



# KØBENHAVNS BYRET DOM

afsagt den 9. april 2021

---

Sag [REDACTED]

A

mod

B v/ C  
(advokat Isabell Olesen)

Denne afgørelse er truffet af dommer [REDACTED].

## Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen er anlagt den 5. juli 2020. A (herefter A) blev den 27. august 2013 påkørt bagfra, mens han i sin bil holdt for rødt lys. Han fik piskesmæld, og den 5. februar 2016 fastsatte Arbejdsmarkedets Erhvervssikring hans méngrad til 10 %.

Sagen drejer sig om, hvorvidt B v/ C forpligtelse til udbetaling af erstatning i henhold til en kollektiv ulykkesforsikring tegnet gennem D er forældet. A har bl.a. anført, at forældelsesfristen tidligst kan regnes fra den 5. februar 2016, hvor Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsatte hans méngrad til 10 %, da ulykkesforsikringen ikke omfattede lavere mén end 10 %. Han har yderligere anført, at han først blev bekendt med eksistensen af ulykkesforsikringen i april 2018, da han blev bedt om at oprette log in til D ny digitale platform, og at B v/ C bærer ansvaret for dette, da selskabet ikke har levet op til informationspligten i gældende god skik bekendtgørelser.

A har påstået, at B v/ C skal betale ham 40.000 kr. med tillæg af procesrente fra sagens anlæg.

B v/ C har påstået frifindelse.

### Sagens oplysninger

Sagen er behandlet på skriftligt grundlag og efter reglerne om småsager.

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a.

A anmeldte skaden den 30. april 2018.

C afslog på vegne B dækning den 25. maj 2018:

*"Vores selskab har indgået en aftale med B om behandling af skader på de her i landet etablerede ulykkesforsikringer via D  
Vi har nu modtaget kopi af lægelige akter fra E*

### Sagen afvises

Ud fra de foreliggende oplysninger, må vi meddele, at vi ikke kan anerkende sagen, da kravet er forældet. Forældelsen af dit krav indtræder 27. oktober 2017. Efter forsikringsaftalelovens § 29 og forældelseslovens § 3 forældes dit krav 3 år efter det tidspunkt du havde kendskab til, eller burde have haft kendskab til kravet/for- dringen.

Vi henviser desuden til forsikringsbetingelserne, hvoraf det fremgår, at en skade uden ophold skal anmeldes til selskabet.

Det fremgår af de foreliggende oplysninger, at du den 27. oktober 2014 er til undersøgelse hos speciallæge i neurokirurgi [REDACTED]. Den 29. december udfærdiger speciallægen en speciallægeerklæring, hvoraf det fremgår, at din tilstand efter uheldet der skete, den 27. august 2013 var stationær på tidspunktet for undersøgelsen, der blev foretaget den 27. oktober 2014.

På baggrund af dette kan vi ikke anerkende skaden, da kravet er forældet. Skaden bliver først anmeldt den 30. april 2018 og der er derfor gået mere end 3 år fra tidspunktet, hvor din tilstand er stationær og du havde/burde have kendskab til kravet og til D modtager din anmeldelse af skaden."

Ankenævnet for forsikring traf afgørelse den 4. september 2019. Ankenævnet frifandt **B** v/ **C** med følgende begrundelse:

#### **Nævnet udtaler:**

Klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist at yde dækning for et anmeldt ulykkestilfælde, der indtrådte den 27 /8 2013. Han har anført, at forældelsesfristen først er begyndt at løbe fra den 5/2 2016, hvor det i en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring blev vurderet, at hans mengrad efter ulykken var 10 %. Han har også anført, at han ikke har været bekendt med, at han som led i sit fagforeningsmedlemsskab var omfattet af en kollektiv ulykkesforsikring før i 2018, og at han i 2014 var blevet telefonisk oplyst af fagforeningen, at han ikke var omfattet af en ulykkesforsikring. Han har med henvisning hertil anført, at han har været i uforskyldt uvidenhed om forsikringen.

