

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 16. marts 2022 blev i sag nr. 97304:

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 18/9 2021 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"November 2017 faldt jeg ned af trapper og slog jeg mig hårdt. Jeg anmeldte sagen i min forsikringsselskab. Lægerne har trukket behandling ud med 1 halvt år for operationen.

Efter operationen skulle jeg genoptræning osv. og hver gang sendte jeg selv dokumenterne til forsikring. Forsikring oplyste også selv at behandling vil tage ca. 1 år efter operationen, i mellemtiden kom Corona hvor forsikring træk sagen ud og derefter nægtet afgørelsen af lægelige journaler af [hospitalet] og sagde at for de kan udbetale erstatning skulle jeg acceptere deres egen læge. Jeg blev set af Deres læge som oplyste mig at han kunne se det, var mine nerver der havde fået skade og dette kunne ikke blive bedre men dårligere med tiden for jeg endte med at være gangbesværlig, det er klart at smerter vil udvikle sig til kronisk der jeg IKKE kan blive BEDRE men DÅRLIGERE! Året efter har forsikring betalt aconto af 5% for varigt men. Først brugt de undskyldninger om at jeg har været til læge i august 2017 pga. ryg (dette betyder ikke at jeg var blevet gangbesværet og min praktiserende læge har ikke syntes dette var noget der skulle behandles pga. forkert bevægelse skulle bare holde mig i ro. tænker at der er mange der evt. besøger sin læge med forskellige ting som evt. arm, ben men fordi man tidligere har været hos lægen og ved uheld kommer man rammer af det og få skade kan man ikke bruge som undskyldning) Efter klagen brugte de næste undskyldning for at lægen ikke havde oplyst (Skadestuen) om faldet hvilket hospitalet har lavet en tilføjelse til journalen der jeg så den første dag og klaget til hospitalet og de lavet tilføjelse med det samme inden de indsendt dokumenterne. Igen klage Jeg faktisk lavet jeg flere klager hver gang kom de med ny begrundelse til sidst sagde de jeg kunne evt. klage til arbejdsskadestyrelsen via betale 9800 kr. Har ringet og skrevet flere gange også til deres kvalitets afd. hvor jeg oplyste om jeg evt. dele beløbet op der jeg var ... som modtager ... kr. pr. mdr. først nu i torsdag d.16 sept. fortæller kvalitets afd. at jeg kan anke sagen til jer.

Den 26. august blev jeg erklæret førtidspension pga. varigt men og væsentligt arbejdes nedsat. Efter jeg modtog afgørelsen på skrift i september, sendte jeg den til forsikringen som IGEN nægter og bruger denne gang undskyldning som sagen er forældet. Jeg håber I kan hjælpe mig med denne sag.

PS: der jeg undersøgt ligt sagen står der i deres hjemmeside at via ulykkesforsikring kan de betale 5 % af aconto når de er sikre at der vil blive varigt men.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Have retten til at have min udbetaling af erstatning."

Klageren har i meddelelse af 24/9 2021 supplerende bl.a. anført:

"Som sidst vil jeg også understrege med at I den første år har de accepteret min ulykke og har udbetalt 5% men som aconto. Der jeg undersøgt deres udtaler i ulykkesager står der at de ALDRIG vil udbetale 5% men fra aconto hvis de IKKE tro der vil være mén grad.

Jeg vil tilføje at jeg i dag er blevet gangbesværet og kan ikke komme frit, bruger rollator som hjælpemiddel bl.a. Fik jeg godkendt til at bruge scooter fra hjælpemidler i ... kommune. Deres egen læge sagde også mundtligt at når det er nerver der har fået skade, er det sjældent man kan blevet rask og smerter vil blive kronisk efter så lang tid med gang besvær. Men underligt at han ikke har nævnt dette i journalen. [Medarbejder] fra forsikringen har sagt at de ikke vil acceptere statens læger at jeg var nødt til at acceptere deres læge og der jeg sagde at de trækker sagen ud og det vil ende med overskridelse af sags status fortalte hun at dette ikke vil gøre for undersøgelser tager længere tid og de vil give 3 år efter endt undersøgelse yderligere. Dette nægter de nu."

