

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 1. marts 2023 blev i sag nr. 98400:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 28/6 2022 til nævnet samt i vedlagte bilag har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

I 2012 var jeg ansat som ... Vi har så en [hændelse] under 10M fra mig. Jeg udvikler så PTSD grundet ulykken. Jeg anmelder det til Topdanmark i 2016 hvor jeg bliver syg og inden jeg bliver indlagt på Psykiatrisk. Jeg får en udbetaling fra den livsforsikring jeg har ved dem, hver måned. Men jeg ser så i 2021 at jeg også har en udvidet ulykkesforsikring, hvor jeg også har krav på penge. Jeg kontakter dem så og får at vide at jeg skal anmelde sagen igen, og får afslag da den falder for forældelsesfristen. Det er noget med at de har to selskaber der hedder det samme og at man lige skal være opmærksom på det når man anmelder. Men da vi anmeldte i 16 havde jeg [mit familiedlem] til at hjælpe mig fordi jeg var så syg at jeg ikke kunne noget. Jeg mener ikke det kan være rigtigt at de kan udbytte kunder på den måde.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg vil gerne opnå det, at de indser at det er en ufin måde at køre forretning på! Jeg har efter bedste evne anmeldt min sygdom hos dem, og så har de et system, der gør at de snyder en for penge når man er så syg at man ikke har lyst til at leve. Det kan godt være de har to afdelinger men det kan umuligt være mit ansvar at de sender dem rundt til hinanden når man bare udfylder et skema? Der var ingen og er stadig ingen problemer for dem at modtage mine betalinger, så det kan de sagtens finde ud af."

Selskabet har i brev af 13/7 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Vi har modtaget Ankenævnets henvendelse med klage fra forsikrede over afvisning af skade, som er anmeldt for sent i henhold til Forsikringsaftaleloven og Forældelsesloven. Forsikringen er en heltidsulykkesforsikring, som blandt andet dækker de direkte følger efter et dækningsberettiget ulykkestilfælde, hvis det varige men svarer til 5% eller derover.

Her er sagens forløb

Vi modtager en telefonisk henvendelse i juni 2021 fra forsikrede om, at han har været ude for en ulykke i august 2011, at han blev sygemeldt i november 2016, og han spørger til dækning af PTSD. Vi oplyser forsikrede, at hans krav kan være forældet, men vi aftaler med forsikrede, at han skal udfylde en skadeanmeldelse på vores hjemmeside til brug for ulykkesforsikringen. Vi modtager anmeldelsen i august 2021. Det fremgår af internetanmeldelsen, at skaden er sket i august 2012.

Vi beder forsikrede underskrive et samtykke til, at vi må indhente yderligere oplysninger fra hans læge og fra Topdanmark Livselskab. Vi beder også forsikrede oplyse os, om hændelsen fra 2012 er anmeldt til [arbejdspladsens arbejdsskadeforsikring]. Vi modtager aldrig svar på, om hændelsen er behandlet ved arbejdsskadeforsikringen.

Vi skriver til forsikredes læge og til Topdanmark Livselskab efter yderligere oplysninger. Efter modtagelse og gennemgang af oplysningerne, skriver vi til forsikrede, at hans krav er forældet.

Forsikrede kontakter os telefonisk med klage over afgørelsen. Han oplyser ved henvendelsen, at han er ved en læge i ... 19. december 2013, og at lægen her skulle have noteret, at lægen mener, det skyldes andre forhold end hændelsen fra august 2012. Der bliver derfor ikke gjort mere for ham. Den 14. december 2016 får han det nu så skidt, at han bliver indlagt i 5 dage på psykiatrisk afdeling. Vi aftaler med forsikrede, at vi ser på sagen igen sammen med vores juridiske afdeling og vender tilbage til ham.

I december 2021 skriver vi til forsikrede, at vi fastholder vores afgørelse om, at hans krav er anmeldt for sent. I februar 2022 uddyber vi afgørelsen med forklaring om forskellen på Topdanmark Forsikring og Topdanmark Liv.

Her er forsikredes klage

Forsikrede anfører i sin klage til Ankenævnet, at han har set [hændelse] i 2012, og at han så udvikler PTSD. Han anmelder sin sygdom i 2016 til Topdanmark, inden han bliver indlagt, og at han efterfølgende får udbetaling fra sin livsforsikring hver måned. Han anfører, at når han har anmeldt sin sygdom til Topdanmark, så må det gælde begge selskaber og begge forsikringer.

Der mangler dokumentation for hændelsen

Forsikringen dækker de direkte følger efter et enkeltstående konkret ulykkestilfælde. Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskaden. Der skal være årsags-sammenhæng mellem hændelsen og forsikredes gener. Det betyder, at hændelsen skal være egnet til at forårsage personskaden. Vi ser især på omfanget af hændelsen, hvor alvorlig skaden er, om der er medicinsk sammenhæng mellem uheldet og de opståede gener, og om generne overhovedet kan opstå som følge af hændelsen.

Det følger de almindelige forsikringsretslige principper, at det er den, der rejser et krav mod forsikringen, der skal bevise kravets rigtighed og størrelse.

Ankenævnet for Forsikring

3.

98400

Ved gennemgang af sagen i forbindelse med henvendelsen fra Ankenævnet skal vi gøre opmærksom på, at der ikke foreligger dokumentation for den anmeldte hændelse, som er sket for flere år siden, og at denne hændelse er årsag til hans nuværende gener.

Vi skal derfor opfordre forsikrede til at dokumentere hændelsen ved at fremlægge oplysninger om [hændelsen], herunder dokumentation for hændelsestidspunktet, hvad der skete, hvilken rolle forsikrede havde ved hændelsen, samt eventuel offentlig omtale af hændelsen. Der kan også være yderligere dokumentation for hændelsen og omfanget af forsikredes gener i akterne og afgørelsen fra arbejdsskadesagen.

Når forsikrede har dokumenteret ovennævnte, så kan vi se på den videre behandling af sagen."

Klageren fremlagde herefter en række bilag. Selskabet har hertil i brev af 31/8 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Det fremgår af bilagene, at forsikrede i sagen henviser til en ulykke fra 22. august 2011, som han har overværet. Derudover fremgår det i journalen fra 2017, at han har symptomer i 2013/2014 og igen i 2016/2017, og at der har været noget korrespondance med Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Der er dog ikke noget i de fremsendte akter, som dokumenterer, hvilken rolle forsikrede havde ved hændelsen, dokumentation for sammenhængen mellem hændelsen og hans nuværende gener, omfanget af hans gener og udfaldet af sagen ved Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Da disse oplysninger ikke foreligger, kan vi stadig ikke se på den videre behandling af sagen."

Til dette har klageren fremsendt mail af 1/9 2022, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg stod som ... indenfor 5 M af [hændelsen], mine gener i hverdagen er altoverskyggende og jeg har ikke et arbejde og har kun haft det i 1 år sammenlagt siden jeg blev syg. Den kører stadig ved AES, så der foreligger ingen afgørelse endnu"

Hertil har selskabet i brev af 13/9 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Vi mener dog stadig ikke, at vi har modtaget den fornødne dokumentation, som understøtter forsikredes oplysninger, samt øvrig dokumentation som vi nævner i vores brev til Ankenævnet af 13. juli 2022.

Vi mener derfor ikke, at vi kan tage stilling til sagen, herunder ændring af vores afgørelse om forældelse. Vi fastholder derfor på det foreliggende vores afgørelse om, at forsikredes gener ikke er dækket af forsikringen."

Ankenævnet for Forsikring

4.

98400

Herefter fremlagde klageren yderligere en række bilag. Heroverfor har selskabet i brev af 30/9 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Rapporten fra [kommissionen] har forsikrede allerede sendt en gang tidligere til Ankenævnet, og den bidrager ikke med nye oplysninger til sagen, som giver os anledning til at se på sagen igen.

Svaret fra [den forhenværende arbejdsgivers personalestyrelse] til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring tilkender blot, at [arbejdsgiveren] kender til ulykken 23. august 2011, og at [arbejdsgiveren] først får kendskab til forsikredes skade den 12. juli 2017.

Det indsendte indeholder dog stadig ikke den dokumentation, som vi tidligere har beskrevet, og vi fastholder derfor vores afgørelse på det foreliggende."

Klageren har den 14/10 2022 fremlagt en vidneforklaring. Selskabet har herefter i brev af 28/10 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget udtalelse fra en kollega til forsikrede om, at forsikrede var til stede ved ulykke.

Vi mener stadig ikke, at det giver den fornødne dokumentation, som vi tidligere har beskrevet, og vi fastholder derfor vores afgørelse på det foreliggende."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor.

Af journal fra egen læge fremgår bl.a.:

"05-10-2016: Søvnforstyrrelser

...

Har gn. et par år haft problemer med søvnen. Har ingen problemer med at falde i søvn. Men vågner op i løbet af natten badet i sved, kan af og til være ledsaget af et skrig. Enkelte gange er der tilmed ufrivillig vandladning. Han mindes at problemerne startede, da han var [ansat hos tidligere arbejdsgiver], hvor han så en [hændelse med hans kammerat]. Der skete dog ikke noget med personer [involveret i hændelsen].

...

PLAN: Konf. Med ... omkring planen. Brede bp. er bestilt og ligger under gem. Til svar og videre plan hos ut et par dage efter bp. er taget. Der skal bookes en dobbelt tid! Overvej neurolog eller psykiater (PTSD)

...

20-10-2016: Søvnforstyrrelse

...

Vi enes om at henvises til psykiatrisk amb. med OBS diagnosen PTSD."

Af epikrise fra speciallæge i psykiatri af 14/11 2016 fremgår bl.a.:

"Konklusion og plan:

[Mand i 30'erne], som ikke har haft kontakt til psykiatrien tidligere.

Ankenævnet for Forsikring

5.

98400

...

Tidligere var pt. [ansat] i perioden mellem 2008 til 2014 og 6 måneder efter [hændelsen] har pt. fået symptombilleder, som efter UT.'s bedømmelse er posttraumatisk belastningsreaktion, som har behov for behandling i lokalpsykiatrien."

Af epikrise fra psykiatrien af 26/1 2017 fremgår bl.a.:

"Resume af forløbet:

Under indlæggelse vurderes pt. udover PTSD-symptomer også med nogle depressive symptomer. Det bliver dog tydeligt under indlæggelsen, at det er pt.'s PTSD-symptomer, der er mest fremtrædende i symptombilledet. Pt. svært præget af PTSD-symptomer med hypervigilant, øget irritabilitet og let aggressionstendens, mareridt, undgåelse af minder om traumat og stærkt ubehag ved ting, der minder om traumat.

...

Under indlæggelsen er der edukeret bl.a. om angstsymptomer, da pt. har været meget plaget af disse og ikke selv har vidst, hvad der var på spil. Af samme grund er der under indlæggelsen edukeret omkring særlig angstsymptomer, men også PTSD og depression i øvrigt."

Af telefonreferat fra klagerens familiemedlems samtale med Topdanmark Livsforsikring af 7/2 2017 fremgår bl.a.:

"[Klagerens familiemedlem] ringer, da kunden selv har det så psykisk dårligt, at de hjælper ham. Han har været indlagt på ... psykiatriske afd. og går nu til behandling hos en psykiater i [by]. Man tror, der er tale om PTSD, da han var [ansat hos forhenværende arbejdsgiver], hvor en [hændelse skete], og det tog hårdt på ham.

...

Jeg sender en erklæring + lægeattest."

Af erklæring vedrørende udbetaling af erhvervsevne af 22/2 2017 modtaget i Topdanmark Livsforsikring fremgår bl.a.:

"9a. Er du sygemeldt som følge af en ulykke?

Ja

...

11. Er der stillet en diagnose?

Ja

Oplys diagnosen:

PTSD, depression og angst

12. Hvordan er din helbredstilstand nu?

...

Uændret

...

Beskriv dine symptomer: PTSD, depression og angst, mareridt og tankemylder."

Ankenævnet for Forsikring

6.

98400

Af skadeanmeldelse til ulykkesforsikring af 2/8 2021 fremgår bl.a.:

"Skade dato

23-08-2012

Skadebeskrivelse

En [hændelse skete] ned for øjnene af mig

...

Hvornår blev du undersøgt? 02-01-2016

...

Beskriv skaderne

Ptsd."

Af afgørelse fra selskabets ulykkesforsikring af 26/11 2021 fremgår bl.a.:

"Efter gennemgang af din anmeldelse og de indhentede oplysninger, må jeg desværre fortælle dig, at din skade er anmeldt for sent til forsikringen.

...

Du mener, at skaden er sket i 2016, men du kan ikke huske den præcise dato for hændelse eller hvornår diagnosen PTSD bliver stillet.

Jeg oplyser i vores telefoniske samtale af den 23. juni 2021, at dit krav muligvis kan være forældet, da du først anmelder skaden til os på dette tidspunkt.

...

Jeg modtog din anmeldelse af skaden den 2. august 2021 og den 6. august 2021 oplyser du telefonisk, at skadedatoen er 23. august 2012. Skaden er derfor ikke sket i 2016, som først oplyst.

...

Du er altså udsat for en hændelse den 23. august 2012, men vi modtager først anmeldelsen om uheldet 2. august 2021. Det betyder, at skaden er for sent anmeldt til forsikringen og dermed forældet."

Af e-mail fra selskabets ulykkesforsikringsafdeling af 22/12 2021 fremgår bl.a.:

"Vi er klar over, at du først for stillet den 'rigtige' diagnose i december 2016. Det efter denne dato vi tager udgangspunkt i, hvor du vil have frem til december 2019 at anmelde skaden.

Vi er klar at det er din forening som anmelder skaden for dig. Det er beklageligt at de ikke har været velvidende om, at der forskel når man anmelder til en livsforsikring og til en privatforsikring, da det er to forskellige selskaber. Og at de i dette tilfælde kun fik anmeldt til livsforsikring."

Af e-mail fra selskabets ulykkesforsikringsafdeling af 16/2 2022 fremgår bl.a.:

"Skaden blev meldt til vores Pension Selskab, som er et selskab for sig selv. Vi bærer sammen navn, men er to forskellige forretninger. Hverken 'de' eller 'vi' har adgang til hinandens systemer eller skader, så derfor er sagen ikke videreført til dine private forsikringer."

Ankenævnet for Forsikring

7.

98400

Af vidneerklæring fra vidne 1 af 14/10 2022 fremgår bl.a.:

"Jeg bekræfter hermed at [klageren], befandt sig ... da [hændelsen indtraf].

Jeg var selv involveret i [hændelsen]."

Af vidneerklæring fra vidne 2 af ukendt dato fremgår bl.a.:

"Jeg kan bekræfte at [klageren] var ..., da [hændelsen indtraf]. Jeg var teknisk ansvarlig, da [hændelsen indtraf]. Så 20 sek., efter vi fik melding om '... I NØD' var jeg i gang med omklædning til, det rette sikkerhedsudstyr. Og da var [klageren] i fuld brand grej."

Af vidneerklæring fra vidne 3 af 29/10 2022 fremgår bl.a.:

"Jeg kan bekræfte at [klageren] var ... da [hændelsen indtraf]."

Af rapport fra kommissionen i anledningen af hændelsen den 22/8 2011 fremgår bl.a.:

"1.2 Personskade

Ingen personskade, bortset fra [en person], der klagede over lettere muskulært ømhed medialt over venstre skulderblad."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"14 Hvilke skader dækker forsikringen?

A Direkte følger af et ulykkestilfælde

1. Forsikringen dækker direkte følger af et ulykkestilfælde. Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.
2. Forsikringen dækker derfor ikke personskade, der direkte eller indirekte er forårsaget af sygdom, sygdomsanlæg eller en lidelse. Se dog punkt 14 B5 og 14 C.
3. Der skal være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden for at opnå dækning. I vurderingen lægger vi blandt andet vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskaden.

...

15 Hvilke skader dækker forsikringen ikke?

...

H Varige mén i form af psykiske følger

Varige mén i form af psykiske følger efter hændelser, hvor forsikrede ikke selv har været direkte udsat for fare for personskade."

Nævnet har fået forelagt rapport fra kommission indeholdende et billede, hvor klageren har indtegnet sin placering på hændelsestidspunktet.

Nævnet udtaler:

Klageren, som er født i 1980'erne, anmeldte den 2/8 2021 på ulykkesforsikringen, at han den 23/8 2012 (22/8 2011) på 5 meters afstand overværede en voldsom hændelse, som har medført, at han har fået PTSD. Klageren ønsker anerkendelse af ulykkestilfældet som dækningsberettigende. Han anmeldte skaden på sin livsforsikring i Topdanmark Livsforsikring A/S i 2016. Han opdagede imidlertid først i 2021, at han også havde en ulykkesforsikring i selskabet, og han blev af selskabet bedt om at anmelde skaden igen. Han har anført, at han – efter bedste evne – anmeldte skaden til Topdanmark Livsforsikring i 2016, og at det ikke kan være hans ansvar at sørge for, at selskabets afdelinger deler oplysningerne mellem hinanden.

Selskabet har afvist dækning med henvisning til i første række, at klagerens krav er forældet og i anden række, at hændelsen er utilstrækkeligt dokumenteret. Selskabet har anført, at klageren ikke har dokumenteret, at den anmeldte hændelse er årsag til hans nuværende gener. Selskabet har i indlæg til nævnet derfor opfordret klageren til yderligere at dokumentere hændelsen ved at fremlægge oplysninger om hændelsen, herunder "hændelsestidspunkt, hvad der skete, hvilken rolle han havde ved hændelsen samt eventuel offentlig omtale af hændelsen", hvorefter selskabet vil se på den videre behandling af sagen.

Af epikrise fra speciallæge i psykiatri af 14/11 2016 fremgår det, at "Aktionsdiagnose DF431 Posttraumatisk belastningsreaktion ... Tidligere var pt. [ansat] i perioden mellem 2008 til 2014 og 6 måneder efter [hændelsen] har pt. fået symptombilleder, som efter UT.'s bedømmelse er posttraumatisk belastningsreaktion, som har behov for behandling i lokalpsykiatrien".

Af epikrise fra psykolog på arbejdsmedicinsk ambulatorium af 21/6 2017 fremgår det, at "Diagnose: Det vurderes, at patienten opfylder kriterier for PTSD og moderat depression. ... Symptomer udvikledes gradvist. Patienten er noget usikker på, hvornår de første symptomer opstod. Der var en del symptomer cirka 2013/2014 ... Det vurderes, at de oplevede arbejdsmæssige

Ankenævnet for Forsikring

9.

98400

belastninger i [ansættelse] ([hændelse] i 2011/2012) har forårsaget udvikling af moderat depression og PTSD. Der vurderes ikke at være væsentlige konkurrerende faktorer".

Af e-mail fra selskabets ulykkesforsikringsafdeling af 16/2 2022 fremgår det, at "Skaden blev meldt til vores Pension Selskab, som er et selskab for sig selv. Vi bærer sammen navn, men er to forskellige forretninger. Hverken 'de' eller 'vi' har adgang til hinandens systemer eller skader, så derfor er sagen ikke videreført til dine private forsikringer".

Af forsikringsbetingelsernes punkt 14 fremgår det, at forsikringen dækker direkte følger af ulykkestilfælde, og at der skal være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden for at opnå dækning. Af forsikringsbetingelserne punkt 15 H fremgår det, at forsikringen ikke dækker varige mén i form af psykiske følger efter hændelser, hvor forsikrede ikke selv har været direkte udsat for fare for personskade.

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 forsikringen. Det er som udgangspunkt det tidspunkt, hvor skaden har vist sig på en sådan måde, at klageren har haft rimelig anledning til at anmelde kravet til selskabet.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at den 3-årige forældelsesfrist ikke kan regnes fra et senere tidspunkt end 2016, hvor klageren blev udredt for PTSD m.m. som følge af oplevede belastninger i arbejdet. Klagerens krav var derfor forældet forud for anmeldelsen til selskabet den 2/8 2021, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1 og forældelseslovens § 2 og § 3.

Spørgsmålet er herefter, om det kan føre til andet resultat, at klageren foretog anmeldelse i 2016 til Topdanmark Livsforsikring A/S.

Nævnet lægger til grund, at Topdanmark Livsforsikring A/S ikke har været berettiget til at videregive oplysninger om klageren til Topdanmarks skadeforsikringsselskab, hvor ulykkesforsikrin-

Ankenævnet for Forsikring

10.

98400

gen er tegnet, da der er tale om to adskilte selskaber. Skadesforsikringsselskabet har herudover oplyst i mail 16/2 2022, at selskaberne ikke har adgang til hinandens systemer.

Nævnet finder på denne baggrund, at klagerens anmeldelse i 2016 til Topdanmark Livsforsikring ikke kan sidestilles med en anmeldelse af hændelsen til ulykkesforsikringen.

Nævnet har blandt andet henset til, at klageren er nærmest til at kende sine forsikringsforhold, og at det som udgangspunkt ikke er et forsikringsselskabs forpligtelse at foretage undersøgelser på klagerens vegne i forhold til, hvilke andre forsikringer han eventuelt måtte være omfattet af på skadestidspunktet. Der er ikke forhold, som kan føre til en anden vurdering af dette i den foreliggende sag.

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.



Peter Thønnings