Selskabet har anført, at forældelsesfristen for klagerens krav udløb den 29/12 2017, hvorfor kravet på dækning for det anmeldte ulykkestilfælde var forældet forud anmeldelsen til selskabet den 1/5 2018. Selskabet har henvist til, at klageren senest ved udfærdigelsen af en speciallægeerklæring af 29/12 2014 var bekendt med en eventuel fordring. Selskabet har endvidere anført, at klageren ved indmeldelsen i fagforeningen i 2005 har fået meddelelser om, at han var omfattet af en ulykkesforsikring, og at dette også har fremgået af de nyhedsbreve, som løbende er blevet sendt til ham.

#### Forældelsesfristen

Nævnet finder, at klageren i hvert fald på tidspunktet for speciallægeerklæringen af 29/12 2014 var bekendt med, at han kunne have et muligt krav mod sin ulykkesforsikring på grund af generne efter ulykken. Nævnet har lagt vægt på, at klageren ved undersøgelsen havde oplyst, at han straks efter ulykken havde smerter i nakken, og at han fortsat var generet af dette.

Nævnet bemærker, at krav i henhold til forsikringsaftalen er underlagt en 3-årig forældelse, jf. forsikringsaftalelovens § 29 og forældelseslovens § 3, stk. 1. Fristen regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor klageren har haft rimelig anledning til og mulighed for at gøre kravet gældende over for selskabet. Det er ikke en betingelse, at omfanget af skaden skal have været klageren bekendt på dette tidspunkt. Ved ulykkestilfælde er dette tidspunkt i henhold til nævnets praksis som udgangspunkt ulykkestidspunktet.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at klagerens krav som udgangspunkt er forældet i hvert fald ved udløbet af den 29/12 2017.

### Rådgivning og kendskab til forsikringen

Spørgsmålet er herefter, om forældelsesfristen har været suspenderet som følge af forældelseslovens § 3, stk. 2, hvoraf det følger, at "Var fordringshaveren ubekendt med fordringen eller skyldneren, regnes forældelsesfristen i stk. 1 først fra den dag, da fordringshaveren fik eller burde have fået kendskab hertil".

Det fremgår af et brev af 6/4 2005 til klageren, at fagforeningen byder ham velkommen i fagforeningen og blandt andet angiver, at "Du er omfattet af både heltidsulykkesforsikring og dødsfaldsydelse fra det tidspunkt, du er overflyttet". I brev af 9/6 2005 bekræfter fagforeningen, at klageren er blevet overflyttet, og at "Du er overflyttet som fuldtidsforsikret medlem af vores a-kasse med virkning fra den 01.06.2005". Klageren har oplyst til nævnet, at han har modtaget de 2 breve og fortsat er i besiddelse af disse. Klageren har oplyst, at brevet af 6/4 2005 var et tilbud på overflytning, og at han må have besvaret et vedlagt skema, der skulle udfyldes til foreningen.

Selskabet har fremlagt eksempler på nyhedsbreve, der løbende er blevet sendt til klageren, hvoraf det fremgår, at klagerens type fagforeningsmedlemskab inkluderede en ulykkesforsikring.

Klageren har anført, at han ved en forespørgsel til fagforeningen i 2014 fik oplyst, at han ikke var omfattet af en ulykkesforsikring. Selskabet har bestridt denne oplysning, idet fagforeningen har oplyst, at en samtale med klageren i 2014 vedrørte andre forhold end forsikring. Nævnet kan efter en gennemgang af sagen ikke lægge til grund, at fagforeningen i 2014 har oplyst til klageren, at han ikke var omfattet af en forsikring.

Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at klageren ikke kan anses for at have været i utilregnelig uvidenhed om forsikringens eksistens, hvorfor der ikke er indtrådt suspension af forældelsesfristen. Nævnet har i denne forbindelse lagt vægt på indholdet af brevene, som klageren modtog fra fagforeningen i forbindelse med overflytningen i 2005, og at der løbende er givet oplysninger om de forskellige medlemstyper i de udsendte medlemsbreve.

Det klageren har anført om god skik-reglerne kan ikke føre til andet resultat, da det efter forældelsesloven § 3, er afgørende, om klageren havde eller burde have haft kendskab til sit krav mod selskabet. En eventuel overtrædelse af god skik-reglerne kan påtales af Finanstilsynet.

Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har anset klagerens krav på forsikringsdækning som forældet forud for anmeldelsen til selskabet den 1/5 2018, jf. forældelseslovens § 3, stk. 1.

Som følge heraf

bestemmes:

Klageren får ikke medhold.

Den 6. april 2005 (bilag 11) skrev **A** **D** i et brev på en side bl.a. til

**Vi byder dig velkommen i Fagforeningen.**

...

**To blanketter til overflytning**

...

**Behandlingstid**

Når overflytningen har fundet sted, får du brev fra os. Du må forvente, at ekspeditionstiden kan være op til 4 uger fra nuværende akasse.

Priser

...

**Opkrævning**

...

**Forsikringer**

Du er omfattet af både heltidsulykkesforsikring og dødsfaldsydelse fra det tidspunkt, du er overflyttet.

**Spørgsmål**

Hvis du har spørgsmål til dette brev, er du velkommen til at kontakte mig på tlf ... .

Med venlig hilsen

**D**

Den 9. juni 2005 (bilag 12) skrev **D** til **A** bl.a.:

" Bekræftelse på overflytning

Du er overflyttet som fuldtidsforsikret medlem af vores a-kasse med virkning fra den 01.06.05.

Endvidere er du indmeldt i vores forbund " [REDACTED] " pr. 01.06.05. Du vil fremover blive opkrævet kontingent månedsvi for både a-kasse og forbund. Ved første opkrævning sker der en regulering tilbage til start-datoerne."

### **"God skik"**

I medfør af lov om finansiel virksomhed har været udstedt bekendtgørelser "om god skik for finansielle virksomheder ..."

I nedennævnte bekendtgørelser bestemmes det bl.a. i kapitlet "Forsikringstiden".

§ ..Et forsikringsselskab skal årligt oplyse kunden om de skadesforsikringer, som kunden har hos selskabet. Selskabet skal i oversigten på tydelig måde gøre opmærksom på, at der kan være behov for ændringer. Alternativt kan kunden vælge at få elektronisk adgang til oplysningerne.

Bekendtgørelse nr. 1046 af 27. oktober 2004

Bekendtgørelse nr. 1261 af 8. december 2006

Bekendtgørelse nr. 686 af 20. juni 2007

Bekendtgørelse nr. 1222. af 19. oktober 2007

Bekendtgørelse nr. 965 af 30. september 2009

Bekendtgørelse nr. 769 af 27. juni 2011

Bekendtgørelse nr. 1406 af 20. december 2012

Bekendtgørelse nr. 928 af 28. juni 2013

I nedennævnte bekendtgørelser bestemmes det i kapitlet "Forsikringsaftalen" bl.a.:

§ .. Et forsikringsselskab skal årligt oplyse kunden om de skadesforsikringer, som kunden har hos selskabet. Selskabet skal i oversigten på tydelig måde gøre opmærksom på, at der kan være behov for ændringer.

Stk. 2. Hvis et forsikringselskab ikke har kendskab til den enkelte kundes identitet, eller hvor der i en forsikringsordning er en bemyndiget, kan de i medfør af stk. 1 krævede oplysninger udleveres til den fysiske eller juridiske person, der er bemyndiget til at modtage dette materiale.

Bekendtgørelse nr. 729 af 12. maj 2015

Bekendtgørelse nr. 1094 af 14. september 2015

Bekendtgørelse nr. 330 af 7. april 2016

### Parternes synspunkter

A har i sit afsluttende processkrift anført:

”Sagens kerne omhandler, at jeg først i april 2018 ved et tilfælde blev klar over, at jeg havde en ulykkesforsikring. Årsagen til min uvidenhed skyldes sagsøgtes manglende opfyldelse af forsikringsaftaleloven og god skik lovbekendtgørelsen mht. lovpligtigt at informere om forsikringen på et personligt varigt medie.

