

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 19. januar 2022 blev i sag nr. 97036:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Tryg Forsikring A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 5/7 2021 har klagerens advokat bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Sikrede kom til skade under et udlandsophold i [land] d. 12.12.2013. Forsikringstager kontaktede herefter Tryg forsikring, for at få skaden dækket. Tryg afviste at dække udgifter til de første 12 mdr. da forsikredes skade var dækket af [anden forsikring].

Da sikrede returnerede til Danmark, kontaktede forsikringstager på ny Tryg, for at få dækning af forsikredes krav, jf. bilag 3. Skaden er derfor anmeldt rettidigt, hvorfor forældelsesfristen er suspenderet, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5.

Der er angiveligt fremsendt et anerkendelsesbrev d. 9. oktober 2014 fra Tryg, jf. bilag 4. Hertil skal det særligt bemærkes, at alt kontakt mellem parterne har været telefonisk eller via Trygs egen hjemmeside. Hvis Tryg har fremsendt brevet, burde Tryg have sendt det via Trygs egen hjemmeside, i stedet for via brev, da hverken forsikringstager og/eller sikrede modtog dette brev. Forsikringstager/sikrede var ikke klar over brevets eksistens, før sagen blev genbehandlet af Tryg i 2020.

Da forsikringstager/sikrede aldrig modtog anerkendelsesbrevet, har de begge været i den formodning, at sagen var under fortsat behandling, samt at efterfølgende mén opstået som følge af uheldet kunne anmeldes til Tryg.

På baggrund af ovenstående, er forældelsesfristen fortsat suspenderet, jf. forsikringsansvarslovens § 29, stk. 5. Der skal i øvrigt henvises til kendelse 88.345, hvor klagers krav ikke var forældet efter 6 år fra anmeldelsen, da selskabet hverken havde anerkendt eller afvist det. Det fremgår af

Bilag 8, at forsikringstager og sikrede løbende har været i telefonisk kontakt med Tryg om sikredes tilstand.

Tryg har på intet tidspunkt gjort forsikringstager opmærksom på eventuelle forældelsesfrister, eller givet udtryk for at sagen skulle lukkes/er lukket, hvilket underbygger, at forsikringstager/sikrede havde en bestemt formodning om, at sagen fortsat var under behandling.

Sikrede har haft vedvarende smerter siden uheldet, men særligt efter sikrede begyndte at arbejde, tog smerterne til, hvorfor man kontaktede Tryg på ny. Først her, bliver forsikringstager/sikrede gjort opmærksom på anerkendelsesbrevet d. 9. oktober 2014, at kravet var forældet, samt at sagen var lukket ved Tryg, jf. bilag 5. Denne afgørelse klagede forsikringstager over, jf. bilag 6, men Tryg fastholdte sin afgørelse, jf. bilag 7.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Forsikringsselskabet skal anerkende at der ikke er indtrådt forældelse og udbetale erstatning for forsikringstagers skade."

Selskabet har den 29/9 2021 bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Indledning

Sagen drejer sig om, at klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist dækning for varigt mén efter en anmeldt skade sket den 12. december 2013 med henvisning til, at klagerens krav er forældet. Klageren har anmeldt, at hun i forbindelse med ishockey spil stødte sammen med en anden medspiller, hvorved hun faldt og slog hovedet.

Twisten for nævnet vedrører således spørgsmålet om, hvorvidt klagerens eventuelle krav på godtgørelse for varigt mén er forældet.

Sagen er behandlet efter forsikringsbetingelserne for ulykke nr. 0406. Forsikringsbetingelserne fremlægges som bilag A.

Sagsforløb

Den 15. september 2014 modtog selskabet en mail fra klagerens [familiemedlem], hvori det var oplyst, at klageren den 12. december 2013 stødte sammen med en medspiller under en ishockey træningskamp, var er faldet og havde slået hovedet ned i isen. Skaden skete, mens klageren var på udveksling i [land].

I mailen oplyste klagerens [familiemedlem] desuden, at klageren stadig led af hovedpine og ondt i nakken, samt at hun af både egen læge og sygehus var blevet anbefalet behandling hos kiropraktor. Klagerens [familiemedlem] forespurgte, om det er noget selskabet dækkede. Kopi af klagerens mail vedlægges som bilag B.

