

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 1. november 2023 blev i sag nr. 99018:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Lloyd's v/Crawford & Company Denmark
Vester Farimagsgade 6, 5.
1606 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 25/11 2022 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"Det drejer sig om dækning for en knæskade under ulykkesforsikring, hvor forsikringsselskabet har afvist med henvisning til en klausul om, at anmeldelsen skulle være sket indenfor 6 måneder af et meget kortvarigt ophør af forsikringsdækningen.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Dækning for personskade af 03.12.2018"

Klagerens advokat har i brev af 25/11 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Som advokat for [klageren] skal jeg herved klage til Ankenævnet for Forsikring over Crawford's afvisning af, at klagers personskade i anledning af ulykken den 3. december 2018 er omfattet af forsikringsdækningen, hvorved klagers erstatningskrav som følge heraf skal dækkes.

Det fremgik af Crawford's afgørelse af 1. september 2022, jf. **bilag 1**, at klagers krav er fremsat for sent i forhold til ophør af forsikringen pr. 4. april 2019, hvorfor forsikringen betragter kravet som forældet.

Idet klager ikke er enig i afgørelsen, er nærværende klage nødvendiggjort.

Forsikringsbetingelser, jf. bilag 2

Den relevante bestemmelse for nærværende sag er forsikringsbetingelsernes § 8.6:
'Forældelse indtræder tre år fra det tidspunkt skadelidte kan forlange erstatningen udbetalt.'

Hvis forsikringsdækningen i henhold til disse forsikringsbetingelser bortfalder, skal eventuelle krav om udbetaling af dækning ved ulykkestilfælde, der er indtrådt før forsikredes udtræden, og som måtte antages at ville medføre betalingspligt for selskabet, anmeldes inden 6 måneder efter forsikringens bortfald'.

Sagsfremstilling

Klager tegnede forsikring hos Crawford pr. 1. januar 2014.

Den 3. december 2018 var klager ude for en ulykke, hvorved klager pådrog sig en knæskade.

I starten af 2019 skiftede Crawford fra giro-betaling til elektronisk betaling. I den forbindelse missede klager betaling af præmie, hvorved forsikringen ophørte pr. 4. april 2019.

Klager fik dog hurtigt rettet op på fejlen, hvorfor forsikringen blev indtegnet igen med ny police pr. 18. april 2019. Den nye police var dog identisk med den tidligere police.

Klager rettede herefter sit krav i anledning af knæskaden over for Crawford den 28. maj 2020, jf. **bilag 3**.

Crawford afviste den 3. juli 2020 at dække klagers skade med henvisning til, at grundet ophør af forsikringen pr. 4. april 2019, skulle krav for klagers personskaade rettes mod selskabet senest den 4. oktober 2019 og derfor var fremkommet for sent, jf. **bilag 4**.

Klager kontaktede herefter undertegnede, som den 27. juni 2022 redegjorde for, at klagers skade skulle være dækket af forsikringen, jf. **bilag 5**.

Imidlertid fastholdt Crawford den 1. september 2022, at klager ikke opfyldte betingelserne for dækning med henvisning til betingelsernes § 8.6, jf. **bilag 1**.

Anbringender

Ved betaling af præmien pr. 1. april 2019 overgik Crawford selv fra at sende opkrævningen pr. post (giro) til at sende i e-boks. Dette var således en fravigelse af selskabets tidligere praksis, som medførte, at klager overså opkrævningen og først fik den betalt senere pr. 18. april 2019.

I ovenstående forbindelse blev klager vejledt af administrationschef ... ved Crawford til, at forsikringen ville blive genåbnet og at der alene var tale om en teknisk ting. Klager fik således intet at vide om, at genaktiveringen reelt var et helt nyt forsikringsforhold og hvilke konsekvenser dette kunne indebære for eventuelle ulykkestilfælde.

Det gøres i forlængelse af ovenstående gældende, at forsikringen ikke reelt ophørte pr. 4. april 2019, men blev videreført efter betalingen. Det skyldtes alene en teknikalitet, at Crawford var tvunget til at oprette en ny police for at videreføre forsikringen.

Crawford oplyser også selv at være af den opfattelse, at forsikringen er kørt videre uden at ophøre, idet selskabets kunderådgiver den 19. maj 2022 i forbindelse med ny police skrev til klager, at *'Forsikringen er lavet helt tilbage i 2010, så hvis der i mellemtiden er skiftet bank, har jeg brug for de nye kontooplysninger.'* [min understregning], jf. **bilag 6**.

For så vidt angik Højesterets dom af 3/9 1993 ('Svampedommen'), som Crawford henviser til i forhold til, at klausulen om bortfald af forsikringsdækning ved ophør gælder, gøres det gældende, at denne dom ikke er sammenlignelig med nærværende sag.

I dommen var der tale om en forsikringsaftale, som helt ophørte mellem parterne. Dette skal ses i modsætning til nærværende sag, hvor aftaleforholdet blev videreført mellem de samme parter og på nøjagtig de samme betingelser som tidligere. I nærværende sag var der således alene tale om en teknikalitet vedrørende betaling, som klager hurtigt fik rettet op på og videreført aftalen.

På baggrund af ovenstående bestrides det, at forsikringen reelt er ophørt, hvilket er betingelsen for, at forsikringsbetingelsernes § 8.6, 2. afsnit aktiveres.

