

Ankenævnet for Forsikring

Den 20. marts 2024 blev i sag nr. _____ :

A

mod

Forsikring

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har bilforsikring. I klageskema af 31/8 2023 har klagerens advokat bl.a. anført:

"Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?"

Henviser til [byrettens] retsbog af 15. maj 2023 - ... - hvori det fremgår at retten vil indsende sagens processkrifter og bilag (1-27 + A-B) til nævnet."

Selskabets advokat har den 14/11 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"På vegne af min klient, Forsikring _____ skal jeg hermed afgive svarskrift i ovenstående klagesag.

Der henvises til de i sagen uploadede bilag og processkrifter.

Vi forstår klagen fra klagers advokat ... sådan, at der som begrundelse for klagen og til støtte herfor henvises til sagens processkrifter og bilag fra den tidligere retssag ved [byretten], jf. webskema af 27. oktober 2023. Der ses ikke at være udarbejdet et egentlig indlæg til Ankenævnet for Forsikring i øvrigt.

I påstanden i svarskriftet for byretten nedlagde klager påstand om, at sagen blev hævet og henvist til behandling ved Ankenævnet for Forsikring. Dette er sket. Der er dog ikke i svarskriftet i øvrigt, påstande eller anbringender til støtte for den påstand, som jeg på vegne af min klient, Forsikring _____ har nedlagt påstand om i byretten. Der ses derfor ikke for Ankenævnet for Forsikring at være taget stilling til sagens reelle tvist, jf. nærmere nedenfor.

Ankenævnet for Forsikring

2.

I retssagen har jeg på vegne af min klient, Forsikring nedlagt en betalingspåstand med tillæg af renter, jf. nærmere nedenfor. Derfor nedlægges følgende påstand for Ankenævnet for Forsikring.

1. PÅSTAND

[Klageren] tilpligtes til Forsikring at betale kr. 1.258.593,77 med tillæg af sædvanlig procesrente fra 20. juni 2021, jf. bilag 23, subsidiært renter fra 22. juli 2022, jf. bilag 27, mere subsidiært fra et senere tidspunkt, dog senest fra sagens anlæg ved retten og indtil betaling sker.

Der tages forbehold for at forhøje dette beløb.

2. TVISTEN

Sagen drejer sig om en tvist med Forsikring forsikringstager, [klageren].

Tvisten udspringer af et færdselsuheld den 22. juli 2017, hvor [klagerens] [bil] med reg.nr. ... var involveret.

[Klageren] havde på uheldstidspunktet den 22. juli 2017 lånt sin bil ud til en kammerat.

Bilen var på daværende tidspunkt alene stilstandsforsikret.

[Klageren] var dermed ikke forsikringsdækket ved kasko- og ansvarsskader sket ved kørsel, jf. police af 21. februar 2017, bilag 1.

Af forsikringspolicen fremgår bl.a.:

'Forsikringen er tegnet på følgende særlige vilkår

- Bilen henstår ubenyttet
- Bilen er uindregistreret eller nummerpladerne er afmonteret og opbevaret i et aflåst rum på forsikringstagerens bopæl.
- Forsikringen dækker ikke skader sket under kørsel.
- Stilstandsperioden og skader under stilstandsforsikringen bliver ikke medregnet ved placering på pristrin, når bilen registreres og skal forsikres på almindelige vilkår.
- Montering af nummerplader og kørsel i bilen må først ske når ny police med almindelige vilkår er modtaget.'

3. SAGSFREMSTILLING

3.1 Uheldet

Uheldet den 22. juli 2017 skete derved, at [klagerens] kammerat overså sin vigepligt i forbindelse med køddannelse på vej fra ... ind mod byen.

Da han skulle krydse [vej], kørte han ud foran skadelidte, som kom kørende på motorcykel fra venstre side og måtte bremse op, hvorefter skadelidte væltede på motorcyklen og kurede ind i venstre side af bilen. Der henvises til beskrivelse af ulykken i bilag 2.

Skadelidte pådrog sig ved uheldet to brud på nakkehvirvelsøjlen, forvridding af højre skulderled, forvridding af venstre ankel og deraf følgende nedsat bevægelighed i nakken og vedvarende smerter i højre skulder og venstre ben, jf. bilag 3.

Ankenævnet for Forsikring

3.

Af sagens akter fremgår, at skadelidtes mest markante symptom efter uheldet ifølge neurologisk speciallægeundersøgelse af 16. december 2019 er udtrætning som følge af kontinuerlig smertepåvirkning og tinnitus, jf. speciallægeerklæring i bilag 4.

3.2 Forsikring

vurdering af erstatningsposterne

Forsikring har anerkendt erstatningspligten over for skadelidte. Dette fremgår af brev til skadelidte, jf. bilag 5.

Forsikring har vurderet et varigt mén på 20 % og et erhvervsevnetab på 40 % og udbetalt i henhold hertil.

Herudover har Forsikring afholdt en række godtgørelses- og erstatningsudgifter i form af svie- og smertegodtgørelse, sygedagpengeregres og andre helbredsudgifter i medfør af EAL § 1 til bl.a. fysioterapeutisk behandling og indhentelse af speciallægeerklæringer.

Der henvises til bilag 6 (udbetaling af varigt mén), bilag 7 (udbetaling af tab af erhvervsevne), bilag 8 (udbetaling af svie og smerte), og bilag 9 (afholdt udgift til speciallægeerklæring).

Samlet oversigt over udbetalinger ses i bilag 10.

Følgende bilag danner baggrund for erstatningsudbetalingerne:

- Bilag 11 – Oplysningsskema fra skadelidte af 9. september 2017
- Bilag 12 – Journaler fra egen læge i perioden 26.07.2017 - 06.10.2017
- Bilag 13 – Journaler fra egen læge i perioden 10.10.2017 – 13.03.2019
- Bilag 14 – Kommunale akter i perioden 28.08.2017 – 08.04.2019
- Bilag 15 – Journaler fra [privathospital] i perioden 15.02.2019 – 02.05.2019
- Bilag 16 – Journal fra [fysioterapeut]
- Bilag 17 – Journal fra egen læge i perioden 10.10.2017 – 18.06.2019
- Bilag 18 – Ortopædkirurgisk Speciallægeerklæring af 20.02.2020
- Bilag 19 – Journal fra sygehus i perioden 22.07.2017 - 24.07.2017
- Bilag 20 – Årsopgørelse fra skadelidte 2015-2019
- Bilag 21 – Skema og ny ansættelseskontrakt fra arbejdsgiver

Det er på baggrund af ovenstående Forsikring opfattelse, at de lægelige akter i sagen, (særligt neurologisk speciallægeerklæring af 16. december 2019 og ortopædisk speciallægeerklæring af 20. februar 2020), understøtter selskabets mén- og erhvervsevnetabsvurdering, idet erklæringerne fastslår, at skadelidtes cervicofrakstur, skader på højre skulder og venstre fod, kontinuerlige smertepåvirkning, tinnitus og udtrætning er forårsaget af uheldet den 22. juli 2017.

Forsikring bemærker, at skadelidte efter uheldet den 22. juli 2017 var sygemeldt i 3-4 måneder fra sit fuldtidsarbejde som medarbejder i ... Han genoptog derefter arbejdet på deltid den 1. november 2017 med 22 timer om ugen på trods af fortsatte gener.

Derefter var han nødt til at stoppe (gå på efterløn) efter dialog med arbejdsgiver. Dette grundet symptomernes påvirkning af hans erhvervsevne, idet 22 timer om ugen ikke lod sig gøre grundet skadens følger, jf. både dokumentation fra arbejdsgiver og de lægelige akter.

Ankenævnet for Forsikring

4.

3.3 [Klagerens] indsigelser

Forsikring har fremsat krav om regres mod [klageren] for udgifterne til godtgørelse og erstatning udbetalt til skadelidte med henvisning til manglende forsikringsdækning, jf. bilag 22.

[Klageren] har gjort indsigelser mod at afholde udgifterne i erstatningssagen med henvisning til, at han af Forsikring skulle være blevet rådgivet om, at stilstandsforsikringen automatisk skiftede fra stilstand til aktiv i sommerhalvåret. Korrespondancen findes i bilag 23.

Dette er imidlertid udokumenteret.

Hertil kommer, at Forsikring har oplyst [klageren], at Forsikring slet ikke tilbyder en sådan 'sommerforsikring'. [Klageren] skulle således selv have tegnet den nødvendige forsikring, såfremt han ønskede at benytte bilen.

Forsikring har forholdt sig til indsigelserne og fastholdt det fulde regreskrav.

Korrespondance herom ses i bilag 24.

[Klageren] har efterfølgende accepteret regreskravet for så vidt angår tingsskaderne på skadelidtes motorcykel og således indbetalt udgifterne til reparation af denne med kr. 24.500,00 den 25. januar 2018.