Yderligere er min oprindelige påstand, at fordi ulykkesforsikringen først dækker fra 10 % méngrad og det først var 5. februar 2016 AES vurderede mit mén til 10 % og jeg derved først jf. forældelsesloven lovmæssigt kunne kræve min erstatning (fordring) udbetalt, gælder der minimum en frist på 3 år herfra dvs. frem til 5. februar 2019. Det er selvfølgelig klart, hvis jeg var bekendt med forsikringens eksistens på ulykkestidspunktet 27. august 2013 havde jeg naturligvis haft mulighed for at anmelde skade langt tidligere, men når tidspunktet for fordringen ligger indenfor forældelseslovens ramme bør dette være gældende. Forældelsesloven omhandler, at man altid har en 3 årig frist gældende fra det tidspunkt, hvor fordringen kunne kræves udbetalt dvs. tidligst fra 5. februar 2016 og minimum 3 år frem. Derfor ville jeg ikke kunne kræve min erstatning udbetalt før tidligst 5. februar 2016, når nu forsikringen først dækker fra 10 % mén.

Jeg blev påkørt bagfra 27. august 2013 og fik et piskesmæld. Modpartens forsikring og min egen ulykkesforsikring udbetaler mig i første omgang i 2015 svarende til 5 % mén erstatning. Kort efter sender mit eget ulykkesforsikringsselskab E sagen til en vurdering hos AES, som 5. februar 2016 vurderer mit mén til 10 % ud fra deres méntabel. Jeg anmelder først skaden til sagsøgte i april 2018, da jeg ved et tilfælde får et brev (bilag 2) fra min fagforening, som på dette tidspunkt har lavet en portal, hvor man kan se sine personlige oplysninger. Man kan ikke forvente, at jeg som ”lægmand” kan vide, hvornår et mén præcis giver 10 % - det er derfor man har AES til at foretage disse vurderinger.

I starten af 0-erne vedtages den første udgave af lovbekendtgørelsen om "god skik for forsikringsvirksomheder". Denne lov er løbende blevet mere omfattende gennem årene. Formålet med at denne lov er vedtaget er at sikre og beskytte forbrugere mht. deres rettidigheder til de oplysninger forsikringsselskaber er forpligtiget til at fremsende, der bl.a. skal indeholde forsikringspolice, -betingelser, pris, gyldighed, årlige forsikringsoversigter, mulig begunstiging osv. Disse skal være mig personligt tilsendt på et varigt medie dvs. enten personligt brev, eller hvis aftalt på en portal med personligt log in. Forsikringsselskaber kan godt aftale f.eks. i tilfælde af gruppeforsikringer, at det ikke er dem selv, som sender disse oplysninger til forbrugeren, men de er i sidste ende ansvarlige for at tilsikre det bliver gjort i overensstemmelse med loven. Dvs. de tilstrækkelige oplysninger gives på et varigt personligt medie. Et medlemsblad er ikke et varigt medie, desuden var de oplysninger, der blev givet af fagforeningen i medlemsbladet 6 gange på 13 år svarende til 6 sider (med få linjer tekst) ud af ca. 3000 sider med uklare og vildledende oplysninger f.eks. at nogle medlemmer havde en forsikring mens andre ikke havde – dette opfylder ikke kravet om, at oplysninger skal gives på en let og forståelig måde jf. god skik loven. Størstedelen af medlemsbladet var desuden reklameannoncer, så det var let at overse ting. Det var tilsyneladende så kompliceret, at **D** heller ikke selv kunne finde ud af at give korrekt besked, hvilke medlemmer som har og ikke har en forsikring, da jeg i 2014 telefonisk kontaktede dem og fik oplyst at jeg ikke havde en forsikring. Det har tidligere været nævnt fra sagsøgte, at det var andre forhold, jeg har talt med fagforeningen om i 2014. Jeg har talt med dem to gange i 2014 - den ene gang kontaktede de mig selv, fordi der var gået noget galt i deres opkrævning af efterlønsbidrag og den anden gang ringede jeg til dem for at spørge dem, om jeg havde en ulykkesforsikring, hvilket de oplyste jeg ikke havde.

Jeg har ikke fået nogle oplysninger tilsendt overhovedet vedrørende at jeg skulle have en ulykkesforsikring. Sagsøgte bestrider, at man har overtrådt god skik loven, men man har ikke fremlagt beviser for at disse lovpligtige oplysninger skulle være tilsendt. Dette er heller ikke efter mit svarskift af 21. december 2020, hvor jeg opfordrer sagsøgte til at fremlægge disse beviser/oplysninger, som i givet fald skulle være tilsendt for ikke at bryde loven. Det er derfor bevist, at sagsøgte har overtrådt loven om god skik for forsikringsvirksomheder. Dette bør derfor få en processuel skadevirkning jf. retsplejelovens § 344.