Nævnet har endvidere modtaget meddelelse af 29/10 2021 fra klageren. Selskabet har i brev af 3/12 2021 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Der klages over, at selskabet ikke kan tilbyde yderligere erstatning over en tegnet Ulykkesforsikring, herunder at selskabet anfører, at kravet er forældet efter de gældende forældelsesregler.

På skadetidspunktet var forsikringen tegnet med betingelsesnummer 1506. Policer bilag A, betingelser bilag B.

3.0 Sagsfremstilling

Den 6. december 2017 anmeldte klager via internettet, at hendes fod pludselig gled på vej ned af trappen, hvorved hun kom til skade med ryggen. Hændelsen skulle ifølge anmeldelsen have fundet sted den 10. november 2017. Med anmeldelsen fulgte fotos af journaludskrift (bilag C Anmeldelse).

Henholdsvis den 8. december og 11. december 2017 modtog selskabet yderligere journaler fra klager (henholdsvis bilag D og E).

På baggrund af disse oplysninger sendte selskabet den 13. december 2017 et brev til klager (bilag F). I dette brev anerkendte selskabet, at skaden var dækket over forsikringen.

Samme dag retter klager telefonisk henvendelse til selskabet vedrørende eventuel dækning for [hospital] og akupunktur (bilag G telefonreferat).

I perioden 11. januar 2018 til 5. april 2018 udbetalte selskabet erstatning for fysioterapieregninger. Der blev i alt udbetalt 1.768,68 kr. efter fradrag for tilskud ...

Den 7. juni 2018 rettede klager telefonisk henvendelse til selskabet, og i den forbindelse udbad klager sig en aconto erstatning (bilag H telefonreferat).

Herefter modtog selskabet den 12. juni 2018 en mail fra klager med skærmprents af journaloplysninger (bilag I).

Disse blev forelagt selskabets rådgivende overlæge, der vurderede, at der kunne udbetales en aconto erstatning svarende til 5%. Overlægen var på de foreliggende lægelige oplysninger ikke sikker på, om de degenerative forandringer i lændehvirvelsøjlen kunne bidrage til de daværende gener. Overlægen foreslog derfor, at der blev indhentet en speciallægeerklæring ultimo 2018.

På den baggrund sendte selskabet den 20. juni 2018 et brev til klager, hvori det oplyste om aconto beløbet, og samtidig meddelte, at det ville vende tilbage omkring årsdagen for tilskadekomsten (bilag J). Samme dag anviste selskabet erstatningen på 52.801 kr.

Den 13. november 2018 rettede klager telefonisk henvendelse til selskabet, og oplyste i den forbindelse blandt andet, at hun afventede indkaldelse til operation (bilag K telefonreferat).

Den 2. december 2018 uploadede klager et skærmprent af et besøgssammendrag (bilag L). Fire dage efter rettede klager telefonisk henvendelse til selskabet, og anmodede i den forbindelse om yderligere aconto erstatning. Dette afslog selskabet og meddelte samtidig, at der først efter operationen og kontroller kunne tages stilling til yderligere erstatning (bilag M telefonreferat).

Den 12. december 2018 uploadede klager nye journaler (bilag N) og samme dag rykkede klager for yderligere erstatning. Selskabet meddelte, at sagen først skulle forelægges rådgivende overlæge, inden der kunne tages stilling til dette.

Selskabet gennemgik sagen på ny, og måtte den baggrund anmode klager om at fremsende kopi af journaler fra egen læge, ikke skærmprents. Samtidig oplyste klager overfor selskabet, at der skulle være usikkerhed om, hvorvidt klager skulle opereres eller ej. Den 4. januar 2019 oplyste klager telefonisk, at hun skulle opereres.

Den 7. januar 2019 uploadede klager skærmprents af journal fra [hospital] (bilag P klagers besked med uploadningen) (bilag Q de uploadede skærmprents).

To dage efter rettede klager telefonisk henvendelse til selskabet med anmodning om yderligere aconto erstatning (bilag R telefonreferat).

Efter at have modtaget overlægens vurdering af de modtagne lægelige akter, vurderede selskabet, at der ikke var grundlag for yderligere aconto erstatning, hvilket selskabet meddelte klager telefonisk den 11. januar 2019 (bilag S telefonreferat).