Herudover har [klageren] indbetalt kr. 192.872,32 til delvis dækning af udgifterne i personskadesagen den 29. maj 2020. Oversigt over [klagerens] indbetalinger ses i bilag 25

Videre har Forsikring modregnet et af [klagerens] tilgodehavende pga. ophør af anden police på kr. 13.173,23. Meddelelse herom til [klageren] ses i bilag 26.

4. OPGØRELSE AF KRAVET

Det resterende regreskrav på kr. 1.258.593,77 er – ligesom de tidligere afholdte beløb – begrundet i [klagerens] manglende forsikringsdækning ved kasko- og ansvarsskader sket ved kørsel, jf. police af 21. februar 2017.

Der udestår nu et krav på kr. 1.258.593,77 som opgjort af Forsikring ved brev af 20. maj 2021 for de resterende udgifter forbundet med personskadesagen, jf. bilag 22.

Skadelidtes ulykkesforsikring har også dækket en del af skadelidtes helbredsudgifter, og der er taget højde herfor i Forsikring opgørelse over udgifterne forbundet med erstatningssagen, jf. bilag 10.

5. REGRES

Det følger af Færdselslovens § 108, stk. 1, at forsikrings-selskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte for erstatning efter § 105, stk. 1. Det vil sige, at Forsikring var forpligtet til at behandle, vurdere og foretage udbetaling til den skadelidte, som var involveret i færdselsuheldet den 22. juli 2017.

Ankenævnet for Forsikring

5.

Af stk. 2 fremgår det, at en aftale mellem forsikringsselskabet og forsikringstageren om, at selskabet skal have regres mod den, der efter § 104 er ansvarlig for skaden, når forsikringsbegivenheden er fremkaldt af den ansvarlige ved uagtsomhed, har kun retsvirkning, hvis forsikringsbegivenheden er fremkaldt ved en uagtsomhed, der kan betegnes som grov hensynsløshed.

Af noten til § 108, stk. 2 fremgår dog blandt andet følgende vedrørende regres: '§ 108, stk. 2, angår alene aftaler om regres, hvor denne er begrundet i den ansvarliges forhold med hensyn til fremkaldelse af forsikringsbegivenheden. Der er således ikke gjort indskrænkning i adgangen til at søge hel eller delvis regres mod den sikrede på grundlag af vilkår i policen om selvrisiko, objektive risikobegrænsninger eller fareforøgelse, eller til at indtræde i skadelidtes ret mod den ikke sikrede skadevolder, herunder i de tilfælde, hvor forsikringen er ophørt pga. manglende præmiebetaling. § 108, stk. 2, begrænser heller ikke forsikringsselskabets adgang til regres mod forsikringstager pga. afgivelse af urigtige risikoplysninger, jf. U 2023 1033 Ø'

Forsikring har dermed regres mod [klageren] med hjemmel i de almindelige regler om regres mod sin forsikringstager, jf. fremhævnningen ovenfor.

[Klageren] var, jf. Færdselslovens § 104 ansvarlig for det køretøj, der forvoldte færdselsuheldet den 22. juli 2017, og dermed erstatningsansvarlig, fordi han lod sit køretøj benytte, uden det var behørigt forsikret.

6. SAMMENFATTENDE BEMÆRKNINGER

Forsikring gør herefter sammenfattende til støtte for den nedlagte påstand gældende, at kravets berigtigelse er dokumenteret,

at Forsikring har løftet bevisbyrden i tilstrækkeligt omfang, således at regreskravet kan søges opfyldt hos [klageren], og

at Forsikring ved police 21. februar 2017 (bilag 1) har dokumenteret, at [klageren] alene havde tegnet stilstandsforsikring på skadestidspunktet.

Forsikring gør på den baggrund gældende, at det udtrykkeligt fremgår af policen, at forsikringen er en stilstandsforsikring tegnet på særlige vilkår, herunder at bilen henstår ubenyttet, og at forsikringen ikke dækker skader sket under kørsel.

Det gælder både tings- og ansvarsskader, jf. policen.

Forsikring gør derfor gældende, at der ikke har været dækning på køretøjet på tidspunktet for ulykken i juli 2017, og at Forsikring derfor har adgang til at søge regres hos [klageren] for de afholdte udgifter forbundet med uheldet den 22. juli 2017.

På denne baggrund gøres det gældende, at Forsikring skal have medhold."

Ankenævnet for Forsikring

6.

Klagerens advokat har i brev af 30/11 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Påstande

Overfor indklagedes betalingspåstand:

Frifindelse.

Overfor indklagede nedlægges følgende selvstændige betalingspåstand:

Indklagede skal betale 206.045,55 kr. til klager med tillæg af procesrente fra 4. februar 2023, indtil betaling sker.

Supplerende sagsfremstilling

Klager har i svarskriftet for [byretten] redegjort for sine synspunkter, herunder at sagen begæres henvist til Ankenævnet for Forsikring grundet indklagedes forhold og tilkendegivelser om, at ankenævnsbehandling er en betingelse for, at indklagede kan meddele retshjælpsdækning, selv om det var indklagede selv, der anlagde sag ved domstolene imod klager. Der henvises til svarskriftet af 22. februar 2023.

Som det fremgår af svarskriftet af 22. februar 2023, fremlagdes som bilag A et udkast til svarskrift dateret 4. februar 2022. Af det udkast til svarskrift fremgår klagers påstande samt de anbringender og indsigelser, der gøres gældende til støtte for anbringenderne og indsigelserne.

Påstandene er identiske med de påstande, der gøres gældende under denne sag for Ankenævnet for Forsikring, hvilket indklagede da heller ikke kan være eller har været i tvivl om i forbindelse med indklagedes afgivelse af svarskrift af 14. november 2023 i denne sag.

Derudover bemærkes følgende:

Det fremgår af police af 21. februar 2017, jf. bilag 1, at forsikringen dækker '*Ansvar stilstand*' og '*Kasko stilstand*', og at der alene for kaskodækningen gælder en selvrisiko med et beløb på 11.368 kr. Derudover fremgår det af policen, at forsikringen omfatter en [bil], der anvendes til 'Privat kørsel' (min understregning). Endvidere er der i policen henvist til forsikringsvilkårene, som er angivet som 6740-2, der er fremlagt som bilag A.

Af forsikringsvilkårene 6740-2 fremgår det, at forsikringen omfatter Ansvarsforsikring i Danmark og '*... med de summer, der er fastsat i færdselsloven*', jf. pkt. 2.A. Under pkt. 15 i forsikringsvilkårene findes nærmere omtale af begrebet '*Stilstandsforsikring*', uden at der dog er angivet nogen nærmere definition af eller betingelser for dækningen under en sådan forsikring. Videre følger det af forsikringsvilkårene pkt. 23-24, hvad ansvarsforsikringen dækker, og hvad den ikke dækker. Det skal i den forbindelse bemærkes, at det fremgår under pkt. 23.1, at forsikringen dækker '*Erstatningsansvar for skade, der er forvoldt, mens bilen bliver brugt som køretøj. Den dækker med de summer, der er fastsat i færdselsloven. Se også pkt. 2: Hvor dækker forsikringen?*'. Intetsteds i forsikringsvilkårene for forsikringen er det angivet, at forsikringen ikke dækker ansvarsskader, der opstår, mens køretøj er i brug som trafikmiddel. Det skal hertil også bemærkes, at det i forsikringspolicen under overskriften '*Særlige vilkår*' fremgår, hvad '*Kaskoforsikring for dette køretøj forudsætter ...*', og at det i øvrigt ikke er nærmere præciseret, hvilke dækninger (ansvar og/eller kasko) de særlige vilkår angår.

Heller ikke i forbindelse med den mundtlige dialog mellem parterne om indtegnning af forsikringen blev det på noget tidspunkt tilkendegivet af indklagede overfor klager, at der – som indklagede

Ankenævnet for Forsikring

7.

gør gældende i sagen – ikke er ansvarsforsikringsdækning for skader forvoldt af det forsikrede køretøj, mens det er i brug som trafikmiddel, herunder at der skal tegnes særskilt forsikring på køretøjet, hvis der skal være dækning for sådanne ansvarsskader.

Som anført i stævningen/indklagedes indlæg af 14. november 2023 skete uheldet den 22. juli 2017, mens [bilen] tilhørende klager blev ført af tredjemand, som klager havde udlånt bilen til. Klager var således ikke involveret i selve færdselsuheldet, hvorved en motorcyklist som beskrevet i stævningen kom til skade, da motorcyklisten forsøgte at undvige kollision med [bilen] ved forholdsvis lav hastighed.

Efterfølgende har indklagede uden at involvere klager opgjort og afregnet erstatning til motorcyklisten med i alt 1.464.439,32 kr., hvoraf klager har betalt 192.782,32 kr., og hvori indklagede ensidigt har modregnet et tilgodehavende på 13.173,23 kr. Betalingen af førstnævnte beløb skete i forlængelse af, at indklagede ved brev af 16. januar 2020, der er fremlagt som bilag B, rejste krav overfor klager om betaling deraf. I brevet er der ikke taget forbehold om yderligere krav, og betaling er ikke gjort betinget af, at klager anerkender nogen skyld eller betalingsforpligtelse (udover beløbet på 192.672,32 kr.). Endvidere fremgår det af brevet, at

'... [v]i har haft udgifter til dækning af din skade. En del af skaden skal du selv betale – og den del vil vi nu bede dig betale til os.