I alle tilfælde gøres det gældende, at såfremt Crawford faktisk betragtede forsikringen som ophørt, havde selskabet en forpligtelse som koncipist af den nye forsikringsaftale til at gøre det klart over for klager, at eventuelle skader sket forud for 4. april 2019 skulle anmeldes inden 6 måneder uagtet, at forsikringsaftalen reelt var videreført. Denne forpligtelse kan ikke anses for overholdt blot ved at nævne, at forsikringen er ophørt, når aftaleforholdet i øvrigt fortsætter på uændrede vilkår.

Ovenstående forpligtelse skal holdes sammen med, at klager ved videreførelse af aftaleforholdet på uændrede vilkår samt oplysning om, at den nye police alene skyldtes en teknikalitet, har fået en berettiget forventning om, at forsikringen reelt kører videre. Klager havde derfor ikke grund til at undersøge anmeldelsesfristen i forsikringsbetingelsernes § 8.6, 2. afsnit.

Det fremhæves i den forbindelse, at forsikringsbetingelsernes § 8.6, 2. afsnit er en klausul, som meget væsentligt forringer klagers retsstilling sammenlignet med de almindelige regler i forældelseslovens § 3, stk. 1. Dette er særligt rammende ved personskadesager, hvor man sjældent kender skadens omfang før minimum 1 år efter ulykkestidspunktet. Så meget desto mere fordrer klausulen en pligt for Crawford til tydeligt at vejlede om 6 måneders fristen, når forsikringsaftalen reelt videreføres blot med en ny police.

Det gøres dermed principalt gældende, at aftaleforholdet ikke reelt er ophørt, hvorfor klager fortsat havde adgang til at anmelde skaden efter 4. oktober 2019, dog indenfor 3 år, jf. forældelseslovens § 3, stk. 1 og forsikringsbetingelsernes § 8.6, 1. afsnit.

Subsidiært gøres det gældende, at Crawford har tilsidesat sin vejledningspligt vedrørende ophør af forsikringspolice og betingelsernes § 8.6, 2. afsnit i en sådan grad, at betingelserne skal forstås på den mest gunstige måde for klager, hvorved forsikringsdækningen ikke kan anses for bortfaldet i henhold til ordlyden af betingelsernes § 8.6, 2. afsnit, når den netop er videreført på identiske betingelser.

Det gøres dermed gældende, at klager har anmeldt skaden inden for forsikringsdækningens periode og inden evt. forældelse, hvorfor Crawford skal dække klagers krav på erstatning."

Selskabet har i brev af 20/1 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Skadelidte var på skadestidspunktet den 3. december 2018 omfattet af en heltidsulykkesforsikring tegnet via DFA Forsikring.

Forsikringssummen udgør 2.000.000 kr. ved fuldstændig invaliditet. Kopi af police og forsikringsbetingelserne vedlægges (bilag A).

Forsikringen berettiger til erstatning for følgerne efter et ulykkestilfælde ved fastsatte mengrader på 5 % eller derover.

Jævnfør forsikringsbetingelsernes punkt 8.6 - afsnit 2 skal eventuelle krav om udbetaling af dækning

ved ulykkestilfælde, der er indtrådt før forsikredes udtræden og som måtte antages, at ville medføre betalingspligt for Selskabet, anmeldes inden 6 måneder efter forsikringens bortfald.

Hvori består uenigheden

Skadelidte klager over, at Crawford Danmark på vegne af Premia Re/DFA Forsikring har afvist den anmeldte skade, da kravet er forældet.

Crawford Danmark fastholder på vegne af Premia Re/DFA Forsikring, at kravet er forældet, jævnfør forsikringsbetingelsernes punkt 8.6 - afsnit 2, idet forsikringen ophørte 4. april 2019 på grund af manglende præmiebetaling.

Da skaden først er anmeldt til os maj 2020 – er der gået mere end 6 måneder fra forsikringen ophørte og kravet er derfor forældet. Kravet skulle være rejst senest 4. oktober 2019 – dvs. senest 6 måneder efter forsikringens ophør.

Hvad er der sket

Crawford Danmark modtager den 28. maj 2020 skadelidtes anmeldelse vedrørende et uheld sket den 3. december 2018. Anmeldelsen oversendes fra DFA Forsikring med oplysning om, at forsikringen er ophørt 4. april 2019 på grund af præmierestance. DFA Forsikring oplyser i den forbindelse, at skadelidte har indtegnet en ny police pr. 18. april 2019. Men den anmeldte skade vedrører den police, der er ophørt 4. april 2019, da uheldet er sket i forsikringsperioden før 4. april 2019 (bilag B).

På baggrund af sagens oplysninger og de gældende forsikringsbetingelser afvises skaden, da kravet er forældet. Dette meddeles i brev til skadelidte den 3. juli 2020 – brevet er sendt via mail til skadelidte (bilag C).

I brevet redegør vi for omstændighederne i sagen, idet kravet, jævnfør forsikringsbetingelserne, burde være rejst senest 6 måneder fra forsikringens ophør den 4. april 2019 – dvs. kravet senest skulle være rejst 4. oktober 2019. Endvidere redegør vi for hjemmel for denne afgørelse og henviser i den forbindelse til Højesterets dom af 3/9 1993 (Svampedommen), hvori det fastslås, at der ved ophør af forsikringsaftale kan aftales en frist for krav på forsikringsydelse, hvilket svarer til de gældende forsikringsbetingelser for denne forsikring (punkt 8.6 i betingelserne).