Selskabet sendte på baggrund af mailen en anmeldelsesblanket til klageren. Den udfyldte anmeldelsesblanket dateret den 5. oktober 2014 blev modtaget af selskabet den 6. oktober 2014. Anmeldelsesblanketten ses fremlagt af klagerens advokat som bilag 3.

I brev af den 9. oktober 2014 anerkendte selskabet, at skaden var omfattet af klagerens ulykkesforsikring.

Selskabet oplyste også, at behandlingsudgifter til f.eks. fysioterapeut og kiropraktor var dækket af forsikringen, dog maksimalt i en periode på 12 måneder regnet fra skadedatoen.

Under overskriften 'Varige mén' fremgik det af brevet, at: *'Det er vores erfaring, at det normalt er muligt at vurdere eventuelle varige mén, når der er gået ca. 1 år efter ulykken. Du bedes derfor kontakte os omkring årsdagen, med oplysninger om hvilke gener [klageren] har som følge af ulykken, samt hvor og hvornår han/hun har konsulteret læger og sygehuse. Har vi ikke hørt fra dig på det tidspunkt, slutter vi sagen, fordi vi så går ud fra, at [klageren] ikke har varige følger efter ulykken'*

Kopi af selskabets brev ses fremlagt af klagerens advokat som bilag 4.

Den 28. november 2014 og den 12. december 2014 modtog selskabet kiropraktorregninger fra klageren, som klageren fik refunderet.

Selskabet modtog den 30. januar 2015 en regning fra kiropraktor, som blev afvist, da der var gået mere end 12 måneder siden skadedatoen.

Klagerens [familiemedlem] sendte den 18. februar 2015 en mail til selskabet, hvor hun ytrede utilfredshed med, at ulykkesforsikringen ikke dækkede udgiften til behandlinger længere end 1 år fra skadedatoen.

Selskabet hørte herefter ikke fra hverken klageren eller klagerens [familiemedlem] i sagen, førend klageren den 12. maj 2020 kontaktede selskabet telefonisk for at få genoptaget skadesagen med henblik på udbetaling af godtgørelse for varigt mén.

Samme dato sendte selskabet et brev til klageren og bad om yderligere oplysninger for at kunne fastslå, om klagerens skade var blevet forværret. Selskabet gjorde samtidig klageren opmærksom på, at hendes krav om godtgørelse for varige mén kunne være forældet. Selskabets brev af den 12. maj 2020 fremlægges som bilag C.

Den 25. juni 2020 modtog selskabet en beskrivelse fra klagerens af hendes gener. Klagerens mail fremlægges som bilag D.

Selskabet modtog klagerens lægejournal den 10. juli 2020, og selskabet afviste den 23. juli 2020 klagerens krav med henvisning til forældelse. Klagerens lægejournal fremlægges som bilag E, og selskabets brev af den 23. juli 2020 ses fremlagt af klagerens advokat som bilag 5.

Klageren sendte samme dato en mail til selskabet og ytrede utilfredshed med afgørelsen. Selskabet fastholdt afgørelsen den 28. oktober 2020. Både klagerens mail og selskabets fastholdelse af afgørelsen ses fremlagt af klagerens advokat som bilag 6 og 7.

Sagen er herefter indbragt for Ankenævnet.

Selskabets vurdering

Af skadeanmeldelsen dateret den 5. oktober 2014 fremgår det, at klageren på anmeldelsestidspunktet led af spændinger i nakke og havde hovedpine.

Af klagerens lægejournal er det noteret, at: ...

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, at krav i anledning af en forsikringsaftale forældes efter reglerne i forældelsesloven, jf. dog stk. 2-6.

Af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 2. pkt., fremgår det, at 'Hvis selskabet anerkender, at der foreligger en dækningsberettiget skade, men anmoder om yderligere oplysninger med henblik på opgørelse af kravets størrelse, indtræder forældelse 3 år efter selskabets meddelelse herom'.

Af forældelseslovens § 3, fremgår det, at 'Forældelsesfristen er 3 år, medmindre andet følger af andre bestemmelser. Stk. 2. Var fordringshaveren ubekendt med fordringen eller skyldneren, regnes forældelsesfristen i stk. 1 først fra den dag, da fordringshaveren fik eller burde have fået kendskab hertil'.