Den 13. januar 2019 uploadede klager billeder af yderligere lægelige journaler til selskabet (bilag T upload beskeden) (bilag U journaler).

Efter disse journaler havde været forelagt selskabets rådgivende overlæge, sendte selskabet den 18. januar 2019 en mail til klager, hvori selskabet fastholdt, at det ikke kunne udbetale yderligere aconto erstatning (bilag V).

Den 6 og 7. marts 2019 uploadede klager yderligere billeder af journaler, og på den baggrund sendte selskabet den 7. marts 2019 en mail til klager, hvori selskabet anmodede om at få tilsendt journalen som indscannet fil, eller i fysisk form som en kopi (bilag W).

Den 11. marts 2019 rettede klager telefonisk henvendelse til selskabet, og i den forbindelse oplyste klager, at hun ikke ønskede at selskabet skulle se på yderligere aconto erstatning, og meddelte samtidig, at hun gerne så, at selskabet stod for indhentelse af journaler.

Selskabet modtog de seneste journaler omkring 15. marts 2019 (bilag X akutmodtagelse [hospital]) (bilag Y journal vedrørende operation). Den 27. marts 2019 meddelte selskabet via mail, at det ville afvente yderligere oplysninger fra klager.

Den 23. april 2019 rettede selskabet telefonisk henvendelse til klager, hvor det videre forløb af sagen blev gennemgået (bilag Z telefonreferat).

Klager meddelte via telefon den 29. november 2019, at lægerne ikke kunne gøre mere, og at hun derfor var færdigbehandlet. Selskabet anmodede derfor samme dag klager om at indsende en samtykkeerklæring til indhentelse af de lægelige akter. Denne samtykkeerklæring modtog selskabet i udfyldt og underskrevet stand den 3. december 2019.

Selskabet modtog løbende journaler fra diverse hospitaler og disse fremlægges om bilag AO til AU.

Den 17. januar 2020 rettede klager telefonisk henvendelse til selskabet, og i den forbindelse blev det oplyst, at klager nyligt var blevet opereret i foden/anklen. Endvidere blev der stillet spørgsmål til sagen, herunder hvilke journaler, der blev indhentet (bilag Æ telefonreferat).

Samme dag sendte selskabet en mail til klager, hvori det blandt andet anmodede om journaler vedrørende fødderne (bilag Ø).

På baggrund af de modtagne journaler meddeler selskabet den 17. marts 2020 klager, at der ønskes en speciallæge undersøgelse og rapport. Samme dag modtog selskabet en mail fra klager, hvori klager stillede sig undrende omkring ønsket om yderligere undersøgelser (bilag AA klagers mail), hvilket selskabet besvarer samme dag (bilag AB).

Efter løbende at have modtaget de sidste lægelige journaler i samlet form, og efter nogen telefoniske kontakter sendte selskabet den 2. april 2020 en mail til klager, hvori selskabet fastholdt, at der var behov for speciallæge undersøgelse. Samtidig måtte selskabet oplyse, at det på daværende tidspunkt ikke var muligt at bestille tid hos speciallæger grundet Corona. (bilag AC)

Den 25. maj 2020 modtog selskabet en speciallægeerklæring (bilag AD), og denne erklæring blev forelagt for selskabets rådgivende overlæge til kommentar.

På baggrund af de foreliggende journaler, samt selskabets overlæges vurdering, sendte selskabet den 11. juni 2020 et brev til klager, hvori selskabet oplyste, at det ikke var sandsynliggjort, at der var årsagssammenhæng mellem de aktuelle gener og det oplyste fald på trappen den 10. november 2017 (bilag AE).

Samme dag rettede klager telefonisk henvendelse til selskabet (bilag AF telefonreferat). Under denne samtale fastholdt selskabet afgørelsen og gav samtidig klager mundtlig klagevejledning.

Herudover modtog selskabet en mail fra klager den 11. juni 2020 (bilag AG). I denne mail gjorde klager indsigelser mod den trufne afgørelse. Som bilag AH fremlægges en række telefonreferater fra perioden 11. – 29. juni 2020.

De lægelige akter blev sendt til en anden rådgivende overlæge, og på baggrund af dennes vurdering sendte selskabet den 2. juli 2020 en mail til klager, hvori selskabet fastholdt den trufne afgørelse (AI).

