

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 1. februar 2023 blev i sag nr. 98241:

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 12/5 2022 til nævnet samt i vedlagte bilag har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Selskabet har afvist at dække klagers ulykkestilfælde af 24/3-2018, under henvisning til, at hendes ulykkesforsikring var opsagt på ulykkestidspunktet den 24/3-2018. Klager har overfor selskabet bestridt, at ulykkesforsikringen var opsagt på ulykkestidspunktet den 24/3-2018. Blandt andet under henvisning til selskabets medarbejderes egne tilkendegivelse af, at opsigelsestidspunktet for ulykkesforsikringen ligger efter ulykkesdatoen (se bilag A og B). Endvidere under henvisning til, at selskabet ikke har ført tilstrækkeligt klart bevis for at ulykkesforsikringen var opsagt på ulykkestidspunktet. Siden den 22/10-2021 har selskabets skadeafdeling ikke besvaret klagers henvendelser, herunder indsigelser (se bilag C). Klager overdrog derfor sagen til selskabets klageafdeling den 1/2-2022. Samme dag oplyste klageafdelingen at sagsbehandlingstiden var ca.4 uger. (se bilag C). Dersom klager fortsat ikke havde hørt fra klageafdelingen den 12/4-2022, rykkede klager for svar. Klageafdelingen er dog endnu ikke vendt tilbage på hverken klagen eller rykkeren af 12/4-2022 (se bilag C), hvorfor sagen nu indklages for Ankenævnet for Forsikring.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Selskabet skal tilpligtes overfor klager at anerkende, at klagers ulykkesforsikring var i kraft på ulykkestidspunktet. Herefter skal selskabet realitetsbehandle skaden i relation til ulykkesforsikringen."

Ankenævnet for Forsikring

2.

98241

Selskabet har i brev af 24/6 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Indledning

Sagen vedrører, at klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist dækning for hendes hjernerystelse. Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klageren ikke var omfattet af en ulykkesforsikring på skadestidspunktet.

Det er selskabets påstand i sagen ved Ankenævnet, at klagerens krav er forældet forud for klagen til Ankenævnet for Forsikring.

Sagsfremstilling

Klageren anmeldte den 23. september 2020, at hun faldt over en høj kant den 24. marts 2018, og at hun slog sit hoved. Skadeanmeldelsen fremlægges som bilag 1.

Den 7. oktober 2020 afviste selskabet dækning for klagerens hjernerystelse med henvisning til, at klageren ikke havde tegnet ulykkesforsikring på skadestidspunktet den 24. marts 2018, idet klagerens ulykkesforsikring først trådte i kraft den 12. november 2018. Selskabets afvisning fremlægges som bilag 2.

Klageren klagede til skadeafdelingen den 17. september 2021, som besvarede klagen den 4. oktober 2021. Klagen til skadeafdelingen samt skadeafdelingens svar ses begge fremlagt af klageren.

Den 1. februar 2022 og den 12. april 2022 modtog selskabets klageansvarlige afdeling, Kvalitet, henvendelse fra klagerens repræsentant grundet manglende svar fra skadeafdelingen. Henvendelserne til Kvalitetsafdelingen fremlægges som henholdsvis bilag 3 og bilag 4.

Klageren fik ved en fejl ikke svar fra Kvalitetsafdelingen, og sagen blev herefter indbragt for Ankenævnet for Forsikring 12. maj 2022.

Selskabets vurdering

Klageren har oplyst i skadeanmeldelsen, at hun i forbindelse med faldet den 24. marts 2018 pådrog sig en hjernerystelse, og hun søgte læge herfor første gang den 3. april 2018.

Af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, fremgår det, at:

'Krav i anledning af forsikringsaftalen forældes efter reglerne i forældelsesloven, jf. dog stk. 2-6.'

Det følger af forældelseslovens § 3, stk. 1 og 2, 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.'

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt., at:

'Er en skade inden forældelsesfristens udløb anmeldt til selskabet, indtræder forældelse af krav, som skaden giver anledning til, tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at det helt eller delvis afviser kravet.'

Selskabet bemærker, at forældelsen i henhold til forældelseslovens regler efter Nævnets praksis skal regnes fra det tidspunkt, hvor skaden havde vist sig på en sådan måde, at klageren havde rimelig anledning til at anmelde kravet til selskabet.

Ud fra oplysningerne i skadeanmeldelsen, så havde klageren så stærke symptomer fra hovedet, at hun opsøgte læge relativt kort tid efter faldet. Derfor er det selskabet opfattelse, at skaden allerede på skadedatoen havde vist sig på en sådan måde, at klageren havde rimelig anledning til at anmelde kravet til selskabet.

Forældelsen i henhold til forældelseslovens regler skal derfor regnes fra den 24. marts 2018. Det betyder, at klagerens krav i henhold til den 3-årige forældelsesfrist forældede den 24. marts 2021, jf. forældelseslovens § 3.

Selskabet afviste skaden den 7. oktober 2020, hvorfor klagerens krav i henhold til forsikringsaftalelovens forældelsesregler som udgangspunkt forældede den 7. oktober 2021, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt.

I perioden fra selskabets afvisning den 7. oktober 2020 og frem til udløbet af den 1-årige forældelsesfrist har korrespondancen mellem klagerens repræsentant og selskabet bestået i, at repræsentanten har udbedt sig dokumentation for selskabets vurdering, hvilket er blevet fremsendt, og afgørelsen er blevet fastholdt.

Der er således pågået forhandlinger mellem parterne, ligesom at sagen ikke har været realitetsbehandlet siden afvisningen den 7. oktober 2020. Klagerens krav forældede derfor den 7. oktober 2021.

Selskabet bemærker, at det ikke suspenderer forældelsen, at klagerens repræsentant den 1. februar 2022 – på hvilket tidspunkt klagerens krav allerede var forældet – sendte en klage til selskabets klageansvarlige afdeling, uden at selskabet besvarede henvendelsen.

Sammenfatning

Sammenfattende er det selskabets opfattelse, at klagerens krav forældede senest den 7. oktober 2021. jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt. Selskabet fastholder derfor sin afgørelse af sagen."

Klagerens repræsentant har i brev af 18/7 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Forældelse

Selskabet gør nu for første gang i sagen gældende, at klagers krav er forældet forud for indbringelsen af sagen for Ankenævnet for Forsikring. Selskabet begrundet påstanden i FAL §29, stk.1 og stk.5, 1.pkt samt FÆL §3, stk.1 og 2.