Henset til, at skaden blev anmeldt til selskabet den 5. oktober 2014, er det selskabets opfattelse, at klageren på intet tidspunkt herefter var i tvivl om, hvorvidt hun kunne have et krav mod sin ulykkesforsikring, hvorfor forældelsesfristen i henhold til forældelseslovens regler senest skal regnes fra denne dato. Dette medfører, at klagerens krav i henhold til forældelseslovens 3-årige forældelsesfrist seneste forældede den 5. oktober 2017, jf. forældelseslovens § 3, stk. 1 og 2.

Selskabet anerkendte skaden som omfattet af forsikringen i brev af den 9. oktober 2014 og bad i samme brev klageren om at vende tilbage til selskabet med yderligere oplysninger på tidspunktet omkring årsdagen for skaden, hvis hun fortsat havde gener efter ulykken. I modsat fald ville selskabet anse sagen for afsluttet.

På den baggrund skal den 3-årige forældelsesfrist efter selskabets opfattelse regnes fra brevet af den 9. oktober 2014, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 2. pkt. Derfor er det selskabets opfattelse, at klagerens krav på godtgørelse for varig mén forældede den 9. oktober 2017.

Selskabet henviser til ankenævnets afgørelse i sag 90981, hvor nævnet tilsvarende fandt, at forældelsesfristen i henhold til forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 2. pkt., skulle regnes fra datoen for selskabets anerkendelse af skaden, hvor selskabet på lignende vis havde bedt klageren om at vende tilbage på tidspunktet omkring årsdagen, såfremt hun stadig havde gener.

Derudover bemærker selskabet, at det ikke kan føre til en anden vurdering af forældesspørgsmålet vedrørende kravet på godtgørelse for varigt mén, at klagerens [familiemedlem] har været i kontakt med selskabet vedrørende betaling af udgifter til behandlinger. Dette skyldes, at krav om betaling af behandlinger er et ganske andet krav end det i nærværende sag om varigt mén, ligesom det havde været mest nærliggende, at klagerens [familiemedlem] i forbindelse med kontakten til selskabet havde nævnt, at klageren fortsat havde gener, og at hun ønskede dækning for varigt mén.

Selskabet bemærker desuden, at der ud fra klagerens lægejournal ikke ses at være tale om en forværring af klagerens gener sammenlignet med journalnotaterne fra 2014 og 2015.

Såfremt nævnet måtte finde, at klagerens krav ikke er forældet, er det selskabets opfattelse, at klageren ikke har bevist, at der er årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og hendes aktuelle gener.

Selskabet henviser i den forbindelse til oplysningerne i klagerens lægejournal, hvoraf det fremgår, at klageren den 30. april 2019 ikke havde klager vedrørende hoved og nakke, samt at kiropraktor og massør havde god effekt. Dertil kommer, at det den 15. marts 2016 er noteret, at der var andre forhold, som forårsagede gener fra klagerens skuldre og nakke, samt at det fremgår, at smerterne er muskulære.

Det er således selskabets opfattelse, at der ikke er brosymptomer mellem ulykken og klagerens aktuelle gener, ligesom der er konkurrerende skadeårsager.

Sammenfatning

Sammenfattende er det selskabets opfattelse, at klagerens krav om dækning for varigt mén er forældet den 9. oktober 2017.

Subsidiært er det selskabets opfattelse, at klageren ikke har bevist, at der er årsagssammenhæng mellem ulykken og klagerens aktuelle gener, idet der ikke er brosymptomer, der er konkurrerende årsager til generne, og generne af klagerens læge er vurderet til at være muskulære."

Klagerens advokat har den 12/10 2021 bl.a. anført:

"FORÆLDELSE

Selskabet har på det foreliggende ikke dokumenteret at Selskabet har afsendt anerkendelsesbrevet (Bilag 4) på det påståede tidspunkt. Klager skal gentage at brevet først kommer klager i hænde i 2020, som tidligere beskrevet, hvor det modtages som et word-dokument, i stedet for en pdf-fil, som normal praksis må være.