Den 8. august 2020 modtog selskabet en ny henvendelse fra klager, og med denne henvendelse fulgte et skærmpoint af en del af en journal (bilag AJ). Dette bilag blev sendt til selskabets rådgivende overlæge, og den 20. august 2020 sendte selskabet en mail til klager, hvori den trufne afgørelse blev fastholdt (bilag AK).

Klager sendte den 27. oktober 2020 en mail til selskabet, hvori klager oplyste, at hun ikke havde penge til at indbringe sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES). Denne henvendelse besvarede selskabet den 11. november 2020 (AM). I denne besvarelse meddelte selskabet, at det ikke kunne tilbyde en afdragsordning, og henledte samtidig klagers opmærksomhed på, at der fra afgørelsen i juni 2020 kun var et år til at indbringe sagen.

Den 5. august 2021 sendte klager en mail til selskabets klageansvarlige afdeling (bilag AN.) Mailen vedrørte en række forhold, herunder en klage over afgørelsen i denne sag. der den 15. september 2021 sendte et brev til klager (bilag AN). I dette brev meddelte selskabet, at kravet var forældet efter de gældende forældelsesregler. Herefter blev sagen indbragt for nævnet den 18. september 2021.

4.0 Forsikringen

I henhold til betingelsernes pkt. 3 dækker forsikringen blandt andet følger af ulykkestilfælde. Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

Det fremgår endvidere af samme betingelse, at der skal være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden, for at der kan opnås dækning.

5.0 Bevisbyrde

Efter dansk rets almindelige bevisbyrderegler er det den, der rejser et krav mod andre, der skal dokumentere at kravet er berettiget samt sandsynliggøre størrelsen og rigtigheden af sit krav. I relation til krav mod forsikringsselskaber er denne regel lovfæstet i Forsikringsaftalelovens § 22.

6.0 Forældelse

Krav mod forsikringsselskaber forældes efter Forsikringsaftalelovens § 29 sammenholdt med bestemmelserne i Forældelsesloven.

I henhold til disse bestemmelser forældes et krav som udgangspunkt tre år efter kravstilleren var bekendt med, at der ville kunne rejses et krav mod selskabet. I relation til ulykkesforsikringer vil begyndelsestidspunktet for forældelsen oftest være sammenfaldende med selve ulykken.

I henhold til Forsikringsaftalelovens § 29 stk. 5 forældes et krav dog tidligst et år efter selskabet helt eller delvist har afvist kravet. Hvis selskabet har anerkendt, at der foreligger en dækningsberettigende skade, men anmoder om yderligere oplysninger med henblik på opgørelse af kravets størrelse indtræder forældelsen tidligst 3 år efter selskabets meddelelse herom.

Forældelse kan i henhold til Forældelsesloven afbrydes ved retsligt skridt, herunder indbringelse af sagen for nævnet.

7.0 Vores vurdering.

Sagen vedrører efter selskabets opfattelse to problemstillinger, dels om kravet er forældet i henhold til gældende regler, dels om der er årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og de gener, som klager ønsker erstatning for.

7.1 Vedrørende forældelse.

Af de foreliggende oplysninger fremgår det blandt andet, at klager den 4. december 2017 anmeldte, at hun den 10. november 2017 var faldet ned af trappen, og derved slog numsen og ryggen (bilag C).

Under henvisning til ovenstående vil begyndelsestidspunktet for beregningen af forældelsen være den 10. november 2017, hvor klager kom til skade. Kravet vil derfor som udgangspunkt forældes tre år efter denne dato, eller nærmere bestemt den 10. november 2020.

Selskabet anerkendte, at der var tale om en dækningsberettigende hændelse, og anmodede om yderligere oplysninger til vurdering af sagen den 13. december 2017, jfr. bilag F.

Efter at have modtaget oplysningerne, samt indhentet en speciallægeerklæring, meddelte selskabet den 11. juni 2020, at det ikke fandt det dokumenteret, at der var årsagssammenhæng mellem hændelsen og generne, hvorfor yderligere krav blev afvist.