Klager bestrider at sagen er forældet. Jeg skal redegøre herfor i det følgende;

Først og fremmest, så har selskabet under sine forhandlinger med klager undladt at påberåbe sig forældelse, selvom det kunne have påberåbt sig det. Selskabet kunne have påberåbt sig forældelse ved afgørelsen af 22.oktober 2021. Det gjorde selskabet ikke. Alene derfor er selskabet nu afskåret fra at påberåbe sig forældelse.

Subsidiært;

- 1) at det følger af FAL §29.stk.1., at krav på forsikringsdækning forældes 3 år efter det tidligste tidspunkt, hvor klageren kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning over for forsikringen. Efter nævnets opfattelse er dette tidspunkt, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at klageren har haft rimelig anledning til at anmelde kravet til selskabet, selvom en eventuel méngrad først ville kunne opgøres senere.

I den forbindelse bemærker jeg, at klager har foretaget retmæssig anmeldelse af kravet, idet det er ubestridt, at klager anmelder skaden den 23.september 2020. Skaden skete som bekendt i marts 2018. Allerede derfor kan FAL §29, stk.1 og FÆL §3, stk.1 ikke finde anvendelse.

For så vidt angår FÆL §3, stk.2, da gør klager gældende, at den omstændighed at selskabet helt frem til den 23.september 2020 fastholdt overfor klager, at hun ikke havde en ulykkesforsikring ved selskabet på ulykkestidspunktet, unægtelig må føre til, at klager først den 23.september 2020, da selskabet oplyser til klager at ulykkesforsikringen først blev opsagt den 1.april 2018 (dvs. efter ulykken), får kendskab til de faktiske forhold om forsikringens eksistens.

Derfor bør forældelsesfristens først regnes 3 år fra den 23.september 2020 (Dansk Forsikringsret, Jønsson & Kjærgaard, s.549. forlaget DJØF). Det betyder, at forældelse tidligst kan indløbe den 23.september 2023 jf. FÆL §3, stk.2.

Jeg henviser i øvrigt til kendelsen AK 96706 og 95541.

- 2) For så vidt angår FAL §29, stk.5, så følger det, at suspensionen af forældelsen i FAL §29, stk.5, skal sikre, at krav ikke forældes, mens sagen behandles af forsikringselskabet.

Selskabet kan i den aktuelle sag vanskeligt påstå, at det ikke har behandlet sagen selv efter den 7.oktober 2021.

Selskabet afviser som bekendt klager igen den 22.oktober 2021 og skriver, at vi er velkomne til at kontakte selskabet igen ved spørgsmål.

Det gør vi så, blandt andet under henvisning til, at det af selskabet fremsendt screendump fra [sagsbehandlingssystem], ikke tilnærmelsesvis kan anses som tilstrækkelig klart bevis for, at selskabet har opsagt policen i overensstemmelse med reglerne i FAL.

Vi beder i samme henvendelse selskabet om at fremsende en kopi af akvitetsloggen fra [sagsbehandlingssystem], at forholde sig til klagers påstand om at hun har betalt for den forsikring som selskabet påstår hun ikke har, samt udbeder os dokumentation for telefonsamtaler mellem forsikrede og selskabet for maj og juni 2017.

At såvel selskabets skadeafdeling som klageafdeling efterfølgende ignorere ovenstående henvendelse samt de efterfølgende henvendelser, kan ikke føre til at forældelsen derfor indtræder.

Jeg henviser i øvrigt til kendelsen AK 96014.

- 3) For så vidt angår selskabets påstand om, at det har imødekommet klagers ønske om dokumentation, da skal klager i det hele afvise dette;

Klager udbad sig den 13.oktober 2021 selskabets dokumentation for, at klagers ulykkesforsikring ikke var i kraft på ulykkestidspunktet. Baggrunden herfor var, at selskabet ved flere forskellige medarbejdere, på flere forskellige tidspunkter, havde oplyst til klager, at forsikringen først blev opsagt den 26/3-18 eller den 1/4-18, dvs. efter ulykkestidspunktet den 24/3-18. Derfor kunne selskabets påstand om at forsikringen ikke var i kraft på ulykkestidspunktet, ikke finde anvendelse.

Selskabet valgte på baggrund af ovenstående mail at fremsende et screendump fra [sagsbehandlingssystem] den 22.oktober 2021.

Klager gjorde den 26.november 2021 gældende, at ovenstående screendump ikke tilnærmelsesvis kunne anses som tilstrækkeligt klart bevis. I samme mail udbad klager sig en kopi af akvitetsloggen fra [sagsbehandlingssystem] og at selskabet forholdt sig til klagers påstand om at hun har betalt for den forsikring som selskabet påstod hun ikke havde, samt udbad dokumentation for telefonsamtaler mellem forsikrede og selskabet for maj og juni 2017.

Selskabet besvarede aldrig klagers henvendelse eller gjorde forældelse gældende for den sags skyld.

Klager skal således afvise selskabets påstand om, at det med dets screendump til klager den 22.oktober 2021 skulle have efterkommet klagers ønske om dokumentation for opsigelsen.

- 4) Klager skal også afvise selskabets påstand om, at det med dets screendump til klager den 22.oktober 2021, skulle have fastholdt dets tidligere afgørelse. Som klager allerede har gjort gældende, så består en række af selskabets afgørelser af indirekte dækningstilsagn, dersom selskabet herved har anerkendt, at ulykken skete før forsikringen, blev opsagt.

Opsigelsen

Klager bemærker, at selskabet i dets høringssvar end ikke forholder sig til parternes hidtidige uenighed, navnlig hvorvidt klagers ulykkesforsikring beviseligt var opsagt på ulykkestidspunktet.

Klager bemærker i den forbindelse, at det følger af Ankenævnets vejledning til selskaberne og dets repræsentanter, at det er selskabet der har bevisbyrden for, at forsikringen er ophørt, når selskabet har opsagt forsikringen. Selskabets opsigelsesårsag var ifølge selskabet selv, præmierestance. Det påhviler således selskabet at løfte bevisbyrden for, at opsigelsen er sket i overensstemmelse med proceduren i FAL §12-17 og efter reglerne jf.FAL §3.b.

Endvidere, at nævnet ikke kan lægge forhold til grund som selskabet ikke har dokumenteret, at selskabet skal fremlægge relevant bevismateriale frem under høringsprocessen samt at nævnet ikke kan lægge forhold til grund, som ikke er dokumenteret.