Tilsvarende har sagsøgte heller ikke jf. opfordring i mit svarskift af 21. december 2020 fremkommet med en rimelig begrundelse eller årsag til, hvorfor oplysninger fra de andre forsikringsselskaber ønskes fremlagt. Disse andre forsikringsselskaber kan ikke ses at have et ansvar i sagsøgtes manglende overholdelse af forsikringsaftaleloven og god skik loven, som er den reelle problematik i denne her sag. Såfremt sagsøgte havde overholdt denne forpligtigelse, ville der



ikke have været en sag. Derfor opponerer jeg imod, at dette skal have en processuel skadevirkning for mig jf. retsplejelovens § 344. Her kan tilføjes, at i de forsikringsbetingelser (bilag 14) pkt. 11 som er fremlagt nævnes, at sagsøgte netop henviser til AES méntabel. Da det ligeledes er AES, der har foretaget vurderingen ud fra deres méntabel, kan det heller ikke være pga. den vurderede mén grad, dette ønskes.

Da jeg skulle skifte fagforening tilbage i 2005 fik jeg 3 tilbud fra andre fagforeninger, herunder bilag 11 fra **D**. Efter jeg har bekræftet tilbuddet, modtager jeg bilag 12, som intet bekræfter om, at jeg har en gyldig ulykkesforsikring - tilmed sendes vedlagt i brevet forskellige forsikringsfoldere (bilag 13) f.eks. med bl.a. dødsfaldsdækning, som jeg tilsyneladende allerede er dækket af uden at vide det. Dette må siges at være vildledende. Jf. god skik bekendtgørelsen og forsikringsaftaleloven skal en forsikringsaftales gyldighed bekræftes og præmie, samt forsikringsbetingelser/police skal tilsendes. Dette er aldrig sket. Bemærk, at det fremgår heller ikke på opkrævningen, at der i betalingen skulle indgå en forsikring - som det skal iflg. Forsikringsaftaleloven og god skik loven. Det er dog først i 2012 sagsøgte overtager forsikringen, hvorefter der stadig intet tilsendes. Tilmed ringer jeg til fagforeningen og spørger i 2014.

Iflg. Forsikringsaftaleloven kan forsikringsvirksomhedens oplysningspligt ikke fraviges til skade for forbrugeren.

Fra opkrævning - intet nævnt om forsikring:

1. AUGUST BETALES DETTE BELØB VEJL. AFTALENR. [REDACTED]	
[REDACTED] MEDLEMSHR. [REDACTED]	
KONTINGENT FOR PERIODEN 01-08-2013 TIL 31-08-2013	
STATSBIDRAG	320,00
ATP BIDRAG	6,00
ADMINISTRATIONS BIDRAG	125,00
FAGLIGT KONTINGENT	99,00
I ALT FOR PERIODEN	550,00

Grundlæggende mener jeg, det er kritisabelt, at forsikringsselskaber ikke overholder love som vedtages for at sikre og beskytte forbrugerne får de nødvendige oplysninger. Sagsøgte overholder ikke denne lov og efterfølgende mener man, det er i orden at afvise forsikringsdækning, når årsagen grundlæggende skyldes man overhovedet ikke har udsendt påkrævede oplysninger. Det er en konsekvens af sagsøgtes egen manglende opfyldelse af loven, at man afviser at betale erstatning. Det er først i 2019 i forbindelse med sagen hos Ankenævnet for Forsikring, jeg får tilsendt forsikringsbetingelserne og uden dem vil jeg ikke være i stand til at vide, hvilke krav og betingelser der skulle følges, vel og mærket i tilfælde af jeg var viden om forsikringens eksistens.

Sagsøgte har i øvrigt stadig ikke trods opfordringer endeligt bekræftet, hvorvidt der er tale om de korrekte forsikringsbetingelser, som blev fremlagt i 2019 over-

for Ankenævnet for Forsikring (bilag 14), samt i givet fald hvorfor der er nævnt andre forsikringselskaber f.eks. [REDACTED] under pkt. 14. Under pkt. 3 kan ses at dækningsperioden fremgår af forsikringsbeviset - jeg har aldrig modtaget noget "forsikringsbevis".