Det skal du betale:

FT betaler selv skaden 192.672,32 kr.

I alt til betaling 192.672,32 kr. (mine understregninger).

Efter at have gjort indsigelse imod opkrævningen fra indklagede og yderligere korrespondance, der er fremlagt som bilag C, med indklagede om det angivne krav besluttede klager i slutningen af maj 2020 at betale det angivne beløb i den formodning, at sagen herefter kunne afsluttes.

Herefter gik der til den 20. maj 2021, inden indklagede på ny rettede henvendelse til klager – denne gang med krav om betaling af 1.271.567 kr., jf. bilag 22. Klager havde ikke hørt om yderligere krav på erstatning i perioden fra januar 2020 og indtil modtagelsen af brevet af 20. maj 2021 fra indklagede, hvorfor klager udbad sig en nærmere forklaring derpå samt dokumentation for kravet, som klager bestred, jf. mail af 25. maj 2021 og efterfølgende korrespondance, der er fremlagt som bilag D.

Da indklagede afviste at dokumentere det bestridte krav, rettede klager henvendelse til undertegnede, som gentagne gange måtte bede indklagede dokumentere det rejste krav, der fortsat blev bestridt. Da den dokumentation, der blev modtaget fortsat ikke var fyldestgørende, da det stod klart, at indklagede ikke havde forelagt sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring i medfør af erstatningsansvarslovens § 10 med henblik på en uvildig vurdering af skadelidtes méngrad og erhvervsvenetab, og da kravet i øvrigt ikke kunne anerkendes, betalte klager ikke kravet.

Først ved stævning af 30. november 2022 tog indklagede skridt retslige skridt til afbrydelse af løbende forældelsesfrister.

Til støtte for de nedlagte påstande fremsættes følgende

Anbringender og indsigelser

Ankenævnet for Forsikring

8.

Det gøres gældende, at parternes aftalegrundlag i form af forsikringspolice og -vilkår, der er affattet af indklagede, er uklart på helt afgørende punkter i forhold til forsikringens dækningsomfang. Det er således ikke klart, at forsikringen ikke dækker ansvarsskader opstået under brug af det forsikrede køretøj som trafikmiddel, og at indklagede har adgang til regres overfor klager, hvis indklagede har dækket netop sådanne ansvarsskader.

Det giver således ikke mening at angive, at forsikringen dækker '*Ansvar stilstand*' og under anvendelse af køretøjet til '*privat kørsel*' uden nogen selvrisiko i modsætning til dækningen '*Kasko stilstand*', for hvilken der gælder en selvrisiko på 11.368 kr. Det er heller ikke klart, at de '*Særlige vilkår*' ifølge forsikringspolice skulle gælde for både ansvars- og kaskodækningen.

Det bemærkes i øvrigt, at det er i modstrid med de underliggende forsikringsvilkårs pkt. 23.1, at det i forsikringspolice er angivet, at forsikringen ikke dækker '*... skader sket under kørsel*', når der ikke samtidigt er angivet, hvilket af de to dokumenter der i tilfælde af indbyrdes modstrid har forrang.

Det gøres endvidere gældende, at det ikke har præjudicerende virkning til skade for klager, at klager i foråret 2020 har betalt godt 192.000 kr. til indklagede. Klager er forbruger og har ikke nærmere indsigt i, hvilke regler der gælder i forhold til fortolkning af forsikringsvilkår. Endvidere er klager ikke blevet nærmere vejledt om dels forsikringsdækningen ved indtegnning, dels sine retigheder i forbindelse med indklagedes første regresopkrævninger i januar 2020. Dertil kommer, at betaling er sket uden skylderkendelse, herunder uden erkendelse af at klager skulle være indklagede yderligere beløb skyldig.

Allerede af den grund, og da indklagede ikke har godtgjort, at betingelserne for (police)regres er opfyldt, skal indklagede yde forsikringsdækning i anledning af skaden den 22. juli 2017, herunder anerkende, at indklagede ikke er berettiget til at gøre regres overfor klager og tilbagebetale til klager, hvad indklagede uberettiget har opkrævet klager som følge af skaden den 22. juli 2017.

---o0o---

Det gøres derudover gældende, at indklagede ikke har godtgjort berettigelsen af det af indklagede rejste krav i øvrigt. Kravets opgørelse hviler således ikke på en uvildig vurdering, herunder en vejledende udtalelse om méngraden og erhvervsevnetabet fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, jf. erstatningsansvarslovens § 10. Endvidere er kravet opgjort uden inddragelse af klager.

Dertil kommer, at indklagede ikke ses at have iagttaget sin tabsbegrænsningspligt i den udstrækning, det af indklagede rejste regreskrav måtte være berettiget. Uden inddragelse af klager har indklagede eksempelvis anerkendt overfor skadelidte, at der er fuld årsagssammenhæng mellem på den ene side færdselsuheldet den 22. juli 2017 og på den anden side skadelidtes gener og de deraf følgende opgjorte tab. Klager er derved blevet afskåret fra at anfægte spørgsmålet om medicinsk årsagssammenhæng ved indenretlig forelæggelse af sagen for Retslægerådet, som har eksklusiv kompetence til at udtale sig i spørgsmål om enkeltpersoners retsforhold i medicinsk henseende.

---o0o---

Ankenævnet for Forsikring

9.

Derudover gøres det gældende, at ethvert krav fra indklagede overfor klager om betaling udover, hvad klager allerede har betalt, er bortfaldet som følge af indtrådt forældelse. Skaden, hvoraf det rejste krav om erstatning udspringer, indtrådte den 22. juli 2017.

Klager har ikke på noget tidspunkt siden den 22. juli 2017 anerkendt at være indklagede noget beløb skyldigt. Det forhold at klager betalte beløbet på godt 192.000 til klager i foråret 2020 indebærer ikke nogen skylderkendelse og under ingen omstændigheder en erkendelse af at være indklagede yderligere beløb udover det betalte skyldigt. Det skal i den forbindelse bemærkes, at indklagede ikke tog nogen som helst forbehold om at rejse yderligere krav i forbindelse med fremsættelsen af kravet overfor klager om betaling af beløbet på ca. 192.000 kr.

Indklagede vendte først tilbage overfor klager i maj 2021 og foretog først den 30. november 2022 retligt relevante skridt til afbrydelse af løbende forældelsesfrister i forhold til et eventuelt berettiget krav på erstatning overfor klager. Dette på trods af, at indklagede i en periode på mere end 3 år forud for stævningens indlevering har været eller burde have været bekendt med, at skaden ville eller kunne give anledning til de krav, som påstanden nedlagt af indklagede omfatter.

Der har ikke været ført egentlige forhandlinger om kravet parterne imellem, og klager har stedse forholdt sig afvisende overfor at anerkende at være indklagede noget beløb skyldigt. Under alle omstændigheder har klager konsekvent afvist krav om betaling fra indklagede udover beløbet på godt 192.000 kr., og indklagedes betaling af sidstnævnte beløb hverken kan eller skal tages som udtryk for anerkendelse af en forpligtelse til at betale yderligere til indklagede."

Selskabets advokat har i brev af 18/12 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Klager har ved indlægget uddybet sin påstand og påstået sig frifundet i forhold til Forsikring betalingspåstand. Klager har derudover nedlagt selvstændig påstand om, at Forsikring skal betale kr. 206.045,55 til klager.

Overfor klagers påstand om tilbagebetaling af kr. 206.045,55 til klager nedlægges supplerende følgende

1. PÅSTAND

Frifindelse.

2. BEMÆRKNINGER TIL KLAGERS INDLÆG OG SUPPLERENDE ANBRINGENDER

2.1 Supplerende sagsfremstilling ad klagers regreskrav

Der er ikke grundlag for at imødekomme klagers krav om tilbagebetaling af kr. 206.045,55.

Klager er blevet oplyst om baggrunden for kravene, jf. Forsikring bemærkninger i indlæg af 14. november 2023. Som det fremgår heraf, betalte klager herefter.

Der er ikke grundlag for at antage, at klager ikke foretog betalingen på fuldt oplyst grundlag eller forstod baggrunden for betalingen. Det er ikke et anbringende i sig selv, at klager var og er 'forbruger'.

På denne baggrund skal Ankenævnet ikke imødekomme klagers påstand om tilbagebetaling af kr. 206.045,55.

Ankenævnet for Forsikring

10.

2.2 Supplerende sagsfremstilling ad forældelse

Det færdselsuheld, som klagers kammerat forvoldte i klagers bil, som klager selv havde udlånt til sin kammerat, skete den 22. juli 2017.

Forældelse ville herefter tidligst kunne indtræde 3 år efter dette tidspunkt dvs. den 23. juli 2020.

Den 30. august 2017 anerkendte Forsikring erstatningspligten overfor skadelidte,
jf. bilag 5.