I den forbindelse skal klager fastholde, at det af selskabet fremførte [sagsbehandlingssystem]-screenshot, vanskeligt kan påstås at være et tilstrækkeligt klart bevis for, at selskabet faktisk eller med overvejende sandsynlighed havde opsagt ulykkesforsikringen på ulykkestidspunktet.

Til støtte herfor henviser jeg nok engang til den af klager fremlagte korrespondance med selskabet, hvoraf det fremgår, at flere af selskabets medarbejdere selv har været i tvivl om, hvorvidt ulykkesforsikringen var opsagt på ulykkestidspunktet den 24.marts 2018 (se bilag A).

Afrunding

Klager skal i første række fastholde, at selskabet ikke har ført tilstrækkeligt klart bevis for, at klagers ulykkesforsikring var opsagt på hændelsestidspunktet den 24.marts 2018. Selskabet bærer således dækningspligten for hændelsen, hvorfor selskabet bedes realitetsbehandle skaden i relation til erstatningsopgørelsen.

I anden række, at selskabet er afskåret fra at gøre forældelse gældende. Subsidiært, at selskabet ikke har ført tilstrækkeligt klart bevis for at sagen er forældet.

Sekretariatet har den 22/8 2022 bedt selskabet om yderligere oplysninger i form af en redegørelse for opsigelsesforløbet samt korrespondance med klageren i denne forbindelse. Selskabet har den 12/9 2022 fremlagt en række oplysninger og i brev til nævnet bl.a. anført:

"Selskabets redegørelse for opsigelsesforløbet i ankenævns sag 98241

Ankenævnet for Forsikring har bedt selskabet om at redegøre nærmere for opsigelsesforløbet af klagerens ulykkesforsikring med policenummer: [policenummer], herunder korrespondance med klageren i denne forbindelse.

Indledningsvist skal selskabet gøre opmærksom på, at det er selskabets primære påstand i sagen, at klagerens krav er forældet forud for klagen til Ankenævnet for Forsikring. Denne påstand går således forud for de rent materielle spørgsmål i sagen.

Forløb vedrørende opkrævninger og ophævelse af forsikringen

Ulykkesforsikringen med policenummer [policenummer] blev nytegnet den 30. marts 2017.

Af forsikringspolice fremgår det, at forsikringens betaling ville ske månedsvis. Forsikringspolice af 30. marts 2017 fremlægges som **bilag 5**.

Betalingsserviceaftalen blev i maj 2017 afvist, hvorfor betalingen blev ændret til helårlig. Dette blev den 1. august 2017 ændret tilbage til månedlig betaling, hvorfor der blev udstedt en ny police med samme policenummer som angivet ovenfor.

Forsikringspolice af 1. august 2017, fremlægges som **bilag 6**.

I forbindelse med udstedelse af police den 1. august 2017, blev der påbegyndt en ny opkrævningsprocedure med en ny betalingserviceaftale.

Den nye betalingserviceaftale blev ligesom den første aftale afvist, hvorfor selskabet den 13. september 2017 sendte en ny opkrævning med helårlig betaling, idet månedlig betaling forudsætter en betalingserviceaftale.

Opkrævningen af den 13. september 2017 fremlægges som **bilag 7**.

Da klageren fortsat ikke betalte for sin forsikring, sendte selskabet den 26. oktober 2017 en rykker for betaling af præmien til klageren med posten.

Af rykkeren fremgår det, at forsikringen ville ophøre pr. 24. november 2017, hvis den skyldige præmie ikke blev betalt. Derudover fremgår det, at:

'Efter forsikringens ophør kan den kun genoptages hvis betalingen:

- foretages hurtigst muligt*
- omfatter det fulde manglende beløb inkl. renter og omkostninger*
- sker inden 3 måneder efter opsagt 24.11.2017.*

Forsikringen er i kraft igen fra dagen efter betaling er sket.'

Rykkeren fremlægges som **bilag 8**.

Klageren betalte fortsat ikke præmien, og den 20. november 2017 sendte selskabet en ny rykker, hvor selskabet igen gjorde klageren opmærksom på, at forsikringen ville ophøre den 24. november 2017 uden yderligere varsel. Rykker nr. 2 fremlægges som **bilag 9**.

Selskabet modtog aldrig det skyldige beløb fra klageren, hvorfor forsikringen ophørte den 24. november 2017.

Den 11. december 2017 modtog selskabet en indbetaling på 2.000 kr. på forsikringen, hvilket alene udgjorde en del af det skyldige beløb på 2.765,50 kr. i henhold til rykkeren af den 20. november 2017.

På grund af denne indbetaling udstedte selskabets system automatisk en ny opkrævning den 9. februar 2018 for præmie i perioden 1. marts 2018 til 1. marts 2019.

Denne opkrævning blev – ligesom de tidligere – aldrig betalt.

Opkrævningen fremlægges som **bilag 10**.

Klageren kontaktede selv selskabet den 13. november 2018 med ønske om at tegne en ulykkesforsikring. Policen herfor blev udstedt samme dag, hvoraf det fremgår, at forsikringen er nytegnet.

Policen af den 13. november 2018 fremlægges som **bilag 11**.

Den 23. september 2020 anmeldte klageren skaden med skadedato den 24. marts 2018 til selskabet, jf. den allerede fremlagte skadeanmeldelse.

Selskabets vurdering af forløbet

Af forsikringsaftalelovens § 12, stk. 1, fremgår det, at præmien skal betales senest 21 dage efter selskabets påkrav herom.

Af forsikringsaftalelovens § 13, stk. 1, fremgår det, at *'Betales præmien ikke rettidigt, kan selskabet opsige forsikringsaftalen med den virkning, at aftalen ophører, hvis præmien ikke er betalt senest 21 dage efter opsigelsen. Opsigelse kan tidligst ske 14 dage efter udløbet af betalingsfristen efter § 12, stk. 1'.*

Af bestemmelsens stk. 2, fremgår det, at det af opsigelsen skal fremgå, at forsikringsaftalen ophører, hvis ikke præmien betales rettidigt, og at mulighederne om genoptagelse i henhold til § 14, også skal fremgå.

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 14, at *'Skyldes den for sene betaling af præmien særligt undskyldende omstændigheder, og betales præmien samt eventuelle renter og omkostninger uden ugrundet ophold efter betalingshindringens ophør, løber forsikringsaftalen på ny fra dagen efter, at betaling sker. Betaling skal dog ske senest 3 måneder efter udløbet af opsigelsesfristen efter § 13, stk. 1. Er forsikringsaftalen indgået for en bestemt periode, skal betaling tillige ske inden udløbet af denne periode'.*

I denne sag sendte selskabet den 13. september 2017 en opkrævning til klageren, da betalingserviceaftalen var blevet afvist, og den månedlige præmie dermed heller ikke betalt.