### 3. Dækningsperiode

Forsikringen dækker i den dækningsperiode, der fremgår af forsikringsbeviset.

At fagforeningen beskriver ulykkesforsikring i et tilbud 8 år tidligere som aldrig yderligere bekræftes kan ikke fritage sagsøgte for ansvar. Desuden var det også [REDACTED] forsikring de dengang havde lavet aftale med (som så i øvrigt heller ikke har overholdt loven).

Finanstilsynet oplyser mig, at opfyldelse af god skik loven og forsikringsaftaleloven mht. at give de lovpligtige informationer er noget de tager meget alvorligt og at det er noget, de fremover generelt vil tage med i deres fremtidige kontroleftersyn hos forsikringsvirksomhederne.

Finanstilsynet har ligeledes oplyst, at ankesager vedrørende manglende overholdelse af god skik loven skal behandles i Ankenævnet for Forsikring, hvilket jeg har forstået, man ikke helt er enige i hos Ankenævnet for Forsikring og henviser til domstolene."

**B v/ C** har i sit afsluttende processkrift anført:

"Det gøres gældende, at sagsøgers eventuelle krav var forældet forud for anmeldelsen til sagsøgte. Forældelsesfristen er 3 år, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, jf. forældelseslovens § 3, stk. 1. Det gøres gældende, at forældelsesfristen regnes fra skadens indtræden, hvorfor forældelse som udgangspunkt indtrådte den 27. august 2016.

Sagsøger har gjort gældende, at han ikke var bekendt med fordringen, hvorfor suspensionsreglen i forældelseslovens § 3, stk. 2, finder anvendelse. Dette bestrides.

Det gøres gældende, at sagsøger siden uheldets indtræden har været bekendt med sine gener og dermed grundlaget for kravet. Der henvises i den forbindelse til bilag A, hvilken tekst ligeledes var anvendt ved anmeldelsen til **E**

hvoraf blandt andet fremgår, at sagsøger "(...) havde smerter i nakken straks efter", ligesom det fremgår, at sagsøger kontinuerligt i tiden efter uheldet modtog behandling hos egen læge og kiropraktor.

Vedrørende forældelsesfristens begyndelsestidspunkt kan retten lægge det til grund som ubestridt, at sagsøger oplevede gener umiddelbart efter færds-

elsuheldet, og at generne har været af nogenlunde samme karakter fra færdselsuheldet den 27. august 2013 til nu.

Sagsøger har dermed for så vidt angår de helbredsmæssige gener ikke været i utilregnelig uvidenhed om de faktiske omstændigheder, der danner grundlag for kravet, jf. forældelseslovens § 3, stk. 2.

Sagsøger har gjort gældende, at han frem til april 2018 ikke havde kendskab til forsikringens eksistens, hvorfor der er grundlag for at suspendere forældelsesfristen. Dette bestrides med henvisning til sagens bilag 11 og 12.

Det gøres gældende, at sagsøger var bekendt med, at han var omfattet af en gruppeulykkesforsikring gennem sit medlemskab af **D** Det forhold, at sagsøger i tiden efter færdselsuheldet angiveligt ikke erindrede, at han havde en sådan forsikring, kan ikke føre til suspension af forældelsesfristen, jf. forældelseslovens § 3, stk. 2. Det gøres således gældende, at sagsøger burde vide, at han havde et muligt krav, der kunne rejses over for sagsøgte.

Det bestrides, at forældelsesfristen skal regnes fra fremkomsten af Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings vejledende udtalelse den 5. februar 2016, idet sagsøger ikke har været i utilregnelig uvidenhed om de faktiske omstændigheder, der danner grundlag for kravet. Det forhold at sagsøger ikke har været i stand til at bedømme sin egen méngrad og hvorvidt denne var af en størrelse, der ville medføre udbetaling fra forsikringen hos sagsøgte, er uden betydning for forældelsesfristen.

Det fastholdes således, at forældelse i sagen indtrådte den 27. august 2016, og at sagsøgers eventuelle krav mod sagsøgte dermed var forældet forud for anmeldelsestidspunktet.

Sagsøgte bestrider, at sagsøgte har overtrådt bekendtgørelsen om god skik for finansielle virksomheder. Sagsøger har ikke godtgjort, at bekendtgørelsen er overtrådt. Det gøres endvidere gældende, at selv hvis sagsøger havde godtgjort en sådan overtrædelse, ville det være uden betydning for denne sag, der angår spørgsmålet om, hvorvidt sagsøgers eventuelle krav mod sagsøgte er forældet.

Sammenfattende gøres det således gældende, at sagsøgers eventuelle krav var forældet på tidspunktet for anmeldelsen til sagsøgte den 30. april 2018. Sagsøgte skal således frifindes.”

Parterne har under hovedforhandlingen nærmere redegjort for deres opfattelse af sagen.

## **Rettens begrundelse og resultat**

Det kan efter sagens oplysninger, herunder **A** bemærkninger i processkrifter til brug for sagen, lægges til grund, at hans gener efter påkørslen opstod i umiddelbar tilknytning til påkørslen. Efter oplysningerne i Ankenævnet for Forsikrings afgørelse kan det endvidere lægges til grund, at en speciallæge den 29. december 2014 erklærede, at tilstanden var stationær. Herefter og af de grunde, der er anført af Ankenævnet for Forsikring, finder retten, at **A** krav som udgangspunkt var forældet i hvert fald den 29. december 2017. **A** vidste senest på det tidspunkt, at der var indtrådt en skade, som kunne begrunde et krav mod et ulykkesforsikringsselskab, selvom han ikke vidste, om skaden ville være dækket af forsikringen, når det nærmere omfang af skaden var fastlagt.

Det er herefter spørgsmålet om **A** var i utilregnelig uvidenhed om sit krav, fordi han ikke fra **B** v/ **C** eller **D** modtog en police eller en årlig oversigt over forsikringen, jf. skiftende bekendtgørelser om god skik i finansiel virksomhed.

Sagen drejer sig om en kollektiv ulykkesforsikring tegnet af **D** på vegne af medlemmerne. Selv om det først ved bekendtgørelse nr. 729 af 12. maj 2015 om god skik for finansielle virksomheder blev præciseret, at de oplysninger, der skal udleveres af et forsikringsselskab, som ikke har kendskab til den enkelte kundes identitet, kan udleveres til den juridiske person, aftalen er indgået med, må det antages, at dette også har været retsstillingen efter tidligere bekendtgørelser, hvor det er anført, at police og årlige oplysninger skal meddeles til kunden. De krævede oplysninger skulle derfor ikke af **B** v/ **C** gives til sikrede, **A** men til hans fagforening, som var forsikringsselskabets kunde.

**A** blev i forbindelse med optagelsen som medlem af **D** gjort bekendt med, at han var omfattet af en kollektiv ulykkesforsikring. Oplysningerne om eksistensen af en ulykkesforsikring er efter det oplyste herefter formidlet i medlemsbladet, som efter **A** oplysninger ophørte med at udkomme i 2017. Fra april 2018 var oplysningerne tilgængelige på det enkeltes medlems personlige portal hos fagforeningen. Henset til at den omhandlede forsikring var en kollektiv forsikring med ensartede vilkår for samtlige sikrede, og som den enkelte sikrede ikke havde indflydelse på, finder retten ikke, at det med virkning for forsikringsselskabet kan kritiseres, at meddelelse om forsikringen er givet i medlemsblade udsendt til samtlige medlemmer.

Efter sagens udfald skal **A** betale sagens omkostninger. **B** v/ **C** har indgivet svarskrift, duplik og sammenfattende processkrift. Sagens omkostninger skal fastsættes efter retsplejelovens § 408, stk. 1, jf. retsplejelovens kapitel 30. Under hensyn hertil og til, at sagen er behandlet på skriftligt

grundlag, fastsættes et passende salær til advokaten til 5.370 kr., svarende til tre timers arbejde. Det er oplyst, at **B** v/ **C** er momsregistreret.

**THI KENDES FOR RET:**

**B** v/ **C** frifindes.

**A** skal til **B** v/ **C** betale sagsomkostninger med 5.370 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