Den 16. januar 2020 sendte indklagede et brev til klager om opkrævning af betaling af en del af skaden. Det fremgår bl.a. af brevet, at Forsikring **tog forbehold for yderligere opkrævninger senere, idet erstatningssagen endnu ikke var afsluttet.**

Brevet fremlægges som sagens bilag 27.

Af sagens bilag 23 og 24, breve af 16. januar 2020 fremgår, **at klager ikke var enig i indklagedes regreskrav.**

Af sagens bilag 24 og brev af 16. januar 2020 fra indklagede til klager fremgår endvidere, at Forsikring fastholdt vurderingen og igen gjorde opmærksom på, **at sagen endnu ikke var afsluttet, og at klager ville kunne få yderligere opkrævninger.**

Som sagens bilag 28 fremlægges e-mail fra klager til indklagede af 17. marts 2020, hvoraf fremgår, at klager foreslog en forligsmæssig løsning og betaling af kr. 40.000,00. Endvidere fremgår bl.a. følgende:

'(...) At skaden er sket hersker der ingen tvivl om, men at forsikringen er så tåbeligt indrettet at den ikke automatisk er aktiv i sommerhalvåret er mig ubegribeligt! At der sker en fejl i det at jeg glemte og aktivere forsikringen til sommerhalvåret er en ting, men at jeg nu skal bære udgiften til den samlede erstatning alene finder jeg yderst urimeligt.

(...)

Samlet set er situationen ulykkelig for alle parter, og jeg erkender min andel af fejlen, (...)

Det fremgår således af sagen, **at klager erkendte sin fejl ved ikke at have aktiveret forsikringen i sommerperioden og derfor foreslog at betale kr. 40.000 for at slutte sagen.**

Da klager indbetalte kr. 192.299,00 til dækning af de foreløbige erstatningsudgifter i sagen under viden om, grundet udtrykkelig meddelelse herom fra indklagede, at kravet var foreløbigt, er det indklagedes anbringende, at klager derved erkendte forpligtelsen til betaling over for skadelidte.

Forældelsen blev derfor afbrudt ved indbetalingen den 29. maj 2020, jf. Forældelseslovens § 15.

Den 20. maj 2021 skrev indklagede til klager, at den endelige erstatning var opgjort og fremsatte krav herom til klager, jf. bilag 22.

Herefter fulgte en længerevarende korrespondance mellem Forsikring og klager/klagers advokat, idet klager ikke ville betale, men udbad sig dokumentation for regreskravet, ligesom Forsikring fastholdt kravet over for klager. Denne korrespondance vedrører perioden 25. maj 2021, 27. maj 2023, 9. juni 2021, 18. juni 2021, 1. juli 2021, 21. juli 2021,

Ankenævnet for Forsikring

11.

19. august 2021, 28. september 2021, 21. marts 2022 og 22. juni 2022. Den samlede korrespondance i perioden fremlægges som bilag 29.

Indklagede stævnedes i sagen den 30. november 2022.

På baggrund af det ovenfor anførte fastholder Forsikring de tidligere anbringender om regres. Det er således fortsat Forsikring opfattelse, at indklagede har regresret som følge af Færdselslovens § 108.

Den 3-årige forældelsesfrist gælder for ethvert krav i anledning af personskade og regreskrav, der knytter sig dertil.

Forsikring gør gældende, at der mellem parterne har været løbende forhandlinger om kravet og kravets størrelse, jf. Forældelseslovens § 21, stk. 5, som reelt ikke blev afsluttet på noget tidspunkt eller i hvert fald ikke afsluttet af klager på en sådan måde, at det stod Forsikring klart, at der ikke var grundlag for at opnå en samlet løsning med klager. Det gøres således gældende, at klager nok afviste kravet indledningsvist, men efterfølgende udbad sig dokumentation for kravet og forholdt sig afventende i forhold til kravet.

Det følger herudover af princippet i Forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, at en anmodning om oplysninger og/eller dokumentation medfører en forlængelse af forældelsesfristen svarende til 3 år. Tilsvarende må antages at gælde i nærværende sag, hvor klager udbad sig dokumentation.

Forældelsesfristen løber videre fra det tidspunkt, hvor opfyldelse af skadelidtes krav kunne være krævet, jf. Erstatningsansvarslovens § 16, stk. 1, jf. Erstatningsansvarslovens § 16, stk. 3, og Forældelseslovens § 2, stk. 1.

Skadelidte meddelte Forsikring den 30. juni 2020, at han ønskede en vurdering af sit erhvervsevnetab. Indklagede modtog de nødvendige lægelige akter til brug for vurderingen den 3. november 2020.

Det er indklagedes opfattelse, at dette krav derfor tidligst ville være forældet den 3. november 2023. Idet indklagede afgav stævning i sagen inden dette tidspunkt, er det indklagedes anbringende, at kravet ikke er forældet.

Samlet set gør Forsikring gældende, at der ikke er indtrådt forældelse.

2.3 Ad forsikringsvilkårene og police

Forsikring forholder sig uforstående overfor klagers argumentation og påstand om, at forsikringsvilkårene i sagen har været uklare.

Af forsikringsvilkårenes pkt. 15 fremgår:

'Er bilen uindregistreret, eller bliver nummerpladerne til en forsikret bil afmonteret, kan Forsikring tilbyde en stilstandsforsikring.

Bliver nummerpladerne afmonteret, er det en betingelse, at nummerpladerne bliver opbevaret hos forsikringstageren i et aflåst rum.

Forsikring opkræver et gebyr ved oprettelse af en stilstandsforsikring.

Ankenævnet for Forsikring

12.

Gebyret fremgår af prislisten på .Forsikring . Beløbet kan også blive oplyst ved henvendelse til Forsikring

Af forsikringspolicen i det fremlagte bilag 1 fremgår bl.a. følgende:

'Forsikringen er tegnet på følgende særlige vilkår:

- **Bilen henstår ubenyttet**
- **Bilen er uindregistreret eller nummerpladerne er afmonteret og opbevaret i et aflåst rum på forsikringstagerens bopæl.**
- **Forsikringen dækker ikke skader sket under kørsel.**
- *Stilstandsperioden og skader under stilstandsforsikringen bliver ikke medregnet ved placering på pristrin, når bilen registreres og skal forsikres på almindelige vilkår*
- **Montering af nummerplader og kørsel i bilen må først ske når ny police med almindelige vilkår er modtaget.'**

Det fremgår udtrykkeligt af policen, at den tegnede forsikring **ikke** dækker under brug af det forsikrede køretøj. Desuden fremgår det udtrykkeligt, at bilen **skal henstå ubenyttet, og at nummerpladerne skal være afmonteret.**

At klager ikke har læst og sat sig ind i sine forsikringsbetingelser gør ikke betingelserne uklare eller selvmodsigende.

Det gøres på den baggrund gældende, at klager umuligt kunne have misforstået betingelserne, og at klager således måtte have indset, at bilen ikke var dækket af forsikringen i forbindelse med udlånet af køretøjet.

Det er ligeledes Forsikring anbringende, at det måtte have stået klager klart, at forsikringspolicens særlige vilkår måtte gælde for både kasko og ansvarsdækning, idet de særlige vilkår i policen henviser til 'forsikringen' i sin helhed.

Idet klager alligevel valgte at lade sin bil benytte af en kammerat, er det derfor indklagedes anbringende, at klager accepterede risikoen for en eventuel opstået skade, og at klager derfor må bære erstatningsansvaret for denne skade.

Det er ligeledes indklagedes anbringende, at klager ikke ved at henvise til de generelle forsikringsvilkår kan så tvivl om, hvad klagers konkrete police faktisk omfattede.

Af forsikringsvilkårene fremgår indledningsvist bl.a.:

'Et par ord om din bilforsikring

Bil elite er en kombineret forsikring, der kan beslås af flere dækninger. **Du kan se i din police, hvilke dækninger du har valgt.**

Her får du en kort beskrivelse af de forskellige dækninger.'

Af forsikringsvilkårene bliver der under pkt. 23 og 25 henvist til henholdsvis 'ansvarsforsikring' og 'kaskoforsikring'. Der bliver ikke henvist til 'ansvarsforsikring stilstand' eller 'kaskoforsikring stilstand'. Ydermere fremgår der af forsikringsvilkårene bl.a. information om diverse tillægssikringer, som klager ikke har valgt.

Ankenævnet for Forsikring

13.

Det er derfor på ovenstående baggrund Forsikring anbringende, at det måtte have stået klager klart, at forsikringsvilkårene ikke var individuelt tilrettede, men at klager må læse i egen forsikringspolice for at finde gældende vilkår for netop klager. Dette, som der bliver henvist til i indledningen på forsikringsvilkårene, jf. ovenstående.

2.4 Regreskravets berettigelse

Klager har i sit indlæg gjort gældende, at Forsikring krav ikke hviler på en uvildig vurdering, samt at Forsikring ikke har iagttaget sin tabsbegrænsningspligt, idet Forsikring ikke har inddraget klager om anerkendelse og udmålingen af erstatningen overfor skadelidte.