Opkrævningen blev sendt med fysisk post, hvorfor det må forventes, at opkrævningen senest den 21. september 2017 – hvilket er seks omdelingsdage senere – var kommet frem til klageren.

Da klageren ikke betalte, så var selskabet i henhold til forsikringsaftalelovens §§ 12 og 13, fra den 26. oktober 2017 (21 dages betalingsfrist + yderligere 14 dage) berettiget til at sende en opsigelse til klageren.

Netop den 26. oktober 2017 sendte selskabet en opkrævning til klageren med besked om, at forsikringen ville ophøre pr. den 24. november 2017, hvis der ikke blev betalt.

Opkrævningen blev sendt med fysisk post, og den må derfor forventes at være kommet frem til klageren senest den 3. november 2017. Opkrævningen overholdt således den 21-dages betalingsfrist i henhold til forsikringsaftalelovens § 13, stk. 1, 1. pkt.

Det fremgår desuden af opkrævningen, at forsikringen kunne genoptages, hvis betalingen blev foretaget hurtigst muligt, omfattede det fulde manglende beløb inkl. renter og omkostninger, og betalingen skete inden 3 måneder efter den 24. november 2017. Opkrævningen opfyldte således også kravene i forsikringsaftalelovens § 14.

Forsikringen var således korrekt opsagt pr. den 24. november 2017.

Det er naturligvis beklageligt, at klagerens delvise indbetaling inden for de tre måneder medførte en ny automatisk opkrævningsprocedure på den allerede afgangsførte forsikring i februar 2018.

Selskabet skal dog bemærke, at heller ikke denne opkrævning blev betalt af klageren. Forsikringen har således aldrig været genoptaget, og klageren opfyldte ved sin delvise indbetaling på intet tidspunkt de betingelser for, at forsikringen kunne genoptages, som blev meddelt hende i opkrævningen af den 26. oktober 2017. Klagen kunne derfor ikke have en berettiget forventning om, at forsikringen var blevet genoptaget.

Klageren kontaktede i øvrigt af egen drift selskabet i november 2018 med henblik på at ville tegne en ny ulykkesforsikring i selskabet. Klageren måtte således på dette tidspunkt være vidende om, at hun ikke allerede havde en ulykkesforsikring i selskabet.

Henset til ovenstående og den omstændighed, at der har været et særdeles langvarigt forløb med flere opkrævninger og rykkere, som klageren ikke har betalt, og at forsikringen allerede var blevet afgangsført korrekt, så er det selskabets opfattelse, at opkrævningen af den 9. februar 2018 ikke har givet klageren en berettiget forventning om, at hun fortsat havde en ulykkesforsikring i selskabet – særligt henset til, at opkrævningen aldrig blev betalt.

Selskabet kan i den forbindelse supplerende oplyse, at klageren på flere af hendes forsikringer har benyttet sig af tilsvarende fremgangsmåder, hvor selskabet har sendt en opkrævning, og der på et tidspunkt efterfølgende er blevet indbetalt et mindre beløb til selskabet. Dette er sket ved både klagerens ulykkesforsikring, indboforsikring og årsrejseforsikring. Oversigt over klagerens betalinger til diverse forsikringer fremlægges som **bilag 12**.

I forbindelse med behandlingen af klagerens skadesag – som blev anmeldt til selskabet mere end 2,5 år efter den angivne skadedato – har selskabet fejlagtigt oplyst nogle forkerte datoer for forsikringens ophør. Denne omstændighed kan imidlertid efter selskabets opfattelse ikke føre til, at klageren skulle have en berettiget forventning om, at hun havde en forsikring på skadedatoen.

Sammenfatning

Sammenfattende er det fortsat selskabets opfattelse, at klagerens krav er forældet forud for klagen til Ankenævnet, og at Nævnet af den grund ikke skal tage stilling til sagens materielle spørgsmål.

Subsidiært er det selskabets opfattelse, at klagerens ulykkesforsikring blev opsagt i overensstemmelse med reglerne i forsikringsaftaleloven, og at der ikke har været omstændigheder i sagen, som har bragt klageren i en berettiget forventning om, at hun havde en ulykkesforsikring i selskabet den 24. marts 2018."

Til dette har klagerens repræsentant fremsendt brev af 11/10 2022, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg skal hermed fremkomme med klagers bemærkninger til selskabets andet høringssvar.

Forældelse

Selskabet fastholder i første række at sagen er forældet forud for sagens anlæg ved Ankenævnet for Forsikring. Selskabet redegør ikke nærmere herfor, på trods af klagers argumentation herimod i klagers 1.høringssvar.

Klager fastholder at kravet ikke er forældet forud for sagens anlæg ved Ankenævnet for Forsikring og henviser i den forbindelse i det hele til klagers argumentation fremsat i klagers 1.høringssvar.

Klagers primære påstand

Det er klagers primære påstand, at der ligger et indirekte dækningstilsagn i den omstændighed, at flere af selskabets medarbejdere over klager har tilkendegivet at hun havde en ulykkesforsikring ved selskabet på ulykkestidspunktet.

Klager har i klagen argumenteret for samt henvist til bilag A og B, som ganske tydeligt påviser, at to af selskabets medarbejdere, på to forskellige tidspunkter i sagsbehandlingen, begge har tilkendegivet overfor klager, at hendes ulykkesforsikring var i kraft på ulykkestidspunktet.

Selskabet kan således i øvrigt vanskeligt fastholde, at klager ikke kan have været i god tro om, at hun havde en ulykkesforsikring ved selskabet. I særdeleshed ikke når medarbejderens tilkendegivelser sammenholdes med det forhold, at klager er overbevist om at hun har betalt for ulykkesforsikringen. En påstand som delvis bekræftes at klagers dokumenterede indbetaling i selskabets bilag.

Jeg henviser i den forbindelse til FED 2000.104 ØLD, hvorefter det følger, at selskabets adfærd i forbindelse med en anmeldt forsikringsskade kan implicere dækningstilsagn, enten direkte eller indirekte. En kendelse der i øvrigt er i tråd med principperne i AFTL §32 stk.1.

Selskabets bevisførelse for opsigelsens gyldighed / Klagers subsidiære påstand

På såvel klagers som Ankenævnets foranledning forsøger selskabet nu langt om længe at føre bevis for, at det har opsagt klagers ulykkesforsikring i overensstemmelse med reglerne herfor.

I den forbindelse har selskabet tilføjet en række bilag til sagen, hvoraf flere allerede lå på sagen.

De nye bilag til sagen er bilagene 7,8,9,10 og 12. Til disse har klager følgende bemærkninger i relation til parternes uenighed om opsigelsens gyldighed.

Såfremt nævnet måtte finde, at der ikke ligger et indirekte dækningstilsagn i den omstændighed, at flere af selskabets medarbejdere overfor klager har tilkendegivet at hendes forsikring var i kraft på ulykkestidspunktet den 24/3-2018, da gør klager subsidiært gældende, at selskabets opsigelse er ugyldig, idet den ikke opfylder formkravene i FAL §12-17.

FAL §12-17

Det følger af Ankenævnet for Forsikrings praksis (94558, 92109, 91534, 91091, 89686 og 76195), at selskabets opsigelse er virkningsløst medmindre opsigelsen kumulativt opfylder bestemmelserne i forsikringsaftalelovens §12-17.

Klager fastholder, at selskabet fortsat ikke har ført tilstrækkeligt klart bevis for, at opsigelsen af ulykkesforsikringen er gyldig. Jeg skal redegøre nærmere herfor i det følgende.

Tidslinje

30/3-17: Policen oprettes

1/8-17: Policen ændres

12/9-17: Der sendes ordinær opkrævning til klager for perioden 1/5-2017 – 1/3-2018 Årsag 'Afmeldt'. Selskabet oplyser til klager, at der er afvist via BS. Selskabet ændrer til helårsbetaling grundet afmeldingen fra BS. Seneste betalingsdato er angivet til 15/9-17.

26.10.17: Rykkerskrivelse sendes til klager - der er her oplyst at forsikringen opsiges 24/11-17, såfremt betalingen ikke er foretaget inden da.

Ankenævnet for Forsikring

11.

98241

20/11-17: Rykker 2 sendes – oplyses igen, at forsikringen opsiges pr. 24/11-17 såfremt betalingen ikke er foretaget inden da.

8/2-18: Selskabet sender nu en helt ny opkrævning, hvor der står 'Beløbet på indbetalingskortet erstatter evt. tidligere ikke betalt beløb' samt at denne opkrævning skal betales med det samme, da beløbet allerede skulle være betalt. Årsag 'Terminsopkrævning'.

Selskabet oplyser følgende:

At de d.11/5-17 opkrævet klager 2.871,11 kr. –Bilaget er dog ikke fremlagt.

1/6-17: Klager indbetaler 422 kr.

8/8-17: Selskabet opkræver 1.383,73 kr.

10/8-17: Klager indbetaler 141 kr.

20/11-17: Selskabet opkræver 2.765,60 kr.

11/12-17: Klager indbetaler 2.000 kr.

Alt ovenstående fra selskabet er dokumenteret via skærmpoint fra internt system, hvor alle transaktionerne vedr. forsikringen fremgår.

Klagers bemærkninger

Ud fra det forelagte så omhandler selskabets sagsbehandlings perioden 1/5-2017 – 1/3-2018. Alt-så en periode der ligger forud for klagers ulykke den 24/3-2018.

Det er interessant fordi, at selskabet jo i februar 2018 sender klager en ny opkrævning (bilag 10), hvor der står at den erstatter tidligere opkrævede beløb.

Af samme opkrævning (bilag 10), fremgår det, at opkrævningen dækker over perioden 1/3-2018-1/3-2019.

Det fremgår i øvrigt at der er tale om det samme policenummer som de hidtidige opkrævninger og rykkere.

Det synes således nærlæggende at konkludere, at størstedelen af selskabets bevisførelse for at det har opsagt forsikringen i overensstemmelse med FAL §12-17, er irrelevant, idet den vedrører en forsikringsperiode der ligger forud for ulykkestidspunktet.

Endvidere fordi selskabet overfor klager den 8/2-18 tilkendegiver, at beløbet på indbetalingskortet erstatter tidligere ikke betalte beløb.

Indbetalingskortet af 8/2-18 (bilag 10) vedrører perioden 1/3-2018-1/3-2019.

Skaden sker den 24/3-2018.

Ankenævnet for Forsikring

12.

98241

Det er derfor relevant at se på, hvorvidt selskabet har ført tilstrækkeligt klart bevis for at det har overholdt opsigelsesregler for perioden 1/3-2018-1/3-2019, og ikke perioden forinden.

I den forbindelse må vi tage udgangspunkt i bilag 10 og 12.

Af ovenstående bilag kan det ikke udledes, at selskabet fra den 8/2-2018 og frem overholder proceduren i FAL §12-17.

Tværtimod, så synes det ved en sammenholdning af bilag 10 og 12 at stå klart, at selskabet første gang opkræver klager for den relevante dækningsperiode den 8/2-18 (bilag 10) for så at afgangsføre den allerede den 26/3-18. Uden at have fulgt proceduren i FAL §12-17 i den mellemliggende periode.

Derudover ser det ud som om, at selskabet afgangsfører policen for den relevante dækningsperiode, på baggrund af manglende betaling for den gamle periode. Det kan selskabet som udgangspunkt ikke. I særdeleshed ikke når selskabet selv direkte overfor klager har tilkendegivet, at beløbet på fakturaen af 8/2-2018 erstattet eventuelle tidligere beløb.

Det fremgår i øvrigt ej heller hvordan selskabet ultimativt opsiger forsikringen for den periode hvori ulykken sker.

Nævnet bedes i øvrigt bemærke, at det af bilag 12 synes at fremgå, at selskabet har afskrevet det skyldige beløb og opsagt forsikringen den 26/3-18. Dvs. to dage efter ulykkestidspunktet den 24/3-18.

Dermed synes det korrekt når både klager og flere af selskabets medarbejdere påstår, at forsikringen først blev opsagt efter ulykkestidspunktet.

Det er derfor samtidig forkert når selskabet afviser klager under henvisning til at forsikringen var opsagt inden den 24/3-18. Det var den ikke, det sker jf. bilag 12 først to dage senere den 26/3-18;

Nr	Fra dato	Til dato	Type	Ialt-beløb	Skyldig-saldo	Opret-dato
—	01.03.2018	01.03.2019	ADOM	21,89		26.03.2018
—	24.11.2017	01.03.2018	AFGA	-3107,81	-21,89	26.03.2018
—	01.03.2018	01.03.2019	AFGA	-825,99	3085,92	26.03.2018
—	01.03.2018	01.03.2019	FORN	3146,31	3911,91	08.02.2018
—	20.11.2017	20.11.2017	BETA	-2000,00	765,60	11.12.2017
—	20.11.2017	20.11.2017	BETA	100,00	2765,60	20.11.2017

Klager fastholder kravet. Sagen kan for så vidt forelægges nævnet."

Klagerens repræsentant har derudover i mail af 12/10 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Afslutningsvis ønsker klager i tillæg til forældelsesspørgsmålet at henlede nævnets opmærksomhed til det forhold, at selskabet ved dets afgørelse af 22/10-21 ikke oplyste klager om rette klageadgang, så som det ellers påhviler selskabet i medfør af Forbrugerklagelovens §4, stk.2.

Ovenstående forhold bør tillægges selskabet skadevirkning i relation til spørgsmålet om, hvorvidt sagen varforældet forud for sagens anlæg ved Ankenævnet."

Ankenævnet for Forsikring

13.

98241

Hertil har selskabet i mail af 21/10 2022 til nævnet bl.a. anført:

"I relation til den seneste kommentar fra klagerens rådgiver vedrørende manglende klagevejledning, skal selskabet bemærke, at klagerens krav forældede den 7. oktober 2021. En eventuel manglende klagevejledning efter denne dato kan således ikke føre til, at klagerens krav ikke længere skulle være forældet.

Derudover skal selskabet bemærke, at klagerens repræsentant ved mail af den 13. oktober 2021 udbad sig dokumentation for, at forsikringen ikke var i kraft på skadestidspunktet, men ikke fremkom med indsigelser til den trufne afgørelse. Selskabet fremsendte svaret den 22. oktober 2021.

Dette var således ikke en fastholdelse af afvisningen, men derimod et uddybende svar på nogle konkrete spørgsmål, hvorfor selskabet i denne mail ikke var forpligtet til at give klagevejledning.

Selskabet fastholder dog som nævnt, at denne korrespondance foregik på et tidspunkt, hvor kravet allerede var forældet, og dermed er ganske uden betydning for vurderingen af forældelsen."

Heroverfor har klagerens repræsentant i mail af 25/10 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Mod selskabets bemærkning skal klager gøre det følgende gældende; At selskabet ej heller oplyste klager om rette klagevejledning i medfør af forbrugerklagelovens §4,stk.2 forud for den 7.oktober 2021. Selskabets bemærkning giver således ikke anledning til en ændring i klagers påstand.

For så vidt angår selskabets påstand, at klager ikke forud for den 13.oktober 2021 var fremkommet med en egentlig indsigelse, da skal klager bestride denne påstand. Klager fremkom som bekendt med en indsigelse overfor selskabet allerede den 17.september 2021, hvorunder klager blandt andet gjorde gældende, at selskabet var bundet af dets indirekte tilsagn om dækning.

Det er imidlertid korrekt, at klager i forlængelse af indsigelsen den 13.oktober 2021 udbad sig dokumentation fra selskabet på baggrund af selskabets påstand af 4.oktober 2021. Det bør dog hertil bemærkes, at klager i den forbindelse også fastholdt påstanden af 17.september 2021.

Selskabet har således ikke noget belæg for at påstå, at klager ikke fremkom med en indsigelse overfor selskabets afgørelse før den 13.oktober 2021.

Selskabet har ej heller noget belæg for at påstå, at dets afgørelse af 4.oktober blot var et svar i form af uddybende spørgsmål til klagers påstand. Klager havde jo forud herfor fremsat en indsigelse med et ganske klart krav. Selskabet var således både forpligtiget til at henvise til klagemuligheden ved Ankenævnet for Forsikring eller som minimum til dets klageansvarlige i medfør af BEK nr 1219 af 20/11/2019 §5,stk.2.

Klager skal i medfør af nærværende skrivelse og klagers øvrige skrivelse i sagen, for god ordens skyld også pointere, at klager naturligvis også afviser selskabets påstand om, at korrespondance mellem parterne foregik på et tidspunkt hvor kravet var forældet."

Ankenævnet for Forsikring

14.

98241

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Af opkrævning fra selskabet til klageren af 26/10 2017 fremgår bl.a.:

Vi har endnu ikke modtaget det skyldige beløb. Vi vil derfor på ny minde om, at forsikringen ophører uden yderligere varsel pr. 24.11.2017 .
Samtidig vil eventuelle aftaler om fremtidige udvidelser/ændringer blive annulleret, og det skyldige beløb vil blive sendt til inkasso.
Se tillige vores påmindelse af 26.10.2017 .

Opkrævning udstedt	Periode/tekst	Beløb kr.
12.09.2017	01.05.2017-01.03.2018	2.665,60
20.11.2017	Gebyr	100,00

Efter forsikringens ophør kan den kun genoptages hvis betalingen:
- foretages hurtigst muligt
- omfatter det fulde manglende beløb inkl. renter og omkostninger
- sker inden 3 måneder efter opsagt 24.11.2017 .
Forsikringen er i kraft igen fra dagen efter betaling er sket.

Af opkrævning fra selskabet til klageren af 9/2 2018 fremgår bl.a.:

Udstedt årsag.: Terminsopkrævning
Betales senest.: 13.02.2018
Ved for sen betaling sendes en påmindelse, hvor gebyr er pålagt.

Terminspris....: 3.074,00 kr.

Specifikation:

Tidligere opkrævet 765,60 kr.

Periode: 01.03.2018 - 01.03.2019 :

Pris 3.074,00 kr.

3.839,60 kr.

Skadeforsikringsafgift..... 33,81 kr.

Opkrævningsgebyr 38,50 kr.

I alt 3.911,91 kr.

Beløbet på indbetalingskortet erstatter evt. tidligere ikke betalt beløb.

Her får du en ny opkrævning, som vi beder dig betale med det samme, da beløbet allerede skulle have været betalt. Betalingsdato fremgår af tidligere sendte

" opkrævning.

"

Ankenævnet for Forsikring

15.

98241

Af skadeanmeldelse af 23/9 2020 fremgår bl.a.:

Hvad er skadet

Hvor på kroppen er du kommet til skade?	Hoved
Beskriv generne	Invaliderende gener i form af: hukommelsestab, meget ringe koncentration, voldsom hovedpine, døgnet rundt, synsbesvær forskudt døgnrytme, træt, udkørt det meste af tiden. Træt, tørstig, fornemmelse af tørhed i munden, konstant hovedpine der tapper hende energi, dårlig hukommelse svært at fokusere, øjensymptomer få lysfølsomhed, samt øjne løber i vand, sover uroligt om natten - behov for sovemedic
Er der stillet en diagnose?	Ja
Hvilken diagnose er stillet?	Hjernerytelse
Har der tidligere været skader eller sygdomme samme sted?	Nej
Har du modtaget lægehjælp?	Ja
Hvornår blev første lægehjælp modtaget?	03.04.2018
Hvor henne?	
Er der efterfølgende modtaget lægehjælp?	Ja
Hvornår?	11.06.2018
Hvor henne?	CT-scanning
Har du fået behandling fx fysioterapeut, kiropraktor eller psykolog i forbindelse med skaden?	Ja
" Hvornår?	28.06.2018

Af e-mail fra selskabet til klageren af 23/9 2020 fremgår bl.a.:

"[policenummer] Ulykke: I kraft 30-03-2017, afgang 01-04-2018"

Af afgørelse fra selskabet af 7/10 2020 fremgår bl.a.:

"Skaden er ikke dækket

Vi har modtaget din anmeldelse af skaden den 24. marts 2018. Vi kan ikke dække skaden, da din forsikring først trådte i kraft den 12. november 2018, efter skaden skete.

Vi betragter derfor sagen som afsluttet."

Af e-mail fra selskabet til klageren uden dato fremgår bl.a.:

"Tak for din henvendelse.

Ankenævnet for Forsikring

16.

98241

Du har på skadestidspunktet d. 24.03.2018 ikke haft nogen ulykkesforsikring i kraft igennem Tryg Forsikring. Du har/haft 2 ulykkesforsikringer hos os på følgende policenummer:

[policenummer 2]: Policen er sat i kraft pr. 12.11.2018.

[policenummer]: Policen er sat i kraft d. 30.03.2017, men opsagt d. 26.03.2018 grundet manglende betaling.

Vi kan derfor ikke dække din sag, da ingen af forsikringerne har været i kraft d. 24.03.2018."

Af e-mail fra selskabet til klageren uden dato fremgår bl.a.:

"Du har haft tidligere haft en ulykkesforsikring i Tryg, dog har den været i kraft og afmeldt før du kom til skade den 24. marts 2018.

Policenummer: [policenummer], som var i kraft fra den 30. marts 2017 til den 24. november 2017.

Du har efterfølgende fået oprettet en ny ulykkesforsikring med policenummer [policenummer 2], som trådte i kraft den 12. november 2018, det vil sige efter du kom til skade den 24. marts 2018.

Vi kan derfor ikke tilbyde dækning for den anmeldte skade den 24. marts 2018 da du på skadestidspunktet ikke har haft en ulykkesforsikring som var i kraft på **skadestidspunktet**."

Af henvendelse fra klagerens repræsentant til selskabet af 17/9 2021 fremgår bl.a.:

" Vi er gjort bekendt med følgende uenighed:

- Dækning for følgerne efter ulykken den 24.marts 2018

Vi har følgende bemærkninger til ovenstående uenighed:

Selskabets afgørelser

Under henvisning til selskabets afgørelser skal jeg hermed fremkomme med følgende bemærkninger, idet jeg venligst skal anmode selskabet om, at foretage en revurdering af nærværende sag, idet det gøres gældende, at skadelidte var omfattet af en ulykkesforsikring på hændelsestidspunktet."

Af e-mail fra selskabet til klagerens repræsentant af 4/10 2021 fremgår bl.a.:

"Tak for jeres henvendelse af den 17. september 2021.

Som oplyst i mail til [klageren] den 17. oktober 2020, så var der på skadestidspunktet den 24. marts 2018 ikke nogen ulykkesforsikring der var i kraft.

Policenummer [policenummer] var i kraft fra den 30. marts 2017 og frem til den 24. november 2017. Denne var dermed ikke i kraft på skadestidspunktet.

Ankenævnet for Forsikring

17.

98241

Policenummer [policenummer 2] trådte i kraft den 12. november 2018. Altså efter at skaden skete.

Vi kan derfor ikke tilbyde dækning for skaden."

Af udateret e-mail fra klagerens repræsentant til selskabet fremgår bl.a.:

"Tak for jeres afgørelse af 4.oktober 2021

Under henvisning til ovenstående skal jeg hermed fremkomme med mine bemærkninger i det følgende.

Idet selskabet ved flere forskellige medarbejdere, på flere forskellige tidspunktet, har været af den opfattelse at forsikringen at forsikringen først blev opsagt den 26/3-18 eller den 1/4-18, dvs. efter ulykkestidspunktet den 24/3-18, da skal jeg hermed venligst udbede mig selskabets dokumentation for, at ulykkesforsikringen reelt ikke var i kraft på ulykkestidspunktet."

Af e-mail fra selskabet til klagerens repræsentant af 22/10 2021 fremgår bl.a.:

"Tak for jeres henvendelse af den 13. oktober 2021.

Police [policenummer]

Er trådt i kraft den 30. marts 2017:

Terminer:	I2	Hovedforfald:	01-03	Opkrævning:	BS	+	Terminspris:	0
Ikr./ændr.dato:	30-03-2017	Sidst ændret:	30-03-2017	Ny terminspris:	252			

Afgangsført den 24. november 2017

Police.....

Skadedato.. 24-03-2018 1

Bemærkning

Policen er afgangsført 24-11-2017

...

Dermed, så er der desværre ikke nogen policer ikraft på skadetidspunktet den 24. marts 2018."

Af e-mail fra klagerens repræsentant til selskabet af 26/11 2021 fremgår bl.a.:

"Tak for jeres mail af 22.oktober 2021

Under henvisning til ovenstående mail skal jeg hermed fremkomme med mine bemærkninger i det følgende.

Nedenstående screendump fra [sagsbehandlingssystem], kan ikke tilnærmelsesvis siges at være et tilstrækkeligt klart bevis for, at Tryg har fulgt FAL §12-17 i relation til opsigelsen af ulykkesforsikringen. Vi må derfor fastholde, at Tryg til stadighed ikke har ført bevis for opsigelsens gyldighed.

