 anmodede klageren selskabet om at genoptage sagsbehandlingen på baggrund af journal fra Arbejdsmedicinsk Klinik. Selskabet fastholdt i september 2019 fortsat afgørelsen med henvisning til manglende årsagssammenhæng mellem hændelsen og generne. Den 11/9 2020, den 14/10 2020 og den 19/1 2021 meddelte selskabet, at et eventuelt krav var forældet.

Klageren kræver dækning for varigt mén. Han har i første række anført, at sagen ikke kan være forældet, da han anmeldte ulykken rettidigt den 7/10 2013, og da han har holdt "gryden i kog" ved at genindbringe sagen for Arbejdsskadestyrelsen. Klageren har oplyst, at arbejdsskadesagen verserer igen, da arbejdsgiver har genindbragt sagen. Klageren har i anden række anført, at der er årsagssammenhæng mellem ulykken og ryggenerne. Gaffelnøglen smuttede fra møtrikken, hvilket gav et voldsomt ryk, og hans rygskade skyldes derfor denne hændelse. Han var desuden rygrask indtil ulykken. Han har videre anført, at selskabet ikke har taget stilling til det lægefaglige materiale eller sendt ham til en speciallæge efter eget valg.

Selskabet har afvist at yde dækning i første række med henvisning til, at sagen er forældet. Selskabet har blandt andet anført, at den 3-årige forældelsesfrist startede med at løbe, da skaden skete den 24/2 2013, og at forældelse er indtrådt senest et år efter selskabets afvisning af 20/9 2016, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, og forældelseslovens § 2 og § 3, at et krav på forsikringsdækning forældes 3 år efter det tidligste tidspunkt, hvor klageren kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning over for ulykkesforsikringen. Efter nævnets opfattelse er dette tidspunktet, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at klageren har haft rimelig anledning til at anmelde kravet til selskabet.

Ankenævnet for Forsikring

15.

96372

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.

Efter en samlet gennemgang af sagen finder nævnet, at klagerens eventuelle krav er forældet. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har lagt vægt på, at den 3-årige forældelsesfrist som udgangspunkt udløb den 26/2 2016, svarende til 3 år efter den anmeldte hændelse fandt sted.

Nævnet har lagt vægt på, at selskabet forelagde sagen for lægekonsulent, og at selskabet den 13/9 2016 og den 20/9 2016 afviste kravet med henvisning til, at der ikke var årsagssammenhæng mellem den anmeldte hændelse og generne uden at gøre forældelse gældende.

Klageren anmeldte først sagen til nævnet den 19/1 2021. På dette tidspunkt var sagen forældet, da der var forløbet mere end et år fra selskabets afvisninger af klagerens krav af 13/9 og 20/9 2016, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt.

Nævnet bemærker, at det er kritisabelt, at selskabet ved fastholdelsesbrevet af 20/9 2016 ikke gav klagevejledning til nævnet. Dette kan dog ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Ankenævnet *for* Forsikring

16.

96372

Jens Kruse Mikkelsen

formand