Det er Forsikring anbringende, at Forsikring har foretaget en forsvarlig vurdering af skadelidtes personskade og krav på et oplyst grundlag og udbetalt erstatning i overensstemmelse hermed. Der er fremlagt dokumentation herfor med Forsikring indlæg af 14. november 2023.

Det er herefter klagers bevisbyrde at bevise, at skadelidtes tab, som følge af ulykken i 2017, er mindre end det af Forsikring fremsendte regreskrav. Klager har ikke løftet denne bevisbyrde.

Det er i øvrigt ikke påkrævet, som klager gør gældende, at opgørelse af et personskadekrav alene kan ske via forelæggelse for Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring, jf. EAL § 10 eller alene kan ske ved et sagsanlæg for at inddrage Retslægerådet. Dette er klagers advokat også fuldt ud bekendt med, da han repræsenterer forsikringssselskaber i andre personskadesager. Det ville i øvrigt også være en noget omstændig sagsbehandlingsproces, hvis denne skulle følges i alle personskadesager.

Såfremt det fulde krav senere ikke viser sig at være berettiget, er Forsikring naturligtvis indforstået med selv at måtte afholde en del af udgifterne. Dette er dog ikke Forsikring opfattelse er tilfældet.

Det er endvidere Forsikring opfattelse, at det af hensyn til skadelidte må anses for værende mest hensigtsmæssigt, at der ikke i en situation som denne skal foreligge fuld enighed mellem parterne før udbetaling af erstatning til skadelidte.

Det er således efterfølgende alene op til den regresforpligtede at gøre indsigelse mod og føre bevis for regreskravets berettigelse og størrelse. Dette har klager ikke gjort.

På denne baggrund fastholder Forsikring sine påstande, sagsfremstilling og anbringender, og Ankenævnet for Forsikring kan herefter træffe afgørelse for Forsikring vedkommende."

Klagerens advokat har i brev af 4/1 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Indklagedes indlæg af 18. december 2023 giver ikke klager anledning til at ændre de nedlagte påstande, og synspunkterne fremført til støtte for påstandene fastholdes således også.

Derudover skal dog bemærkes følgende til indlægget af 18. december 2023 fra indklagede:

Ankenævnet for Forsikring

14.

Det forhold, at indklagede ved brevet af 16. januar 2020 tog forbehold om at fremsætte yderligere krav overfor klager, jf. bilag 27, er ikke tilstrækkeligt til at afbryde løbende forældelsesfrister. Dette gælder så meget desto mere, når indklagede allerede i august 2017 var bekendt med, at der som følge af uheldet '*... kan ... komme udgifter til varigt mén eller erhvervsevnetab*', jf. bilag 27, side 3, og når klager ikke har anerkendt at være erstatnings- eller regrespligtig overfor indklagede for det beløb, som indklagede afkræver klager.

Det fremgår således ganske klart af bilag 28, at klager netop ikke kan anerkende erstatnings- eller regrespligten, hvorfor klager ikke vil kræve, at bilaget udgår af sagen. Det skal dog bemærkes, at det principielt set er sagen uvedkommende, om klager har tilbudt indklagede et forlig, og hvad et sådant tilbud måtte gå ud på, jf. princippet i retsplejelovens § 341. Dertil kommer, at det ikke ses at være i overensstemmelse med de advokatetiske regler, at indklagedes advokat uden forudgående samtykke fremlægger en modparts forligstilbud.

Det beror endvidere på en fordrejning af tingene, når indklagede på side 3 øverst hævder, at klager skulle have afgivet en fristafbrydende skylderkendelse, når henses til indholdet af e-mailen af 17. marts 2020, jf. bilag 28. Det eneste, klager måske kan siges at erkende, er, at klager har andel at '*... der sker en fejl i det at jeg glemte og aktivere forsikringen til sommerhalvåret...*'. Heller ikke det forhold, at klager efterfølgende betalte 192.299 kr. til indklagede indebærer en skylderkendelse i forhold til yderligere krav fra indklagedes side. Forældelsesfristen blev derfor heller ikke '*... afbrudt ved indbetalingen den 29. maj 2020 ...*', som indklagede hævder på side 3, 3. afsnit.

Det fremgår også af den korrespondance fra tiden efter den 29. maj 2020, jf. bl.a. bilag 29, at klager stedse har forholdt sig afvisende overfor indklagedes krav om betaling af yderligere erstatning. Der har således ikke været forhandlinger om nogen del af indklagedes yderligere krav på erstatning, hvilket i øvrigt er indklagedes bevisbyrde, som indklagede ikke har løftet.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at det savner mening på den ene side at gøre gældende, som indklagede gør på side 3, næstsidste afsnit, at forældelsesfristen blev afbrudt for alle yderligere krav på erstatning i henhold til forældelseslovens § 15 den 29. maj 2020, og at der efterfølgende har været forhandlinger mellem parterne om sådanne krav. Ingen af delene er tilfældet.

Det savner også helt og aldeles mening at hævde, således som indklagede gør, jf. side 3, sidste afsnit, at princippet i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, finder anvendelse, hvor klager har afvist indklagedes krav og måtte have bedt om yderligere oplysninger til vurdering af berettigelsen af indklagedes krav, således at forældelsesfristen forlænges med 3 år. Det fremgår helt udtrykkeligt af bestemmelsen, at noget sådant alene gælder, hvor det er forsikringsselskabet, der dels anerkender, at der foreligger en dækningsberettiget skade, men anmoder om yderligere oplysninger til brug for opgørelse af kravet.

Indklagede hævder derudover, at indklagede først den 30. juni 2020 havde de nødvendige oplysninger til brug for at foretage en vurdering af skadelidtes erhvervsevnetab, som danner grundlag for indklagedes yderligere regreskrav overfor klager. Det forhold, at krav på erhvervsevnetab først måtte kunne opgøres i 2020, kan imidlertid ikke bevirke en udskydelse af løbende forældelsesfrister. Indklagede var allerede i 2017, jf. bilag 27, side 3, klar over, at der var tale om en skade, som kunne give anledning til varige følger, og det er således senest fra den 30. august 2017, at den 3-årige forældelsesfrist skal regnes.

Ankenævnet for Forsikring

15.

Hvad angår spørgsmålet om forsikringsvilkårene, jf. pkt. 2.3 i indklagedes indlæg af 18. december 2023, bemærkes det, at indklagede har citeret fra vilkårene og derudover understreget og fremhæver flere passager deri, jf. side 4 nederst. Det ville have været passende, hvis indklagedes advokat også ville have gjort opmærksom på, at understregninger og fremhævninger er foretaget af indklagedes advokat. Understregningerne og fremhævningerne genfindes eller fremgår nemlig ikke i vilkårene. Det samme gør sig gældende vedrørende understregningerne og fremhævningerne fra citatpassagen på side 5, tredjesidste afsnit.

Det kan således lægges til grund, at netop de passager fra vilkårene, som indklagedes advokat finder anledning at fremhæve særskilt, ikke er fremhævet overfor klager, der er forbruger, i de vilkår, som indklagede påberåber sig.

Klager forstår indklagedes advokats bemærkninger i pkt. 2.4 i indklagedes indlæg af 18. december 2023 således, at indklagede mener, at det er klager, der har bevisbyrden for, at indklagedes opgørelse af det fremsatte regreskrav ikke er korrekt. Indklagede er underlagt en ligefrem bevisbyrde også i forhold til opgørelsen af det krav, som indklagede gør gældende overfor klager. Det påhviler således alene indklagede at godtgøre berettigelsen af kravet også i størrelsesmæssig henseende. Indklagede har ikke løftet sin bevisbyrde i den henseende uden en uvildig vurdering af såvel spørgsmålet om årsagssammenhæng som fastsættelsen af méngraden og erhvervsevnetabet. Det er i den forbindelse sagen uvedkommende, at indklagede er et forsikringselskab, eller hvad undertegnede måtte være bekendt med i henseende til opgørelsen af personskadeerstatningskrav.

Ankenævnet for Forsikring kan herefter træffe afgørelse i sagen på det foreliggende grundlag."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Nævnet har blandt andet modtaget selskabets breve af 17/11 2017, af 8/1 2018, af 3/4 2018, af 16/1 2020, af 28/4 2020 og af 14/4 2021 til modparten med selskabets opgørelser vedrørende svie og smerte, varigt mén og erhvervsevnetab. Nævnet har videre fået forelagt selskabets opgørelse af regreskravet og udskift fra Retsbog af 15/5 2023. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Det fremgår af selskabets brev af 30/8 2017 til klageren:

"Vi behandler erstatningssagen

Jeg skriver til dig for at oplyse, at vi behandler erstatningssagen efter uheldet, hvor din bil med registrerings nr. ... var involveret.

Da din forsikring kun var en stilstandsforsikring da ulykken skete, kan vi ikke tilbyde dig, at betale udgifterne i sagen, og vi vil derfor opkræve dig de løbende udgifter vi får.