Endvidere, da skal jeg udbede mig en kopi af aktivitetsloggen fra [sagsbehandlingssystem]. Der næst, da skal jeg til stadighed udtrykke min undren over, at der kan være så stor forskel på de respektive medarbejdere i Tryg, i relation til forsikringens opsigelsestidspunkt. Endvidere, da skal jeg gøre Tryg opmærksom på, at forsikringstager påstår, at han har betalt for forsikringerne. Endvidere oplyser han, at han reelt skulle have betalt knap kr.900,00 for meget for porteføljen bestående af indbo, rejse og ulykke. Er det noget som Tryg vil bestride?

Slutteligt, da skal jeg udbede mig en transskribering eller deslige, fra de telefonsamtaler der har fundet sted mellem [klagerens ægtefælle] og Tryg, i maj og juni 2017."

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 23/9 2020, at hun den 24/3 2018 faldt og fik en hjernerystelse. Selskabet afviste den 7/10 2020 dækning under henvisning til, at klagerens ulykkesforsikring forinden var blevet opsagt som følge af klagerens restance med præmiebetalingen. Klagerens repræsentant henvendte sig igen til selskabet den 17/9 2021, og selskabet fastholdt den 4/10 2021 sin afgørelse.

Klageren ønsker, at selskabet skal realitetsbehandle skaden i relation til ulykkesforsikringen. Klageren har anført, at sagen ikke er forældet, og at selskabet frem til den 23/9 2020 over for hende fastholdt, at hun ikke havde en ulykkesforsikring, hvilket må føre til, at hun først denne dato fik kendskab til de faktiske forhold omkring forsikringens eksistens, hvorfor forældelsesfristen først bør regnes fra den 23/9 2020. Klageren har også anført, at selskabet har realitetsbehandlet sagen efter den 7/10 2021, og at det forhold, at såvel skade- som klageafdelingen efterfølgende ikke har svaret på hendes henvendelser ikke kan føre til, at kravet er forældet. Endvidere har klageren anført, at selskabet ved afgørelserne af 7/10 2020, 4/10 2021 og 22/10 2021 ikke har givet klageren klagevejledning, jf. forbrugerklageovens § 4, stk. 2, hvilket bør have skadevirkning for selskabet i relation til spørgsmålet om, hvorvidt sagen var forældet forud for sagens indbringelse for nævnet. Klageren har videre anført, at selskabet har oplyst, at forsikrin-

Ankenævnet for Forsikring

19.

98241

gen først blev opsagt den 26/3 2018 eller den 1/4 2018, og at selskabet ikke har overholdt opsigelsesproceduren i FAL § 12-17.

Selskabet har i første række afvist at yde dækning under henvisning til, at klagerens eventuelle krav var forældet, da sagen blev indbragt for nævnet den 12/5 2022. I anden række har selskabet anført, at forsikringen var opsagt på skadestidspunktet. Hvad angår forældelse, har selskabet anført, at skaden allerede på skadedatoen havde vist sig på en sådan måde, at klageren havde rimelig anledning til at anmelde kravet til selskabet. Den 3-årige forældelsesfrist skal derfor regnes fra den 24/3 2018. Selskabet afviste skaden den 7/10 2020, hvorfor der indtrådte forældelse af klagerens krav den 7/10 2021, jf. 1-års fristen i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt. Sagen har ikke været realitetsbehandlet efter selskabets afvisning den 7/10 2020. Forsikringen blev korrekt opsagt til den 24/11 2017 og har aldrig været genoptaget. Den fejlagtige opkrævning af 9/2 2018 og oplysning om forkerte datoer for forsikringens ophør kan ikke føre til, at klageren skulle have haft en berettiget forventning om, at ulykkesforsikringen var i kraft på skadedatoen. Manglende klagevejledning kan ikke føre til, at der ikke er indtrådt forældelse af klagerens eventuelle krav. Selskabets svar af 22/10 2021 var ikke en fastholdelse af afvisningen, og selskabet var derfor ikke forpligtet til at give klagevejledning.

Af skadeanmeldelse af 23/9 2020 fremgår, at klageren den 24/3 2018 kom til skade med sit hoved og fik hjernerystelse.

Af afgørelse fra selskabet af 7/10 2020 fremgår det, at selskabet afviste dækning under henvisning til, at klageren ikke var omfattet af en ikraftværende forsikring på skadetidspunktet.

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

Ankenævnet for Forsikring

20.

98241

ker, at tillægsfristen på 1 år i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt. løber sideløbende med den almindelige 3-årsfrist.

Nævnet finder, at den almindelige 3-årsfrist for klagerens eventuelle krav på méngodtgørelse ikke kan regnes fra et senere tidspunkt end klagerens tilskadekomst den 24/3 2018. Nævnet finder endvidere, at den 1-årige frist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5 (efter afvisning), senest løber fra selskabets første afvisning den 7/10 2020. Nævnet finder på denne baggrund, at klagerens eventuelle krav var forældet på tidspunkt for sagens indbringelse for nævnet den 12/5 2022. Nævnet har derfor ikke grundlag for at pålægge selskabet at realitetsbehandle klagerens krav.

Nævnet har herefter ikke fundet anledning til at tage stilling til, om klagerens forsikring var i kraft på ulykkestidspunktet.

For så vidt angår klagerens bemærkninger om selskabets manglende klagevejledning, bemærker nævnet, at det fremgår af § 4 i forbrugerklageloven, at selskabet "skal give forbrugerne information om det alternative tvistløsningsorgan, jf. stk. 3, hvortil forbrugeren kan indbringe en tvist mellem den erhvervsdrivende og forbrugeren".

Af lovens § 16, stk. 2, nr. 1, fremgår det, at et "godkendt privat tvistløsningsorgan kan afvise at behandle en klage, hvis forbrugeren ikke forudgående har reklameret over for den erhvervsdrivende". Det fremgår af § 5 i bekendtgørelse nr. 1219 af 20/11 2019 om den klageansvarlige og finansielle virksomheders håndtering af klager, at selskabet "skal oplyse, hvem der er virksomhedens klageansvarlige, og hvor og hvordan man kan rette henvendelse til den klageansvarlige".

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

Ankenævnet for Forsikring

21.

98241

henvendelse. Nævnet finder det på denne baggrund kritisabelt, at selskabet i brevet af 4/10 2021 ikke har oplyst om muligheden for at klage til Ankenævnet for Forsikring.

Nævnet bemærker, at det forhold, at selskabet har undladt at give fyldestgørende klagevejledning, i den foreliggende sammenhæng ikke kan bevirke en ændret vurdering af, at sagen var forældet forud for sagens indbringelse for nævnet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Peter Thønnings