I henhold til Forsikringsaftalelovens § 29. stk. 5 2.punktum første led, vil forældelsen tidligst indtræde et år efter denne afvisning, hvorfor forældelsen er indtrådt den 11. juni 2021.

Klager har ikke forud for denne dato haft foretaget retsligt skridt for at afbryde forældelsen. Klager har dog haft rettet henvendelse til selskabets klageansvarlige afdeling, men dette var ligeledes efter forældelsen var indtrådt.

For god ordens skyld henledes nævnets opmærksomhed på, at selskabet i brev af 11. november 2020 (bilag AN) gjorde klager opmærksom på denne frist, selvom selskabet ikke har nogen almindelig pligt til at orientere om reglernes indhold; jfr. nævnets kendelse nr. 86311 (bilag AU).

Idet klager ikke har foretaget skridt til afbrydelse af forældelsen, må vi fastholde, at kravet er forældet efter de gældende regler.

7.2 Vedrørende årsagssammenhæng

Såfremt nævnet måtte finde, at kravet ikke er forældet, har selskabet følgende kommentarer vedrørende årsagssammenhæng.

Af de foreliggende oplysninger fremgår det blandt andet, at klager den 4. december 2017 anmeldte, at hun den 10. november 2017 var faldet ned af trappen, og derved slog numsen og ryggen (bilag C). Der foreligger ikke i anmeldelsen oplysninger, der skulle indikere, at klager forud for hændelsen havde udfordringer med ryggen.

Med anmeldelsen fulgte fotos af journaler fra MR-scanning og del af journal fra egen læge (Bilag C bilag til anmeldelsen og bilag D). I den forbindelse henledes nævnets opmærksomhed på, at der ikke i skadestuejournalen Bilag c, er anført nogen hændelse, som årsag til smerter i ryggen. Det fremgår dog, at klager er henvist af egen læge.

På baggrund af disse oplysninger anerkendte selskabet, at der var tale om en dækningsberettigende hændelse.

Den 22. januar 2020 efter at have modtaget diverse skærmpoint og fotos af journaler, samt efter at have fået fuldmagt til at indhente oplysninger hos diverse læger, modtog selskabet journal fra egen læge (bilag AO).

Af dette bilag fremgår det blandt andet på side 88, at klager i september 2017 havde haft rettet henvendelse til egen læge vedrørende ondt i ryggen.

Herudover fremgår det af bilagets side 88, optegnelser pr. 21. november 2017, at klager 'gennemlændesmerter med udstråling til højre'. 'Intet traume' er ligeledes anført.

Yderligere fremgår følgende af Epikrise side 83 i bilaget:

'Smerterne opstod når hun vågnede lørdag morgen, ingen traume, tunge løft eller andet rygbelastende i anamnesen. Har fået Panodil og ibuprofen af egen læge som ikke har hjulpet på smerterne. Oplevede i dag føleforstyrrelser ned i højre balle samt ned i højre ben. Pt. Har svært ved at holde på urinen ved vandladningstrang. Har haft diarre i dag, afføring x 8. Angiver at have haft brystsmerter højre op i brystet siden august måned, men at dette er blevet aftagende og så kun lokaliseret lumbalt.'

Det er således først den 4. december 2017, at der fremkommer oplysninger om fald på trappen bilag AO, side 73. Her er det oplyst, at faldet skulle være sket en uge før scanningen den 24. november 2017, svarende til den 17. november 2017 I den forbindelse henledes nævnets opmærksomhed på, at i anmeldelsen er skadedatoen anført til 10. november 2017.

Efter selskabets opfattelse er det nærliggende og normalt, at man orienterer behandlende læger og skadestuer om eventuelle hændelser, som kan have betydning for de lægelige vurderinger af behandling og skader.

Af speciallægeerklæringen bilag AD fremgår blandt andet følgende:

'Der vurderes ikke at være nogen sandsynlig medicinsk årsagssammenhæng mellem et eventuelt fald uheld d.10.11.17 og de aktuelle vedvarende klager. Selv ved et eventuelt uheld synes der at have været svær forværring af tilstanden ca. 1-2 uger efter uheldet, hvilket også vurderes ikke at være relateret til falduheldet.