Såfremt Selskabet kan dokumentere at brevet er sendt, har Selskabet ikke redegjort for årsagen til at sende brevet som alm. Post, i stedet for at uploade til Selskabets egen portal, hvor al korrespondance ellers foregik.

Derudover har Selskabet ikke dokumenteret at brevet er kommet frem til klager, før 2020.

Det skal hertil bemærkes, at selskabet blev gjort bekendt med Klagers gener, som nævnt af selskabets svar d. 29. september 2021. Klager indsendte regninger på kiropraktor d. 28. november 2014, 12. december 2014 og 30. januar 2015.

På den baggrund må det anses for dokumenteret, at Klager har gjort selskabet opmærksom på, at der fortsat var gener. Selskabet opfordres derfor til at redegøre for, hvorfor Selskabet ikke mener, at der er anmeldt gener efter anerkendelsesbrevet angiveligt skulle være sendt, herunder også, hvorfor Klager ikke blev gjort opmærksom på brevet.

Derudover opfordres selskabet til at redegøre for, hvorfor Selskabet på baggrund af de anmeldte gener, ikke vejledte Klager om at få udarbejdet en speciallægeerklæring eller øvrig dokumentation for Klagers skade.

ÅRSAGSSAMMENHÆNG

Hvad angår spørgsmålet om årsagssammenhæng, skal Klager understrege at sagen for Ankenævnet angår alene spørgsmålet om forældelse. Klager skal derfor opfordre nævnet til, alene at tage stilling til dette spørgsmål."

Selskabet har den 3/11 2021 bl.a. anført:

"Forældelse

Advokaten anfører i sit indlæg, at selskabet skal dokumentere, at anerkendelsesbrevet af den 9. oktober 2014 er blevet afsendt. Advokaten undrer sig desuden over, at brevet skulle være blevet sendt med posten, idet den øvrige korrespondance skulle være foregået gennem selskabets online portal.

Selskabet skal bemærke, at korrespondancen i sagen på intet tidspunkt er foregået igennem selskabets 'portal' Minside. Minside-portalen blev – og bliver stadig – udelukkende benyttet til korrespondance vedrørende policemæssige forhold såsom opkrævninger og lignende.

Det er således ikke korrekt, når klagerens advokat påstår, at korrespondancen vedrørende denne sag er foregået igennem selskabets portal.

I 2014 – hvor anerkendelsesbrevet blev sendt – foregik korrespondancen med kunderne vedrørende skadesager på ulykkesforsikringer primært pr. brev sendt med posten. Dette understøttes af, at selskabet på baggrund af klagerens [familiemedlems] første henvendelse om skaden, sendte en skadeanmeldelsesblanket til [familiemedlemmet] fysisk med posten. Selskabet henviser i den forbindelse til bilag F.

Klagerens [familiemedlem] returnerede skadeanmeldelsen i udfyldt tilstand, jf. bilag G, hvorfor det må lægges til grund, at klageren/klagerens [familiemedlem] har modtaget selskabets breve. Skadeanmeldelsesblanketten er stilet til samme adresse som selskabets anerkendelsesbrev af den 9. oktober 2014.

Selskabet henviser desuden til bilag H, som indeholder et udklip fra selskabets IT-system, og viser en del af registreringerne af aktiviteter på skadesagen. Det ses af bilag H, at selskabet den 19. september 2014 har registreret at have fremsendt en skadeanmeldelse med typebetegnelsen BRAF. BRAF står for 'brev afsendt'.

Det ses også af bilag H, at selskabet den 9. oktober 2014 har registreret anerkendelsesbrevet med typebetegnelsen BRAF og dermed sendt det til klagerens [familiemedlem].

Henset til at selskabet tidligere i sagen har oprettet et brev til klagerens [familiemedlem] på præcis samme måde som anerkendelsesbrevet, og henset til at det tidligere brev de facto er kommet frem til klagerens [familiemedlem], er det selskabets opfattelse, at anerkendelsesbrevet af den 9. oktober 2014 også må anses for at være kommet frem til klagerens [familiemedlem].

Selskabets opfattelse underbygges yderligere af, at klagerens [familiemedlem] efterfølgende har indsendt kiropaktorregninger til selskabet både den 28. november 2014 og den 12. december 2012, hvilket forekommer som en mærkværdig adfærd, hvis ikke klagerens [familiemedlem] havde modtaget anerkendelsen af skaden. Selskabet henviser igen til bilag H.

Selskabet fastholder på den baggrund, at anerkendelsesbrevet af den 9. oktober 2014 blev afsendt af selskabet og blev modtaget af klagerens [familiemedlem], hvorfor klagerens krav var forældet forud for, at sagen blev indbragt for Ankenævnet. Selskabet henviser i det hele til redegørelsen i selskabets svarskrift til Nævnet af den 29. september 2021.

Årsagssammenhæng

Klagerens advokat anfører i sit indlæg til Nævnet, at sagen alene vedrører spørgsmålet om forældelse, hvorfor Nævnet ikke skal tage stilling til spørgsmålet om årsagssammenhæng.

Det er selskabets opfattelse, at klagerens advokat ikke egenhændig kan skære sagens tvistpunkter til, medmindre klagerens advokat anerkender, at der ikke er bevis for årsagssammenhæng i sagen.

Med henvisning til selskabets svarskrift til Nævnet af den 29. september 2021 fastholder selskabet, at såfremt Nævnet måtte finde, at der ikke er indtrådt forældelse af klagerens krav, så har klageren ikke bevist, at der er årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og hendes aktuelle gener, idet der ikke er dokumentation for brosymptomer."

Til dette har klagerens advokat den 19/11 2021 anført:

"Klager har modtaget selskabets svar af 3. november 2021.11.22

Selskabet påstår at kunne dokumentere at anerkendelsesbrevet er kommet frem, fordi man tidligere har sendt et andet brev. Dette finder klager ikke som værende et tilstrækkeligt bevis. Derudover kan selskabets interne retningslinjer for hvordan selskabet kategorisere sine dokumenter ikke selvstændigt danne et bevisgrundlag.

Klager var i telefonisk kontakt med selskabet (Bilag 9) hvor klager bliver instrueret i at indsende dokumentation på de behandlinger som klager får.

Tryg har derfor fortsat ikke dokumenteret at anerkendelsesbrevet er kommet klager i hænde før 2020, hvorfor der endnu ikke er indtrådt forældelse.

Selskabet af har sit 2. svarskrift ikke redegjort for, hvorfor selskabet valgte at afslutte sagen, idet selskabet var bekendt med at klager fortsat havde gener. Selskabet opfordres på ny til at redegøre for, hvorfor selskabet ikke henviste klager til speciallæge, med henblik på afklaring af hendes gener.

Derudover opfordres Tryg til at undersøge og fremlægge evt. yderligere korrespondance mellem klager og Trygs assurandør

Ad) Årsagssammenhæng

Spørgsmålet om Årsagssammenhæng hører under de ordinære domstole, idet sagen bør forelægges Retslægerådet.

Derfor opfordres nævnet til alene at tage stilling til spørgsmålet om forældelse."

Af selskabets brev af 9/10 2014 fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget din anmeldelse af ulykken den 12. december 2013, hvor [klageren] kom til skade med hoved og nakke.

Hændelsen er dækket af forsikringen.

Vi dækker udgifter til behandling

Har [klageren] behov for behandlinger, dækker vi udgifter til fysioterapi og kiropraktik af den skadede legemsdel, hvis udgiften ikke betales af en anden forsikring eller det offentlige. Vi dækker udgifterne indtil en eventuel méngrad er fastsat, dog maksimalt i 12 måneder regnet fra skadedatoen.

Behandleren skal sende originalregningerne til os, og vi betaler så direkte til behandleren. Der skal stå på regningerne, hvilken legemsdel der er blevet behandlet. Hvis du selv har betalt for behandlingerne, skal du sende originalregningerne til os, så refunderer vi dine udgifter. Skriver du dit kontonummer på regningerne, overfører vi pengene til din konto. Vi skal have regninger for minimum fem behandlinger ad gangen.

Ulykkesforsikringen dækker ikke kørsel til og fra behandleren.

Varige mén

Det er vores erfaring, at det normalt er muligt at vurdere eventuelle varige mén, når der er gået ca. 1 år efter ulykken. Du bedes derfor kontakte os omkring årsdagen, med oplysninger om hvilke gener [klageren] har som følge af ulykken, samt hvor og hvornår han/hun har konsulteret læger og sygehuse. Har vi ikke hørt fra dig på det tidspunkt, slutter vi sagen, fordi vi så går ud fra, at [klageren] ikke har varige følger efter ulykken."

Nævnet udtaler:

Klageren var den 12/12 2013 udsat for et ulykkestilfælde, hvor hun i forbindelse med ishockey faldt og slog sit hoved. Hun kontaktede den 15/9 2014 selskabet pr. mail, hvorefter selskabet den 19/9 2014 fremsendte en skadesanmeldelse til klageren pr. brev. Klageren returnerede skadesanmeldelsen til selskabet den 6/10 2014. Selskabet har anført, at det den 9/10 2014 fremsendte et brev, hvori selskabet anerkendte, at ulykken var omfattet af klagerens ulykkesforsikring. Det fremgik af brevet, at selskabet ville afholde udgifter til behandling i 12 måneder fra skadesdatoen. Det fremgik videre af brevet, at et eventuelt varigt mén først kunne vurderes omkring 1 år fra ulykkesdatoen, og at klageren derfor skulle kontakte selskabet omkring dette tidspunkt, såfremt hun fortsat havde gener. Det fremgik endvidere, at sagen ville blive afsluttet, hvis klageren ikke kontaktede selskabet på dette tidspunkt. Klageren indsendte herefter den 28/11 2014 og den 12/12 2014 regninger for kiropraktorbehandling, hvilket blev refunderet af

selskabet. Klageren fremsendte yderligere en regning den 30/1 2015, som selskabet afviste at dække, da der var gået mere end 12 måneder fra ulykkesdatoen. Klagerens familiemedlem fremsendte den 18/2 2015 en mail til selskabet, hvor hun udtrykte sin utilfredshed med afgørelse. Klagerens familiemedlem kontaktede igen selskabet den 12/5 2020 for at få sagen genoptaget, idet klageren ønskede godtgørelse for varigt mén.

Klageren har anført, at hun aldrig har modtaget selskabets brev af 9/10 2014, og at kiropaktorregningerne blev indsendt på baggrund af telefonsamtaler med selskabet. Da klageren aldrig har modtaget meddelelse om, at ulykkestilfældet blev anerkendt, har forældelsen været suspenderet frem til selskabet i 2020 oplyste klageren om anerkendelsen, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5. Klageren har anført, at selskabet alene skal tage stilling til spørgsmålet om forældelse, da spørgsmålet for årsagssammenhæng bør behandles ved domstolene.

Selskabet har afvist at genoptage sagen med henvisning til, at klagerens eventuelle krav på godtgørelse for varigt mén er forældet. Selskabet har anført, at den 3-årige forældelsesfrist efter forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, der løber fra selskabets anerkendelse, udløb den 9/10 2017, svarende til 3 år efter selskabets anerkendelsesbrev. Selskabet har anden række gjort gældende, at der ikke er dokumenteret årsagssammenhæng mellem det anmeldte ulykkestilfælde og klagerens nuværende gener.

Selskabet har over for nævnet herved bl.a. anført, " I 2014 – hvor anerkendelsesbrevet blev sendt – foregik korrespondancen med kunderne vedrørende skadesager på ulykkesforsikringer primært pr. brev sendt med posten. Dette understøttes af, at selskabet på baggrund af klagerens [familiemedlems] første henvendelse om skaden, sendte en skadeanmeldelsesblanket til [familiemedlemmet] fysisk med posten. Selskabet henviser i den forbindelse til bilag F. Klagerens [familiemedlem] returnerede skadeanmeldelsen i udfyldt tilstand, jf. bilag G, hvorfor det må lægges til grund, at klageren/klagerens [familiemedlem] har modtaget selskabets breve. Skadeanmeldelsesblanketten er stilet til samme adresse som selskabets anerkendelsesbrev af