Personskadesagen opgøres efter Erstatningsansvarsloven, og vi udbetaler kun erstatning til modparten/skadelidte, når der er tilstrækkelig dokumentation for skaden, men du skal forvente, at der kommer udbetalinger til for eksempel reparation af motorcyklen, godtgørelse for svie og smerte og eventuelle øvrige lægeudgifter. Der kan også komme udgifter til varigt mén eller erhvervsevnetab.

Ankenævnet for Forsikring

16.

Modpartens personoplysninger er beskyttet af persondataloven, og vi kan derfor ikke oplyse dig om den konkrete skade, men hvis du har generelle spørgsmål til sagen eller for eksempel ønsker indblik i vores estimat af udgifterne på sagen, så er du meget velkommen til at kontakte mig."

Det fremgår af selskabets brev af 30/8 2017 til modparten:

"Jeg skriver til dig, fordi vi har fået oplyst, at du er kommet til skade ved et uheld.

Vi anerkender erstatningspligten over for dig, da vores kunde var skyld i uheldet.

Vi betaler erstatning for personskade til dig efter reglerne i Erstatningsansvarsloven."

Det fremgår af selskabets brev af 16/1 2020 til klageren:

"Vi opkræver beløb

Jeg skriver til dig, fordi vi har betalt yderligere erstatning vedrørende personskade overgået skadelidte i forbindelse med trafikuheldet den 22. juli 2017.

Jf. vedlagte skrivelse af 30. august 2017 ser vi os nødsaget til at opkræve dig alle erstatningsbeløb i sagen, hvorfor vi nu opkræver dig yderligere 192.672,32 kr. Jeg vedlægger opkrævning i særskilt e-mail.

Jeg skal gøre opmærksom på, at erstatningssagen endnu ikke er afsluttet, hvorfor vi påregner at fremsende yderligere opkrævninger senere."

Det fremgår af klagerens mail af 16/1 2020 kl. 11:05 til selskabet:

"Som jeg netop har forklaret ... i telefonen er det mig et mysterium at forsikringen ikke var aktive-ret på dette tidspunkt. Som det er blevet mig meddelt er dette en stilstandsforsikring om VINTE-REN, da bilen holder i garage i den periode, men om sommeren kører jeg naturligvis i bilen. Fra starten har jeg bedt om at den burde være aktiv i sommerhalvåret, hvorfor henvisning til at det blot er en stilstandsforsikring er totalt uacceptabelt!

Derfor skal jeg bede jer fremlægge skriftlig dokumentation i form af AKTIV korrespondance fra jeres CRM System og ikke blot henvisning til forsikringspolice, som viser at jeg af rette vedkommen-de hos Forsikring er blevet gjort opmærksom på at forsikringen ikke var gældende i sommer-halvåret. Alternativt har i fejl rådgivet mig. Da beløbet er af så markant en størrelse Kr. 192.672 sætter jeg også min advokat (cc), da sagens omfang er så groft at jeg om nødvendigt må gøre krav gældende mod Forsikring for beløbet grundet fejl rådgivning fra jeres side. Første instans, så-fremt en løsning ikke findes, er naturligvis Ankenævnet for Forsikring. Som trofast kunde hos Forsikring på så mange ydelser igennem så mange år må jeg blankt erkende at min tro til jer er ry-stet i sin grundvold!!"

Ankenævnet for Forsikring

17.

Det fremgår af selskabets besked af 16/1 2020 til klageren:

"Jeg skriver til dig fordi vi har talt sammen og jeg har lovet at undersøge sagen igen.

Jeg kan se, at vi tilbage i 2017 flere gange talte sammen om sagen, og også dengang gjorde jeg opmærksom på, at forsikringen ikke dækker ansvar, hvorfor du ville blive løbende opkrævet, når vi fik udgifter i sagen.

Jeg undersøgte dengang med forretningen, om der var noget, vi kunne gøre, det har jeg gjort igen i dag, men med samme resultat. Bilen var stilstandsforsikret da skaden skete, du havde selv kontaktet os og aftalt stilstandsforsikring samt efterfølgende modtaget en police på aftalen.

Vi fastholdt dengang vores vurdering, og det gør vi fortsat, hvorfor jeg venligst skal bede dig indbetale det beløb, min kollega har opkrævet.

...

For en god ordens skyld skal jeg også gentage min kollegas bemærkning om, at aktuelle opkrævning er en a conto opkrævning. Sagen er ikke sluttet, og du kan derfor få yderligere opkrævninger i sagen, så længe den er åben."

Det fremgår af klagerens mail af 16/1 2020 kl. 12:25 til selskabet:

"Det er korrekt at vi talte sammen dengang om sagen, og at jeg havde tegnet sagen som stilstand for vinterperioden, netop for at bruge bilen i sommerperioden. Hvis du nu påstår at forsikringen på intet tidspunkt har været egnet til brug i sommerhalvåret, da må jeg simpelt konstatere at Forsikring har vildledt mig på det groveste. Hertil skal jeg tilføje at der intet har været meddelt fra Forsikring om den forventede udgift ville være i en størrelsesklasse som denne! Nu kommer der pludseligt et påkrav på Kr. 197.000 for en sag fra sommeren 2017, hvorfor jeg ikke har andet valg end at indbringe sagen for Ankenævnet for forsikring."

Det fremgår af klagerens mail af 17/3 2020 til selskabet:

"Jeg skriver med henvisning til jeres krav d. 16. januar 2020, hvori jeg opkræves Kr. 192.672,32 som erstatningsbeløb for personskade til skadelidte ved trafikuheldet d. 22. juli 2017.

At skaden er sket hersker der ingen tvivl om, men at forsikringen er så tåbeligt indrettet at den ikke automatisk er aktiv i sommerhalvåret er mig ubegribeligt! At der sker en fejl i det at jeg glemte og aktivere forsikringen til sommerhalvåret er en ting, men at jeg nu skal bære udgiften til den samlede erstatning alene finder jeg yderst urimeligt. Jeg kan kun formode at produktet bevist er skabt med denne 'faldelem', hvorved i kan fraskrive jer ansvaret, når en fejl som denne opstår. Denne ageren finder jeg groft uagtsomt fra jeres side som reguleret forsikringselskab og et forhold som jeg må indbringe for Finanstilsynet, hvis vi ikke finder en løsning, da det klart strider med jeres forpligtigelse om at behandle kunder rimeligt.

I dialogen med jer spurgte jeg inden tegning af forsikringen ind til hvordan man gjorde det lettest med en sommerbil, som stod i garage om vinteren. Dertil anbefalede i denne løsning. Det mest hensigtsmæssige ville naturligvis have været at give mig en sommer forsikring gældende fra 1. april til 1. oktober. Dette blev jeg meddelt ikke var muligt. Som konsekvens heraf erkender jeg at have begået den fejl at GLEMME at aktivere Sommer forsikringen. I jeres krav meddeler I at min

Ankenævnet for Forsikring

18.

forsikring alene er en Stilstandsforsikring, hvilket aldrig var aftalen fra start, og den fremsendte police viser ikke at det handler om en forsikring som kan konverteres/aktiveres eller vilkårene for aktiveringen. I lyset af ovenstående må jeg konstatere at være blevet bevidst fejlrådgivet, hvorfor vi enten har den mulighed at indgå et kompromis hvor jeg betaler Kr. 40.000 af erstatningsbeløbet grundet min manglende 'aktivering' af sommerforsikringen. Alternativt må jeg gå den juridiske vej via Ankenævnet for Forsikring og såfremt der er afslag der, via domstolene inklusiv klage til Finanstilsynet over jeres vildledende rådgivning.

Samlet set er situationen ulykkelig for alle parter, og jeg erkender min andel af fejlen, men at jeg alene skal bære skylden grundet fejlrådgivning fra jer i form af at det solgte produkt ikke opfyldte de simple krav jeg beskrev er mig ubegribeligt. Beløbets størrelse gør at jeg desværre må stå fast på at vi finder en eller anden form for løsning nu, ellers må vi gå den tunge vej via ankenævnet og retsinstanser."

Det fremgår af selskabets brev af 20/5 2021 til klageren:

"Vi opkræver skadeudgift

Jeg skriver til dig, fordi vi nu forventer at have opgjort den endelige erstatning efter trafikuheldet den 22. juli 2017.

Vi har samlet haft en udgift på 1.464.439,32 kr. i forbindelse med personskaden opstået ved trafikuheldet, og vi vil opkræve dig denne udgift jf. tidligere korrespondance.

Jeg har noteret mig, at du tidligere har indbetalt 192.872,32 kr. til os, og vi fremsender derfor i særskilt e-mail opkrævning på det resterende beløb på 1.271.567 kr."

Det fremgår af selskabets mail af 18/6 2021 til klagerens advokat:

"Jeg skal oplyse, at vi ikke har mulighed for at fremsende kopi af lægelige oplysninger, korrespondance med skadelidte eller øvrig dokumentation for vores erstatningsudbetalinger til skadelidte, idet der her er tale om personfølsomme oplysninger. Erstatningsudbetalinger i forbindelse med skadelidtes personskade, sker i henhold til Erstatningsansvarsloven.

For så vidt angår orientering om vores opkrævninger hos [klageren], skal jeg oplyse, at vi har drøftet dette med ham ved telefonsamtaler den 29. august 2017, 2 gange den 30. august 2017 og den 16. januar 2020. Derudover henviser vi til vores e-mails til [klageren] og dig sendt den 30. august 2017, 24. november 2017, 16. januar 2020, 29. januar 2020, 31. januar 2020, 10. februar 2020, 11. februar 2020, 20. februar 2020, 2. april 2020, 7. april 2020 og 20. maj 2021.

Endelig skal jeg oplyse, at vi ikke har beføjelser til at udlevere kopi af politirapporten, men henviser dig til at kontakte ... Politi omkring din anmodning om udlevering af rapporten. Rapporten er optaget under journalnr."

Det fremgår af selskabets brev af 22/6 2022 til klagerens advokat:

"Jeg skriver til dig, fordi vi har et krav mod din klient og vores forsikringstager [klageren] i forbindelse med skadesagen af den 22. juli 2017.

Ankenævnet for Forsikring

19.

I den forbindelse vil vi gøre jer og jeres klient opmærksom på, at vi har modregnet din klients tilgodehavende på 13.173,23 kroner pga. ophøret på policen ...

Vi har modregnet kravet i vores krav i skadesag ... Det skal samtidig bemærkes, at vi fastholder vores fulde krav overfor Jeres klient, samt henviser til tidligere fremsendte korrespondance og akter i sagen."

Det fremgår af police gældende fra 6/2 2017:

"Bil stilstand

...

Forsikringen omfatter

| | | | |
|--------------------------------|---------------|----------------------------|------------|
| Fabrikat | ██████████ | Registreringsnr. | ██████████ |
| Model | ██████████ | 1. registreringsdato | ██████████ |
| Variant | ██████████ | Køreklar vægt | ██████████ |
| Effekt (1 HK = 0,735 kW) | ██████████ | Drivmiddel | ██████████ |
| Anvendelse | Privat kørsel | | |

Forsikringen dækker

Ansvar stilstand Ja Kasko stilstand Ja

Selvrisiko

Kasko stilstand 11.368 kr.

...

Forsikringen er tegnet på følgende særlige vilkår:

- Bilen henstår ubenyttet
- Bilen er uindregistreret eller nummerpladerne er afmonteret og opbevaret i et aflåst rum på forsikringstagerens bopæl.
- Forsikringen dækker ikke skader sket under kørsel.
- Stilstandsperioden og skader under stilstandsforsikringen bliver ikke medregnet ved placering på pristrin, når bilen registreres og skal forsikres på almindelige vilkår.
- Montering af nummerplader og kørsel i bilen må først ske når ny police med almindelige vilkår er modtaget."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"Et par ord om din bilforsikring

Bil elite er en kombineret forsikring, der kan bestå af flere dækninger. Du kan se i din police, hvilke dækninger du har valgt.

Her får du en kort beskrivelse af de forskellige dækninger.

...

15. Stilstandsforsikring

Er bilen uindregistreret, eller bliver nummerpladerne til en forsikret bil afmonteret, kan Forsikring tilbyde en stilstandsforsikring.

B bliver nummerpladerne afmonteret, er det en betingelse, at nummerpladerne bliver opbevaret hos forsikringstageren i et aflåst rum.

Forsikring opkræver et gebyr ved oprettelse af en stilstandsforsikring.

Ankenævnet for Forsikring

20.

Gebyret fremgår af prislisten på .Forsikring . Beløbet kan også blive oplyst ved henvendelse til Forsikring

...

19. Regres

A Hvad er regres?

Regres betyder, at Forsikring har ret til at få udbetalte beløb tilbagebetalt.

B Reglerne

1. Forsikring har regres mod enhver, som efter færdselslovens regler er ansvarlig for en skade, og som har forvoldt skaden med forsæt*, eller ved en uagtsomhed, der kan betegnes som grov hensynsløshed* jf. færdselslovens § 108 stk. 2
2. Hvis Forsikring har erstattet en skade, som ikke er dækket af forsikringen, har Forsikring regres for erstatningsbeløbet
3. For biler, der ikke frit må udlejes, har Forsikring regres, hvis skaden er sket, mens bilen var udlejet uden fører. Det gælder ikke, hvis det godtgøres, at skadens indtræden eller omfang ikke skyldes, at bilen var udlejet i strid med bekendtgørelsen om motorkøretøjer, der udlejes uden fører."

Nævnet udtaler:

Klageren havde lånt sin bil til en ven, der den 22/7 2017 var involveret i et færdselsuheld. Modparten – en motorcyklist – fik skader ved uheldet. Selskabet anerkendte erstatningspligten overfor modparten. I 2017 meddelte selskabet til klageren, at "da din forsikring kun var en stillandsforsikring da ulykken skete, kan vi ikke tilbyde dig at betale udgifterne i sagen, og vi vil derfor opkræve dig de løbende udgifter vi får". Klageren betalte regreskravet på 24.500 kr. for skaderne på motorcyklen. I 2020 opkrævede selskabet 192.672,32 kr. fra klageren i forbindelse med modpartens personskade og orienterede om, at erstatningssagen endnu ikke var afsluttet, hvorfor selskabet forventede at fremsende yderligere opkrævninger. Klageren gjorde indsigelser, men betalte kravet på 192.672,32 kr. Den 20/5 2021 oplyste selskabet, at kravet i forhold til modpartens personskade ville være 1.464.439,32 kr. Selskabet opkrævede herefter 1.258.593,77 kr., idet selskabet yderligere havde fradraget klagerens tilgodehavende på 13.173,23 kr. for en ophørt police. Klageren betalte ikke beløbet, og den 30/11 2022 stævnedes selskabet klageren. Sagen blev hævet ved byretten og henvist til behandling ved Ankenævnet for Forsikring.

Ankenævnet for Forsikring

21.

Klageren gør gældende, at selskabet ikke er berettiget til at fremsætte regreskrav, og at selskabet skal tilbagebetale allerede opkrævet beløb som følge af færdselsuheldet. Klageren har anført, at selskabet ikke har godtgjort, at betingelserne for policeregres er opfyldt, idet aftalegrundlaget – policen og forsikringsbetingelserne – er uklare på helt afgørende punkter i forhold til dækningsomfanget, og idet det ikke fremgår af policen, hvilket dækninger de særlige vilkår angår. Policen dækker "Ansvar stilstand" og "Kasko stilstand" og det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 23-24, hvad ansvarsforsikringen dækker. Klageren har anført, at selskabet ved den mundtlige dialog om indtegning af forsikringen ikke oplyste, at der ikke var ansvarsforsikringsdækning for skader forvoldt af det forsikrede køretøj, mens køretøjet var i brug som trafikmiddel.

Klageren har videre anført, at ethvert regreskrav – udover de beløb han allerede har betalt – er forældet. Klageren har anført, at betalingen i 2020 er sket uden skyldserkendelse, at han har bestridt kravet, og at der ikke har været forhandlinger om et eventuelt krav mellem parterne. Forældelsen er derfor ikke blevet afbrudt. Klageren har anført, at selskabet først den 20/5 2021 fremsatte et nyt regreskrav, og at selskabet først ved stævning af 30/11 2022 tog retslige skridt til afbrydelse af løbende forældelsesfrister.

Selskabet ønsker, at klageren skal betale 1.258.593,77 kr. med tillæg af sædvanlig procesrente fra 20/6 2021, subsidiært fra 22/7 2022, mere subsidiært fra et senere tidspunkt, dog senest fra sagens anlæg ved retten og indtil betaling sker. Selskabet har anført, at der ikke er grundlag for at imødekomme klagerens krav om tilbagebetaling, idet klageren betalte på fuldt oplyst grundlag. Bilen var på skadetidspunktet alene stilstandsforsikret, hvorfor klageren ikke var forsikringsdækket for ansvars- og kaskoskader sket ved kørsel. Selskabet er derfor berettiget til at rette er regreskrav mod klageren. Selskabet har anført, at det fremgår af policen, at forsikringen er en stilstandsforsikring tegnet på særlige vilkår. Selskabet har anført, at klageren ikke blev rådgivet om, at stilstandsforsikringen automatisk skiftede fra stilstand til aktiv i sommerhalvåret. Selskabet har oplyst, at selskabet ikke tilbyder en sådan forsikring.

Ankenævnet for Forsikring

22.

Selskabet har anført, at selskabet hæfter umiddelbart over for modparten for erstatning efter færdselslovens § 105, stk. 1, jf. § 108, stk. 1. Selskabet har anført, at regreskravet ikke er forældet. Forældelsen blev afbrudt, jf. forældelseslovens § 15, da klageren i maj 2020 indbetalte 192.299 kr. til dækning af de foreløbige erstatningsudgifter. Selskabet har anført, at klageren derved har erkendt forpligtelsen til betaling over for modparten. Selskabet har regresret som følge af færdselslovens § 108, og den 3-årige forældelsesfrist gælder for ethvert krav i anledning af personskade og regreskrav, der knytter sig dertil. Selskabet har anført, at der mellem parterne har været løbende forhandlinger om kravet og dets størrelse, jf. forældelseslovens § 21, stk. 5, som reelt ikke blev afsluttet på noget tidspunkt eller i hvert fald ikke afsluttet af klageren på en sådan måde, at det stod selskabet klart, at der ikke var grundlag for at opnå en samlet løsning med klageren. Selskabet gør gældende, at klageren afviste kravet indledningsvist, "men efterfølgende udbad sig dokumentation for kravet og forholdt sig afventende i forhold til kravet. Det følger herudover af princippet i Forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, at en anmodning om oplysninger og/eller dokumentation medfører en forlængelse af forældelsesfristen svarende til 3 år. Tilsvarende må antages at gælde i nærværende sag, hvor klager udbad sig dokumentation". Selskabet har anført, at modparten den 30/6 2020 ønskede en vurdering af sit erhvervsevnetab, og at selskabet modtog de nødvendige lægelige akter til denne vurdering den 3/11 2020. Kravet for så vidt angår erhvervsevnetabet vil ifølge selskabet tidligst forælde den 3/11 2023.

Forsikringen

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at bilen på skadetidspunktet alene var dækket af en stilstandsforsikring, og at klageren ikke har bevist, at selskabet har givet ham et tilsagn om at være dækket på anden måde, eller at selskabets medarbejder i øvrigt har ydet mangelfuld vejledning om forsikringens indhold ved indtegningen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af policen, at der er tale om en stilstands-forsikring. Overskriften på policen 6/2 2017 er "Bil stilstand", og under punktet "forsikringen er tegnet på følgende særlige vilkår" fremgår det, at forsikringen ikke dækker skader sket under

Ankenævnet for Forsikring

23.

kørsel, og at stilstandsperioden og skader under stilstandsforsikringen bliver ikke medregnet ved placering på pristrin, når bilen registreres og skal forsikres på almindelige vilkår.

Nævnet bemærker, at der ikke foreligger bevis i form af optagelser, notater eller opfølgende mailkorrespondance, som kan godtgøre indholdet af samtalen mellem klageren og selskabet ved indtegningen. Selskabet har oplyst, at selskabet ikke tilbyder en bilforsikring med stilstand i vinterhalvåret og almindelige vilkår i sommerhalvåret.

Nævnet har videre lagt vægt på klagerens mail af 17/3 2020, hvor det fremgår, at "der sker en fejl i det at jeg glemte og aktivere forsikringen til sommerhalvåret".

Det forhold – at forsikringsbetingelserne indeholder oplysninger om dækningerne ved blandt andet ansvar- og kaskoforsikring – kan ikke føre til andet resultat.

Regres

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 19, litra B, nr. 2, at selskabet har regres for erstatningsbeløb, hvis selskabet har erstattet en skade, som ikke er dækket af forsikringen.

Nævnet bemærker, at klageren – som ejer af køretøjet – er ansvarlig for de eventuelle skader, som klagerens bil måtte forvolde ved færdselsuheld og lign., jf. færdselslovens § 101, stk. 1, jf. § 104. Forsikringsselskabet hæfter umiddelbart over for skadelidte for erstatning efter § 105, stk. 1, jf. § 108, stk. 1. Nævnet henviser til Højesterets dom af 19/2 2024 i sag _____, hvor færdselslovens § 108 ikke begrænsede et forsikringsselskabs adgang til regres mod forsikrings-tager på grund af afgivelse af urigtige risikooplysninger.

På den baggrund finder nævnet, at selskabet kan gøre regres over for klageren, som overlod brugen af bilen til en bekendt, selvom bilen på skadetidspunktet alene var dækket af en stilstandsforsikring. Nævnet kan derfor ikke pålægge selskabet at tilbagebetale de beløb, som klageren allerede har betalt.

Ankenævnet for Forsikring

24.

Spørgsmålet er herefter om selskabets regreskrav på 1.258.593,77 kr. er forældet.

Det fremgår af klagerens mail af 16/1 2020 kl. 12:25 til selskabet, at "det er korrekt at vi talte sammen dengang om sagen, og at jeg havde tegnet sagen som stilstand for vinterperioden, netop for at bruge bilen i sommerperioden. Hvis du nu påstår at forsikringen på intet tidspunkt har været egnet til brug i sommerhalvåret, da må jeg simpelt konstatere at Forsikring har vildledt mig på det groveste. Hertil skal jeg tilføje at der intet har været meddelt fra Forsikring om den forventede udgift ville være i en størrelsesklasse som denne! Nu kommer der pludseligt et påkrav på Kr. 197.000 for en sag fra sommeren 2017, hvorfor jeg ikke har andet valg end at indbringe sagen for Ankenævnet for forsikring".

Det fremgår af klagerens mail af 17/3 2020 til selskabet, at "jeg skriver med henvisning til jeres krav d. 16. januar 2020, hvori jeg opkræves Kr. 192.672,32 som erstatningsbeløb for personska- de til skadelidte ved trafikuheldet d. 22. juli 2017. ... I lyset af ovenstående må jeg konstatere at være blevet bevidst fejlrådgivet, hvorfor vi enten har den mulighed at indgå et kompromis hvor jeg betaler Kr. 40.000 af erstatningsbeløbet grundet min manglende 'aktivering' af sommerfor- sikringen. ... Beløbets størrelse gør at jeg desværre må stå fast på at vi finder en eller anden form for løsning nu, ellers må vi gå den tunge vej via ankenævnet og retsinstanser".

Det fremgår af forældelseslovens § 15, at forældelsen afbrydes, når skyldneren over for for- dringshaveren udtrykkeligt eller ved sin handlemåde erkender sin forpligtelse.

Nævnet finder, at klageren ikke udtrykkeligt eller ved sin handlemåde har erkendt sin forpligtel- se efter forældelseslovens § 15 i forhold til kravet på 1.258.593,77 kr. Det kan ikke føre til andet resultat, at klageren den 29/5 2020 betalte beløbet på 192.672,32 kr., idet klageren i sine mails af 16/1 2020 og 17/3 2020 gjorde det klart, at et større regreskrav fra selskabet måtte afgøres af Ankenævnet for Forsikring eller af domstolene. Af de samme grunde finder nævnet, at sel-

Ankenævnet for Forsikring

25.

skabet ikke har godtgjort, at der har været egentlige forhandlinger mellem parterne, som kan begrunde foreløbig afbrydelse af forældelsen i medfør af forældelseslovens § 21, stk. 5.

Klageren og selskabet er solidarisk ansvarlige for den skade, som er forvoldt ved påkørslen den 22/7 2017. Spørgsmålet om forældelse af selskabets regreskrav mod klageren reguleres af forældelseslovens § 12.

Det fremgår af forældelseslovens § 12, stk. 1, at hæfter flere skyldnere solidarisk, og har én af dem opfyldt fordringen, indtræder den pågældende i henseende til forældelse af krav mod medskyldnere i fordringshaverens retsstilling. Nævnet bemærker, at uheldet skete den 22. juli 2017, og at skadelidtes helbredstilstand i efteråret 2018 utvivlsomt var således, at der bestod et aktualiseret krav på erhvervsevnetab. Dette krav er imidlertid undergivet forældelse efter den almindelige tre-årige forældelsesregel, og skadelidtes krav mod klageren – som selskabet er indtrådt i – var i hvert fald forældet i efteråret 2021, jf. forældelseslovens § 2, jf. § 3.

Det fremgår af § 12, stk. 2, at har én af skyldnerne på et tidspunkt – hvor fordringen mod denne skyldner ikke var forældet – opfyldt fordringen eller indrømmet fordringshaveren fristforlængelse, forældes et regreskrav mod en medskyldner tidligst 1 år efter afbrydelsen, opfyldelsen eller afgivelsen af tilsagnet om fristforlængelse.

Nævnet lægger til grund, at selskabet senest har udbetalt erstatning til modparten – og derved opfyldt fordringen – i foråret 2021.

Allerede fordi der er gået mere end 1 år fra selskabets sidste udbetaling og til udtagelse af stævningen mod klageren den 30/11 2022 finder nævnet, at selskabets regreskrav på 1.258.593,77 kr. er forældet.

Af samme grund finder nævnet, at selskabet ikke har været berettiget til at modregne klagerens tilgodehavende på 13.173,23 kr.

Ankenævnet for Forsikring

26.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Forsikring skal anerkende, at regreskravet på 1.258.593,77 kr. er forældet og ikke kan opkræves hos klageren. Selskabet skal udbetalte klagerens tilgodehavende på 13.173,23 kr., idet selskabet på grund af forældelse af sin fordring ikke har kunnet bringe dette beløb i fradrag. Tilgodehavendet forrentes efter rentelovens bestemmelser.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Klagegebyret tilbagebetales.