Expl. Har udviklet en central smertesensibilisering. Der er ikke noget anatomisk korrelat til smerteklagerne. Den aktuelle tilstand vurderes at være stationær uden mulige yderligere behandlings-tiltag.'

Speciallægen har således ikke fundet en medicinsk årsagssammenhæng mellem et eventuelt fald den 10. november 2017, og de gener, som klager fremfører på nuværende tidspunkt.

Selskabet har, inden forældelsen indtrådte, meddelt klager, at dette kunne vurderes af AES, men at klager efter de almindelige bevisbyrderegler måtte bære omkostningerne til en sådan forelæggelse. Hvis klager dengang måtte få medhold, ville omkostningerne blive refunderet.

Det forhold, at klager ikke havde penge til at indbringe sagen for AES, kan ikke medføre et andet resultat end, at klager ikke har løftet sin bevisbyrde for, at der er årsagssammenhæng mellem den anførte hændelse og de nuværende gener."

Klageren har i meddelelse af 3/12 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Tilføjelse til forsikring udtalelse om udløbsdato vil jeg tilføje at sagsbehandleren vejlede mig om at der min sag/ undersøgelse har taget tid bla. Også pga. Corona har ramt alle vil jeg have efter afgørelse 3 år til evt. klage så længe et sag ikke afsluttede vil de 3 år ikke gælde oplyste de mig ved tlf opringning dette har de ikke oplyst det eneste de oplyser er at jeg hele tiden har ringet for have udbetalt aconto dette passer ikke jeg har ringet en del gange men ikke for at have mere udbetaling men for stille nogle spørgsmål som jeg beskriver.

Tryk har beskrevet at jeg har ringet flere gange vedr. Ekstra udbetaling af aconto dette passer ikke Ja jeg fik udbetalt aconto en gang. Har ringede efterfølgende Ja men kun lavet et forespørgsmål om jeg fik 5% helt eller delvist og spurgte hvad og hvorfor ikke fik udbetalt hele 5% ønskede kun en forklaring. Her oplyste de mig at Ja man sige 5% men udbetaler kun 3 % og holder 2% tilbage og hvis jeg ønskede, vil de også kunne betale 2% mere ud. Her svaret jeg nej vil vente til enlige afgørelse. Ja jeg har ringede flere gange dette oplyste jeg også i min første udtalelse det var fordi jeg aldrig blev informeret om hvordan eller hvad der skete med sagen og være gang jeg ringede, oplevede jeg at de enten ikke kiggede på sagen eller ikke var til stede. Grunden til de sendte journaler har sagsbehandleren ... selv bedt om dette og vejlede om hvordan jeg kunne evt. gøre.

Ja jeg gav ikke besked med det samme til forsikring om faldet men jeg opsøgt sygehus først 2 uger efter pga. Min læge mente at jeg bare skulle tage Panodil. Noget vil jeg underskrive med deres udtalelse om de var tvivl om hvor vidt det hang sammen med faldet. Lægerne oplyste jo at en nerve-klemme IKKE kan ses via MR scanning dette kunne de se via operation og denne gener kan men kun få via fald/ overfald eller meget hårdt fysisk arbejde som evt ... Der jeg hverken blev overfaldet eller har beskæftiget mig som ... er det eneste grund faldet. Hensyn til foden fik jeg året efter vide af fod kirurgi at nerven var kommet i klemme at dette kan højt sandsynligt være faldet i 2017 og der ryggen kom i nerve klemme kan dette være meget muligt.

97304

Vi har tidligere udbetalt en aconto erstatning på 52.801,00 kr., svarende til 5%.

Ankenævnet for Forsikring

10.

97304

Da vi tidligere har udbetalt en aconto erstatning svarende til et mén på 5 %, kan vi ikke tilbyde at udbetale yderligere erstatning i sagen."

Af telefonnotat af 11/6 2020 fremgår bl.a.:

"Skl ringer ind. Hun er i gang med at skrive en klage på sagen og en uddybende forklaring. Hun in-foer at hun slet ikke fik lov til at forklare spec.lægen om hendes situation ... hun forstår ikke, at vi har betalt 5 % og nu siger, at vi slet ikke kan dække."

Af brev fra selskabet til klageren af 2/7 2020 fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget din klage over vores afgørelse vedrørende skaden den 10. november 2017, hvor vi vurderede, at der ikke var årsagssammenhæng til lændegener.