Samme dag, den 3. juli 2020 kontakter skadelidte os telefonisk i forhold, at policen er ophørt og i den forbindelse henviser jeg skadelidte til DFA Forsikring. Endvidere modtager vi kopi af skadelidtes mails til DFA Forsikring (bilag D).

Ankenævnet for Forsikring

5.

99018

Derefter hører vi ikke yderligere i sagen og sagen afsluttes hos os i august 2020.

Herefter hører vi intet i sagen før 10. maj 2022 – dvs. næsten 2 år efter den sidste kontakt med skadelidte. Vi modtager nu mail fra Advokat ... (herefter anført som advokat), hvor advokaten ønsker aktindsigt i sagen.

Sagens akter sendes med krypterede filer via mail til advokaten den 23. maj 2022 – med oplysning om, at DFA Forsikring har oplyst, at forsikringen har været i kraft fra 1/1 2014 til 4/4 2019, hvor den er slettet pga. restance. Herefter er der indtegnet en ny police pr 18/4 2019 (bilag E).

Den 27. juni 2022 modtager vi brev via mail fra advokaten (bilag F). Af brevet fremgår, at advokaten og skadelidte ikke er enig i vores afgørelse og det fremgår af brevet, at skadelidte til advokaten har oplyst, at der ved indbetaling af præmien pr. 1. april 2019 skete en ændring i betalingsproceduren og præmieindbetalingskortet fremadrettet ville blive sendt til skadelidtes E-boks. Omstændighederne omkring dette vender vi tilbage til senere i vores besvarelse.

I forbindelse med revurdering af sagen kontakter vi DFA Forsikring for yderligere oplysninger og får i den forbindelse, fremsendt kopi af DFA Forsikrings mailkorrespondance med skadelidte (bilag G). Af denne korrespondance fremgår, at skadelidte den 14. juli 2021 får oplyst af DFA Forsikring, at policen ... er ophørt den 4. april 2019 på grund af restance – denne police vedrører den anmeldte skade. DFA Forsikring oplyser endvidere, at der er indtegnet en ny police pr. 18. april 2019. Der er således tale om en nytegnet forsikring og IKKE en genoptagelse af den tidligere forsikring, der ophørt pr. 4. april 2019. Der er tale om to helt uafhængige policer.

For yderligere dokumentation beder vi DFA Forsikring om at sende kopi af den korrespondance, der er sendt til skadelidte i forbindelse med ophør af den tidligere police og nytegningen af den nye police (bilag H). Af de fremsendte oplysninger fra DFA Forsikring fremgår, at skadelidte i mail af 17. april 2019 bliver gjort opmærksom på, at der kan tegnes en ny police, da den ophørte police ikke kan genoptages. Skadelidte har derfor hele tiden været bekendt med, at der er tale om 2 forskellige policer.

Den 1. september 2022 fastholder vi vores tidligere afgørelse i brev til advokaten (bilag I). Vi har i vores afgørelse lagt vægt på, at skadelidte er bekendt med at den tidligere police er ophørt og **ikke** kan genoptages. Forsikringen er indtegnet som en nytegning med i kraft 18. april 2019, idet skadelidte er blevet informeret om dette i mail fra DFA Forsikring den 17. april 2019.

Herefter hører vi intet i sagen før vi modtager Ankenævnet for Forsikrings den 6. december 2022.

I forbindelse med denne besvarelse til Ankenævnet har jeg telefonisk kontakte DFA Forsikring og fået følgende oplysninger.

Det er præmieindbetalingen pr. 1/3 2019 – 31/3 2019, der ikke er betalt – Denne opkrævning er sendt til skadelidte via mail (bilag J). Dette kan dokumenteres via vedlagte (bilag J), der er print af betalinger for den ophørte policies indbetalinger. Det fremgår endvidere af printet, at opkrævnningen er sendt til følgende mailadresse - ... hvilket svarer til den mailadresse, som vi har registreret i sagen.

Der fremsendes efterfølgende rykker 1 og rykker 2 (bilag K). Dette fører dog ikke til indbetaling af præmien og i rykker 2 meddeles det skadelidte, at forsikringen nu er ophørt fra 4. april 2019.

Samtidig oplyser DFA Forsikring, at der foreligger et notat, som er registreret i forbindelse med telefonisk kontakt fra skadelidte – notatet er fra 17. april 2019. 'Kunden har henvendt sig pr. mail, da han kan se, at han på E-boks har modtaget noget på sin forsikring. Jeg har ringet ham op og forklaret, at vi har sendt rykkere til hans E-boks og hans uf. er udgået pga. manglende betaling. Han vil gerne have den igen, men vil ikke betale rykkergebyrer og vil opfordre til at vi ikke sender til E-boks, for den åbner han max. 1 gang i måneden og han har ikke tænkt sig at gøre det oftere. Han vil ikke have policen tilmeldt PBS, da han vil betale alle regninger manuelt, så han er sikker på, at der ikke er fejl i dem' (bilag L).

Sammenholdt med disse oplysninger fra DFA Forsikring er situationen derfor den, at skadelidte modtager opkrævningen for perioden 1. marts – 31. marts 2019 via mail. Da præmien ikke bliver indbetalt, fremsendes yderligere 2 rykkere og i sidste rykker gøres skadelidte opmærksom på, at forsikringen er ophørt 4. april 2019.

Begrundelse for at fastholde afgørelsen

Jævnfør forsikringsbetingelsernes punkt 8.6 - afsnit 2 skal eventuelle krav om udbetaling af dækning ved ulykkestilfælde, der er indtrådt før forsikredes udtræden og som måtte antages, at ville medføre betalingspligt for Selskabet, anmeldes inden 6 måneder efter forsikringens bortfald.

Siden Højesterets dom af 3/9 1993 ('svampedommen') har der ikke været tvivl om, at der ved ophør af forsikringsaftalen kan aftales en frist for krav på forsikringsydelse, hvilket svarer til de gældende forsikringsbetingelser for denne forsikring.

Samtidig henviser vi ligeledes til AK 75997, hvor kravet kan afvises, da kravet er rejst mere end 6 måneder efter forsikringens ophør.

Forsikringen der var i kraft på skadetidspunktet, ophører den 4. april 2019 og en ny forsikring indtegnes med ikrafttrædelse 18. april 2019. I forbindelse med den manglende præmieindbetaling gør vi opmærksom på, at der er tale om opkrævningen 1. marts - 31. marts 2019.

Da skadelidte først anmelder skaden på den ophørte forsikring i maj 2020 er der gået mere end 6 måneder fra forsikringen ophørte pga. manglende præmieindbetaling og kravet er derfor forældet.

Skaden skulle være anmeldt senest 4. oktober 2019, såfremt kravet skulle være rettidigt anmeldt.

Det er normal procedure hos DFA Forsikring, at en forsikring, der er ophørt pga. manglende præmieindbetaling, ikke kan genoptages – der vil altid i et sådan tilfælde blive indtegnet en ny police med et nyt policenummer.

Dette bliver skadelidte endvidere informeret om i mail fra DFA Forsikring den 17. april 2020 (bilag H)

I forhold til omstændighederne omkring fremsendelse af opkrævning for præmieindbetaling for perioden 1. marts -31. marts 2019 – fremgår det af dokumentationen fra DFA Forsikring, at den

månedlige opkrævning er sendt til skadelidte via skadelidtes mailadresse, hvorfor der ikke er sket nogen ændring i forhold til tidligere fremsendte opkrævninger. Det er derfor ikke korrekt, at opkrævningen er sendt til E-boks, som anført af advokaten.

I den forbindelse må vi påpege, at skadelidte selv har ansvaret for at den månedlige præmie bliver indbetalt rettidigt og specielt i en situation, hvor skadelidte selv fravælger de elektroniske og mere sikre løsninger. I en sådan situation, hvor de mere sikre løsninger aktivt fravælges, bør skadelidte være ekstra opmærksom på, at han modtager den månedlige opkrævning. Samtidig kan vi henvende opmærksomheden på, at der er mulighed for en årlig præmieindbetaling, men skadelidte valgte den månedlige præmieindbetaling.

Konklusion

Crawford Danmark fastholder på vegne af Premia Re/DFA Forsikring, at kravet er forældet jævnfør forsikringsbetingelsernes punkt 8.6, da der er gået mere end 6 måneder fra forsikringen ophørte og til skadelidte anmeldte kravet til os."

Til dette har klagerens advokat fremsendt brev af 27/2 2023, hvori det bl.a. er anført:

"Selskabet fastholder, at klagers krav i anledning af ulykken den 3. december 2018 er forældet som følge af forsikringsbetingelsernes § 8.6 om anmeldelsesfristen på 6 måneder efter forsikringens bortfald.

Dette er klager fortsat uenig i, idet der henvises til det tidligere og nedenfor anførte.

Det ses ikke at have betydning for vurderingen af sagens tvist, at klager på daværende tidspunkt betalte præmie månedligt. Selskabet vælger selv, at de tilbyder præmiebetaling både månedligt og årligt, hvorfor det er forsikringstagers ret at vælge mellem de muligheder uden, at dette skulle være forbundet med vidtgående egen skyld. Det er ej heller nogen tvist i sagen, at forsikringspræmien ikke faktisk blev betalt til tiden og at forsikringsdækningen midlertidigt trådte ud af kraft pr. 4. april 2019.

Twisten og dermed også kernen i sagen ligger derimod i det efterfølgende forløb med videreførelse af forsikringen.

Pligt til at handle redeligt og loyalt

Forsikringsselskabet har pligt til at handle redeligt og loyalt over for forsikringstagerne. Dette kan i visse tilfælde medføre en vejledningspligt om forhold, som ellers ville medføre, at forsikringstager ville miste en eventuel dækning af forsikringen.

Der henvises til AK98340 af 4. januar 2023. I den sag handlede det konkret om en forsikring med dækning for kritisk sygdom, hvor sygdommen var anmeldt forud for forsikringens ophør, men ikke var blevet behandlingskrævende da. Ankenævnet fandt, at selskabet skulle tilbyde klageren en fortsættelsesforsikring med dækning for kritisk sygdom efter det tidspunkt, hvor dækningen ellers var ophørt.

Ligesom i denne sag, var der tale om et sundhedsmæssigt forhold/ulykke, der var sket i forsikringstiden, men som ikke var blevet behandlingskrævende eller havde medført varige følger.

Det var endvidere afgørende i ovennævnte sag, at selskabets formulering af foreløbigt afslag på dækning for kritisk sygdom var egnet til at få forsikringstager til at tro, at vedkommende også i fremtiden var dækket af forsikringen, hvis forholdet skulle udvikle sig til at blive behandlingskrævende. Selskabet burde i den forbindelse have tilbudt forsikringstageren en fortsættelsesforsikring med dækning for kritisk sygdom som følge af redelig og loyal handlemåde, jf. bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 4.

I nærværende sag er der tale om en lignende konflikt, idet selskabets vejledning om genaktivering af klagers forsikring var egnet til at få klager til at tro, at dækningen blev videreført uden ophold og at han således fortsat havde adgang til at anmelde skader uden hensyntagen til 6-måneders reglen i betingelsernes § 8.6.

Hertil fremhæves det særligt, at det kun var en meget kort periode på ca. 2 uger, forsikringen var trådt ud af kraft, at selskabet ikke i sin ophørsskrivelse havde vejledt om 6-måneders fristen, jf. bilag K, og at 6-måneders reglen er en meget indgribende klausul sammenlignet med de normale forældelsesregler på 3 år, herunder ydermere idet varige følger efter ulykken typisk først kan konstateres efter 1 år.

I ovenstående sammenhæng, ville det alene være i overensstemmelse med loyal og redelig handlemåde, at selskabet specifikt vejledte klager om, at 6-måneders reglen fortsat gjaldt for forhold opstået forud for 4. april 2019, idet klager ellers var efterladt i den tro, at han fortsat var dækket af forsikringen inden for de almindelige forældelsesregler.

Følgelig gøres det gældende, at selskabet skal tilbyde dækning af ulykken den 3. december 2018 uanset 6-måneders reglen.

For så vidt angik Højesterets dom af 3/9 1993 og AK 75997 anføres det, at der i begge tilfælde var tale om forsikringer, som endeligt ophørte og hvor forsikringstageren herefter ikke havde noget aftaleforhold med det konkrete forsikringsselskab. Der var således ikke noget i de sager, der gav de konkrete forsikringstagere en forventning om, at de fortsat var dækket af forsikringen. Sagerne er dermed ikke sammenlignelige med nærværende sag.

Det bemærkes dog, at det er uden betydning, at selskabet har som normal procedure ikke at genoptage forsikringer, idet det afgørende er, at selskabet vejleder sine kunder redeligt og loyalt om betydningen af denne procedure i forhold til eventuelle skader opstået under den tidligere forsikringsperiode. Dette gælder i særdeleshed, når forsikringstageren fortsætter med at have den samme forsikring uanset, at selskabet anser den for genindtegnet, og det ses ikke at være af betydning for denne pligt, om selskabet er gjort opmærksom på en konkret skade forud for forsikringsophør."

Klagerens advokat har yderligere fremsendt brev af 27/3 2023 til nævnet, hvori det bl.a. er anført:

"De i bilag 2 og A fremlagte forsikringsbetingelser er fra 2015, hvilket således er væsentlig senere end klagers forsikring oprindeligt trådte i kraft.

Klager oplyser imidlertid, at han aldrig har fået forsikringsbetingelserne tilsendt, idet undertegnede alene har fået dem fra selskabet i forbindelse med sagens tvist, og ej heller er blevet gjort opmærksom på indførelsen af 6-måneders reglen.

Det anføres i den forbindelse, at selskabet skal handle loyalt og redeligt. Dette indebærer, at væsentlige ændringer i forsikringsbetingelserne til ugunst for forsikringstageren skal fremhæves særskilt over for denne. I nærværende sag er dette ikke sket, idet klager ikke engang har haft betingelserne med 6-måneders reglen til rådighed – men alene var i besiddelse af de tidligere betingelser, hvor reglen ikke forekom, jf. **bilag 7**.

Herudover bemærkes det, at selskabet som følge af loyal og redelig handlemåde skulle have vejledt klager om virkningen af 6-måneders reglen i forbindelse med, at der ifølge selskabets egen opfattelse blev tegnet en ny forsikring i april 2019.

Det tidligere anførte fastholdes dermed i forhold til, at selskabet skal tilbyde dækning af ulykken den 3. december 2018 uanset 6-måneders reglen."

Hertil har selskabet i brev af 20/4 2023 til nævnet bl.a. anført:

"De fremsendte forsikringsbetingelser fra [selskab 1] har på ingen måde relation til denne sag og bør ikke være en del af sagsakterne, da der tilsyneladende er sket en sammenblanding af flere forskellige ulykkesforsikringer fra skadelidtes side.

Vi vedlægger for god ordens skyld de, for vores forsikring, gældende forsikringsbetingelser. I forbindelse med advokatens brev af 27. marts 2023, kan vi oplyse, at vi har haft kontakt til DFA-Forsikring og vi har fået oplyst følgende: Forsikringen er tegnet den 1. marts 2010 og i forbindelse med en ændring af forsikringen er der udstedt en ny police med ikrafttrædelse 1. januar 2014. Af den nye police fremgår, hvilke forsikringsbetingelser, der er gældende for policen ..., der på dette tidspunkt var de nye gældende forsikringsbetingelser for ulykkesforsikringerne i DFA-Forsikring.

DFA-Forsikring oplyser, at den normale procedure på dette tidspunkt var, at police og gældende forsikringsbetingelser blev fremsendt i et fysisk brev til skadelidte. Vi er derfor uforstående overfor, at skadelidte ikke skulle have modtaget de gældende forsikringsbetingelser – da både police og forsikringsbetingelser fremsendes samtidig.

Vi kan oplyse, at vi ud fra ovenstående fastholder vores tidligere afgørelse af sagen og henviser i den forbindelse til vores besvarelse af 20. januar 2023."

Heroverfor har klagerens advokat i brev af 2/6 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Idet alt det tidligere anførte fastholdes, skal jeg hermed fremkomme med supplerende bemærkninger i forlængelse af selskabets seneste partsindlæg. Det fremhæves, at min klient igennem hele forløbet har haft sine forsikringer tegnet i DFA (Care4Life), men at der igennem årene har sket udskiftning i det bagvedliggende selskab, jf. **bilag 8**.

Ankenævnet for Forsikring

10.

99018

Min klient tegnede policenr. ... tilbage i 2007, hvor [selskab 1] var det bagvedliggende selskab. I den forbindelse fik han tilsendt betingelserne i bilag 7, som således har relation til denne sag i den sammenhæng, hvori de er indbragt – altså for at understrege, at min klient ikke har modtaget forsikringsbetingelserne for de efterfølgende policer/forsikringsselskaber.

I øvrigt oplyses det, at min klients forsikring pr. 1. marts 2010 blev ændret til ... med bagvedliggende forsikringsselskab hos [selskab 2].

Efterfølgende blev forsikringen pr. 1. januar 2014 ændret igen til ..., hvor det bagvedliggende forsikringsselskab var [selskab 3].

Der har således hele forløbet igennem været tale om samme forsikring ved DFA, som blot har ændret policenr. i forbindelse med tilretning af forsikringssum/ præmiestigning og ændring af bagvedliggende forsikringsselskab.

Klager fastholder dermed, at han ikke har fået tilsendt forsikringsbetingelserne efter de oprindelige ved [selskab 1], hvilket selskabet ej heller har dokumenteret, hvorfor han var ubekendt med 6 måneders reglen.

I alle tilfælde fastholdes det dog, at selskabet ikke har handlet loyalt og redeligt, idet de ikke gjorde klager opmærksom på 6-måneders reglen, som netop var særligt indgribende og relevant i det tilfælde, hvor selskabet mente at tegne ny forsikring."

Selskabet har herefter i brev af 27/6 2023 til nævnet bl.a. anført:

"De fremsendte bilag er blevet gennemgået og vi fastholder, at denne sag skal vurderes ud fra forsikringsbetingelserne U01-2015, som tidligere er fremsendt.

Vi har på ny kontaktet DFA Forsikring og på ny fået oplyst, at den normale procedure i 2014 var, at police og gældende forsikringsbetingelser blev fremsendt i et fysisk brev til skadelidte. Vi er derfor uforstående overfor, at skadelidte ikke skulle have modtaget de gældende forsikringsbetingelser – da både police og forsikringsbetingelser fremsendes samtidig.

Vi kan oplyse, at vi ud fra ovenstående fastholder vores tidligere afgørelse af sagen og henviser i den forbindelse til vores besvarelser af 20. januar og 20. april 2023. De fremsendte bilag ændrer ikke på vores tidligere afgørelse i sagen."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af selskabets brev af 15/3 2019 til klageren fremgår bl.a.:

"Betalingspåmindelse.
Har du glemt at betale?

Vi har tidligere sendt opkrævning på din forsikringspræmie. Da vi ikke kan se at have modtaget beløbet, sender vi denne påmindelse, som er pålagt et rykkergebyr. Vi beder dig indbetale det skyldige beløb snarest og inden 10 dage fra dags dato.

Ankenævnet for Forsikring

11.

99018

Betales præmien ikke, vil forsikringsaftalen og dækning på dine forsikringer ophøre."

Af selskabets brev af 25/3 2019 til klageren fremgår bl.a.:

"Forsikringsophør.

Med henvisning til tidligere fremsendt betalingspåmindelse har vi konstateret at vi endnu ikke har registreret din indbetaling af nedenstående faktura. Som følge heraf ophører forsikringsdækningen hvis indbetalingen ikke er registreret senest pr.04-04-2019

Vi vil foretage os følgende:

- Afgangsføre alle ikke indbetalte forsikringer
- Har du motorkøretøj(er) hos os, afmelder vi den/de hos SKAT
- Forsikringsophøret af motorkøretøj(er) hos os bliver oplyst til DFIM, der kan pålægge dig et gebyr for manglende ansvarsforsikring på kr. 250,00 pr. dag, dit motordrevne køretøj er uforsikret. DFIM har udpantningsret for gebyret. Du kan ikke tegne forsikring på et motordrevet køretøj, før gebyret er betalt til DFIM. Du kan se mere på www.dfim.dk.
- Har vi noteret pant i dit/dine motorkøretøj(er), meddeler vi panthaver om ophør af forsikringsdækning.
- Har du hus hos os, ændrer vi forsikringen til kun at omfatte bygningsbrand og betaling ændres til helårligt.
- Du vil samtidig blive pålagt at skulle betale omkostninger i forbindelse med en eventuel inkassosag eller udpankning."

Af selskabets mail af 17/4 2019 til klageren fremgår bl.a.:

"Jeg kan tilbyde dig følgende:

- vi sletter rykkergebyr på 200,- kr.
- du indbetaler difference på 38,00 kr. (Netbank overførsel – reg.nr. ... / konto nr. ...) – i besked til beløbsmodtager noterer du dit kundenr.: ...
- vi kan ikke genoptage en ophørt forsikring, men kan tilbyde dig nyttegning – sum 2.000.000 inv./100.000 død – månedlig præmie 270,13 / årlig præmie 3242,- kr.
- nyttegning sker når betaling er registreret.
- da du ikke er oprettet via PBS, oprettes forsikringen med 1/1-årlig betaling (hovedforfald bliver 01.05.)
- e-boks til fremtidig korrespondance bibeholdes"

Af et varslingsbrev af 27/11 2022 fra selskabet til klageren fremgår bl.a.:

"Nye vilkår

Jf. forsikringsbetingelsernes punkt om varighed og fornyelse, varsler vi hermed ny præmie og nye vilkår . Det betyder at du pr. hovedforfald d.1. januar 2013 overgår til nye vilkår U01-2012. Der-

Ankenævnet for Forsikring

12.

99018

udover reguleres den årlige præmie jf. nedenstående skema. Præmierne er eksklusiv indeks på 2.9%:

...

Vilkårene finder du på vores hjemmeside, www.dfaforsikring.dk, under betingelser. Har du ikke adgang til internet er du velkommen til at ringe til os og rekvirere betingelserne."

Af policen fremgår bl.a.:

"Hovedforfald	01-01
Betaling	Månedlig
Ikraft	01-01-2014
...	
Policenummer	...
Betingelser	U01-2015"

Af forsikringsbetingelserne U01-2015 fremgår bl.a.:

"8.6 Forældelse indtræder tre år fra det tidspunkt skadelidte kan forlange erstatningen udbetalt.

Hvis forsikringsdækningen i henhold til disse forsikringsbetingelser bortfalder, skal eventuelle krav om udbetaling af dækning ved ulykkestilfælde, der er indtrådt før forsikredes udtræden, og som måtte antages at ville medføre betalingspligt for Selskabet, anmeldes inden 6 måneder efter forsikringens bortfald.

10. Præmie og forsikringsafgift

10.1 Første præmie forfalder til betaling ved forsikringens ikrafttræden og efterfølgende præmier til de på policen anførte betalingsintervaller.

10.2 Påkrav om betaling sendes til den sikredes opgivne betalingsadresse. Betales præmien ikke ved første påkrav, sender selskabet endnu et påkrav, tidligst 14 dage efter første påkrav.

Hvis betalingen ikke finder sted 7 dage efter andet påkrav, bortfalder selskabets dækningspligt. Ved fremsendelse af påkrav, har selskabet ret til at opkræve et gebyr, der i så fald tillægges næste opkrævning."

Nævnet udtaler:

Klageren klager over, at selskabet har afvist at behandle hans skadeanmeldelse under henvisning til, at anmeldelse er sket for sent. Klageren har haft ulykkesforsikring med månedlig betaling tegnet via et forsikringsagentur. Han betalte ikke præmien for marts 2019, og forsikringen ophørte på grund af manglende præmiebetaling den 4/4 2019. Klageren tegnede en ny ulykkes-

forsikring hos selskabet med ikrafttræden den 18/4 2019. Den 28/5 2020 anmeldte han en skade, der var sket den 3/12 2018. Selskabet har afvist at behandle anmeldelsen under henvisning til, at skaden er sket i den ophørte forsikrings dækningsperiode, og at skaden skulle være anmeldt inden seks måneder fra forsikringens ophør, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 8.6, 2. pkt.

Klagerens primære påstand er, at den oprindelig forsikringsaftale er videreført og ikke ophørt. Det skyldes selskabets forhold, at han ikke fik betalt præmien rettidigt for marts 2019, idet selskabet gik over til at sende rykkerne til hans e-Boks. Han havde en samtale med forsikringsagentens administrationschef den 17/4 2019, hvor han fik det indtryk, at det alene var af tekniske årsager, at der måtte oprettes en ny police for at videreføre forsikringsforholdet. Han fik således intet at vide om, at genaktiveringen reelt var et helt nyt forsikringsforhold, og hvilke konsekvenser det medførte.

Klagerens subsidære påstand er, at selskabet har haft en vejledningspligt om efteranmeldelsesfristen på den ophørte forsikring, når aftaleforholdet i øvrigt blev videreført på uændrede vilkår. Han havde ikke grund til at undersøge forsikringsbetingelserne for anmeldelsesfrister, når forsikringsforholdet blev videreført. Efteranmeldelsesfristen på seks måneder er et vilkår, som væsentligt forringer hans retsstilling i forhold til de almindelige forældelsesregler. Han har anmeldt skaden inden for forældelsesfristen.

Klageren har videre anført, at han tegnede forsikringen via forsikringsagenturet i 2007 på betingelser 83.03-01, der ikke indeholdt en efteranmeldelsesfrist. Forsikringen har ændret police-nummer og bagvedliggende forsikringsselskab i 2007 og 2010, og han har ikke modtaget nye forsikringsbetingelser.

Selskabet har fastholdt, at klageren har anmeldt skaden for sent. Selskabet har anført, at det er klageren, der har ansvaret for, at den månedlige præmie bliver betalt. Det er normal procedure hos forsikringsagenturet, at en forsikring – der er ophørt på grund af manglende præmiebeta-

Ankenævnet for Forsikring

14.

99018

ling – ikke kan genoptages. Der vil i sådanne tilfælde blive indtegnet en ny police med et nyt policenummer. Dette er klageren informeret om i en mail af 17/4 2019 fra forsikringsagenturets administrationschef. Der kan ved ophør af forsikringen aftales en frist for krav på forsikringsydelser, jf. Højesterets dom af 3/9 1993. Den ophørte forsikring blev tegnet den 1/3 2010, og i forbindelse med en ændring af forsikringen blev der udstedt en ny police med ikrafttrædelse 1/1 2014 og nye forsikringsbetingelser U01-2015. Den normale procedure på dette tidspunkt var, at police og gældende forsikringsbetingelser blev fremsendt i et fysisk brev til klageren.

Efter en gennemgang af sagen må nævnet lægge til grund, at forsikringsbetingelser 83.03-01 – som klageren har henvist til – ikke længere er gældende for forsikringen. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren har fremlagt et brev af 27/11 2012 fra selskabet med varsling af ny præmie og vilkår. Af brevet fremgår det, at klageren "pr. hovedforfald d. 1. januar 2013 overgår til nye vilkår U01-2012". Nævnet har videre lagt vægt på selskabets oplysning om, at forsikringen blev ændret den 1/1 2014, og at det fremgår af den ophørte police, at den var trådt i kraft den 1/1 2014 med forsikringsbetingelser U2015-01.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 8.6, 2. pkt., at "Hvis forsikringsdækningen i henhold til disse forsikringsbetingelser bortfalder, skal eventuelle krav om udbetaling af dækning ved ulykkestilfælde, der er indtrådt før forsikredes udtræden, og som må antages at ville medføre betalingspligt for Selskabet, anmeldes inden 6 måneder efter forsikringens bortfald". Nævnet bemærker, at anmeldelsesfristen i forsikringsbetingelserne er i overensstemmelse med bestemmelsen i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 10.2, at "Påkrav om betaling sendes til den sikredes opgivne betalingsadresse. Betales præmien ikke ved første påkrav, sender selskabet endnu et påkrav, tidligst 14 dage efter første påkrav. Hvis betalingen ikke finder sted 7 dage efter andet påkrav, bortfalder selskabets dækningspligt". Nævnet bemærker, at proceduren for præmieopkrævning i forsikringsbetingelserne ikke opfylder kravene i forsikringsaftalelovens §§

Ankenævnet for Forsikring

15.

99018

12-17, som ved forbrugerforsikring ikke kan fraviges til skade for forsikringstageren eller den sikrede, jf. § 17, stk. 1.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 12, stk. 1, at præmien skal betales senest 21 dage efter selskabets påkrav herom. Det følger af forsikringsaftalelovens § 13, stk. 1, at betales præmien ikke rettidigt, kan selskabet opsige forsikringen 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. For at selskabet gyldigt kan opsige forsikringen, kræves det, at selskabet efter at have sendt et påkrav sender en meddelelse, der opfylder formkravene i forsikringsaftalelovens § 13, stk. 2. Af lovmotiverne fremgår, at "Opsigelse kan tidligst ske, dvs. sendes fra selskabet, 14 dage efter udløbet af den almindelige betalingsfrist efter forslaget til § 12, stk. 1".

Selskabet har sendt en opkrævning på præmie for marts 2019 i en mail af 19/2 2019 til klageren. Betalingsfristen på 21 dage skal herefter regnes fra den 20/2 2019 med udløb den 12/3 2019, og selskabet har tidligst kunne sende en opsigelse den 26/3 2019, jf. forsikringsaftalelovens § 13, stk. 1, 2 pkt. Selskabet har sendt betalingspåmindelser med besked om forsikringens ophør ved manglende betaling til klagerens e-Boks den 15/3 2019 og 25/3 2019. Begge opsigelser er sendt for tidligt og har desuden ikke oplyst om muligheden for at kunne genoptage forsikringen på grund af særligt undskyldende omstændigheder, jf. forsikringsaftalelovens § 14.

Da selskabet ikke har opsagt klagerens ulykkesforsikring i overensstemmelse med den procedure, som er foreskrevet i forsikringsaftalelovens §§ 12-17, har selskabets opsigelse ikke retsvirkning over for klageren, og selskabet kan allerede af den grund ikke gøre efteranmeldelsesfristen på seks måneder fra forsikringens ophør gældende over for klageren.

Selskabet skal på den baggrund genoptage behandlingen af klagerens skadeanmeldelse.

Som følge heraf

Ankenævnet for Forsikring

16.

99018

b e s t e m m e s :

Selskabet, Lloyd's v/Crawford & Company Denmark, skal anerkende, at opsigelsen af klagerens ulykkesforsikring ikke er sket i overensstemmelse med proceduren i forsikringsaftalelovens §§ 13 og 14 Selskabet skal anerkende, at efteranmeldelsesfristen på seks måneder efter forsikringens ophør ikke kan gøres gældende over for klageren. Selskabet skal som følge heraf genoptage behandlingen af klagerens skadeanmeldelse.

Klagegebyret tilbagebetales.



Jens Kruse Mikkelsen

formand