den 9. oktober 2014. Selskabet henviser desuden til bilag H, som indeholder et udklip fra selskabets IT-system, og viser en del af registreringerne af aktiviteter på skadesagen. Det ses af bilag H, at selskabet den 19. september 2014 har registreret at have fremsendt en skadeanmeldelse med typebetegnelsen BRAF. BRAF står for 'brev afsendt'. Det ses også af bilag H, at selskabet den 9. oktober 2014 har registreret anerkendelsesbrevet med typebetegnelsen BRAF og dermed sendt det til klagerens [familiemedlem]. Henset til at selskabet tidligere i sagen har oprettet et brev til klagerens [familiemedlem] på præcis samme måde som anerkendelsesbrevet, og henset til at det tidligere brev de facto er kommet frem til klagerens [familiemedlem], er det selskabets opfattelse, at anerkendelsesbrevet af den 9. oktober 2014 også må anses for at være kommet frem til klagerens [familiemedlem]. Selskabets opfattelse underbygges yderligere af, at klagerens [familiemedlem] efterfølgende har indsendt kiropaktorregninger til selskabet både den 28. november 2014 og den 12. december 2012, hvilket forekommer som en mærkværdig adfærd, hvis ikke klagerens [familiemedlem] havde modtaget anerkendelsen af skaden. Selskabet henviser igen til bilag H. Selskabet fastholder på den baggrund, at anerkendelsesbrevet af den 9. oktober 2014 blev afsendt af selskabet og blev modtaget af klagerens [familiemedlem], hvorfor klagerens krav var forældet forud for, at sagen blev indbragt for Ankenævnet".

Af selskabets brev af 9/10 2014 fremgår bl.a., "Hændelsen er dækket af forsikringen ... Varige mén: Det er vores erfaring, at det normalt er muligt at vurdere eventuelle varige mén, når der er gået ca. 1 år efter ulykken. Du bedes derfor kontakte os omkring årsdagen, med oplysninger om hvilke gener [klager] har som følge af ulykken, samt hvor og hvornår han/hun har konsulteret læger og sygehuse. Har vi ikke hørt fra dig på det tidspunkt, slutter vi sagen, fordi vi så går ud fra, at [klager] ikke har varige følger efter ulykken."

Nævnet bemærker indledningsvist, at det følger af forældelseslovens §§ 2 og 3, at der gælder en 3-årig forældelsesfrist, der skal regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor klageren kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning over for ulykkesforsikringen. Efter nævnets opfattelse er dette det tidspunkt, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at klageren har haft en rimelig anledning til at anmelde kravet, uanset om en eventuel méngrad først ville kunne opgøres se-

nere. Dette tidspunkt er efter oplysningerne om det indtrådte ulykkestilfælde, hvor klageren kom til skade.

Det følger imidlertid af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 2. pkt., at hvis selskabet anerkender, at der foreligger en dækningsberettigende skade, men anmoder om yderligere oplysninger med henblik på opgørelse af kravets størrelse, indtræder forældelse 3 år efter selskabets meddelelse herom.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet har godtgjort, at anerkendelsesbrevet af 9/10 2014 er kommet frem til klageren. Nævnet har derfor ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist klagerens krav under henvisning til, at der indtrådte forældelse af dette den 9/10 2017, jf. forsikringsaftalelovens § 29. og 5, 2. pkt. samt forældelseslovens §§ 2 og 3.

Nævnet har bl.a. lagt vægt på, at klagerens familiemedlem kontaktede selskabet pr. mail, at selskabet herefter fremsendte en skadesanmeldelse til klagerens familiemedlem pr. brev, at skadesanmeldelsen blev returneret udfyldt umiddelbart herefter, at selskabet den 9/10 2014 fremsendte et anerkendelsesbrev, at der herefter blev indsendt regninger, som blev refunderet, og at klageren ikke kontaktede selskabet i perioden fra den 18/2 2015 til den 12/5 2020. Nævnet bemærker i den forbindelse, at det må have formodningen imod sig, at brevet af 9/10 2014 ikke kom frem, henset til, at klageren besvarede selskabets brev af 19/9 2014, som blev fremsendt på samme måde, og at klageren efterfølgende fremsendte regninger, som blev refunderet.

Nævnet har også lagt vægt på, at meddelelsen til klageren var en anerkendelse af den anmeldte skade, og at det ville have været naturligt, hvis klageren – såfremt brevet af 9/10 2014 ikke var kommet frem – havde kontaktet selskabet og bedt om dets stillingtagen til det anmeldte ulykkestilfælde.

Ankenævnet for Forsikring

12.

97036

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen

formand