På grund af din henvendelse, har vi gennemgået sagen igen, og kan oplyse, at vi fastholder vores tidligere afgørelse.

Vurdering

...

Vi har tidligere udbetalt for aconto erstatning og ville afvente en speciallægeerklæring for endelig vurdering.

På baggrund af de første journaloplysninger var der belæg for, at der kunne være en sandsynlig årsagssammenhæng til lændegenerne, men på baggrund af øvrige journaloplysninger samt speci-allægeerklæring, er der ikke dokumentation for at generne stammer fra ulykkestilfældet."

Af brev fra selskabet til klageren af 20/8 2020 fremgår bl.a.:

"Vi fastholder vores afgørelse

Vi har modtaget din klage over vores afgørelse vedrørende skaden den 10. november 2017, hvor vi vurderede, at der ikke var årsagssammenhæng til lændegener.

På grund af din henvendelse hvor du sender et nyt journalnotat som vi ikke har set, har vi gennemgået sagen igen, og kan oplyse, at vi fastholder vores tidligere afgørelse.

Vi har ved vores vurdering lagt vægt på, at notatet er skrevet d. 13. marts 2018, dvs. 4 måneder efter hændelsen. Det er ikke tilfredsstillende tidsmæssig dokumentation."

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 4/12 2017, at hun den 10/11 2017 fik en rygskaade, idet hun faldt ned af en trappe. Hun fik gener i ryggen og højre ben. Den 20/6 2018 udbetalte selskabet aconto erstatning for 5 % varigt mén. Selskabet meddelte den 11/1 2019, at der ikke var grundlag for

Ankenævnet for Forsikring

11.

97304

yderligere aconto erstatning. I brev af 11/6 2020 oplyste selskabet, at det ikke var sandsynliggjort, at der var årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og klagerens gener. Klageren gjorde indsigelse, og selskabet fastholdt den trufne afgørelse den 2/7 2020. Den 8/8 2020 fremlagde klageren journalnotat fra 2018. Det nye bilag blev sendt til selskabets rådgivende lægekonsulent, og den 20/8 2020 fastholdt selskabet sin afgørelse. Den 5/8 2021 henvendte klageren sig til selskabets klageafdeling, som svarede, at kravet var forældet.

Klageren ønsker, at selskabet udbetaler yderligere erstatning. Hun har anført, at selskabet har afvist at udbetale yderligere erstatning med henvisning til, at hun havde rygproblemer i 2017, og at hendes læge ikke havde oplyst skadestuen om ulykkestilfældet. Hun har anført, at de forudbestående gener i ryggen ikke var noget, der skulle behandles. Hun har anført, at selskabets sagsbehandler oplyste, at hun kunne klage i op til 3 år efter selskabets afgørelse, og at så længe sagen ikke var afsluttet, ville de 3 år ikke gælde klageren.

Selskabet har anført, at den 3-årige forældelsesfrist skal beregnes fra den 10/11 2017, hvor ulykkestilfældet skete. Klagerens krav blev afvist den 11/6 2020, og efter forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 2. pkt. vil forældelsen tidligst indtræde et år efter denne afvisning, dvs. den 11/6 2021. Selskabet har anført, at klageren i brev af 11/11 2020 blev gjort opmærksom på, at hun havde 1 år fra juni 2020 til at sende sagen til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Selskabet har anført, at idet klageren ikke tog skridt til afbrydelse af forældelsen, blev kravet forældet den 11/6 2021.

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 praksis 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

12.

97304

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

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at den 3-årige forældelsesfrist ikke kan regnes fra et senere tidspunkt end den 4/12 2017, hvor klageren anmeldte ulykkestilfældet til selskabet. Nævnet finder, at den 1-årige tillægsfrist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt., senest løber fra selskabets afgørelse den 20/8 2020. Klagerens eventuelle krav var derfor forældet forud for indbringelsen af sagen for nævnet den 18/9 2021.

Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at selskabet har ydet fejlagtig rådgivning om forældelsesreglerne, hvorfor nævnet ikke – på erstatningsretligt grundlag – har grundlag for at pålægge selskabet at betale erstatning til klageren.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen