586/00

Den 31. januar 2000 blev i sag nr. 50.578:

xxxx xxxxxxxx xxxxxx
xxxx xxxxxxx xx
xxxx xxxxxx

mod

Chubb Insurance Company
of Europe
v/PFA Skade-agentur a/s
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har kollektiv ulykkesforsikring i Chubb Insurance Company of Europe v/PFA Skade-agentur a/s, klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at udbetale erstatning efter et ulykkestilfælde den 8/12 1992, hvor klageren pådrog sig knæskader.

Arbejdsskadestyrelsen har vurderet, at klageren som følge af ulykkestilfældet har fået varigt mén på 8% og mistet 50% af sin erhvervsevne.

Selskabet har afvist at udbetale erstatning under henvisning til, at forsikringen ifølge forsikringsbetingelserne på skadetidspunktet først yder erstatning ved et varigt mén på minimum 50%.

Klagerens advokat har heroverfor anført, at erstatningen skal beregnes i forhold til klagerens erhvervsevnetab som følge af ulykkestilfældet. Klagerens advokat har i den forbindelse henvist til ankenævnskendelserne nr. 43.006 og 43.639.

Inden tegningen af forsikringen i oktober 1990 modtog klageren en folder, hvoraf bl.a. fremgår: ”Familiesikring/Udlån er en gruppelivsforsikring, hvis formål er at indfri din restgæld til banken, hvis – du dør, inden du er fyldt 60 år, eller – du bliver 50% invalid som følge af ulykke.”

På bagsiden af den tilmeldingsblanket, der blev anvendt ved forsikringens tegning gennem en bank – i forbindelse med optagelse af et lån i banken – i 1990, hedder det bl.a.: ”**Kortfattede regler for gruppelivsforsikring/gruppeulykkesforsikring knyttet til udlånskonti** For udlånskonti, hvortil der er knyttet gruppelivsforsikring, gælder PFA Pension’s almindelige forsikringsbetingelser for gruppelivsforsikring ved dødsfald. I det følgende omtales kort de regler, der kan have særlig interesse. … **Forsikringsdækningens størrelse** Dækningen omfatter restgæld på det/de forsikrede lån. … **Gruppeulykkesforsikring** Ud over reglerne for gruppelivsforsikring gælder følgende regler for gruppeulykkesforsikringen: **Forsikringens omfang** Forsikringen dækker, hvis et ulykkestilfælde medfører varig invaliditet på mindst 50%.”

Der er efter det oplyste ikke udleveret andet materiale til klageren i forbindelse med tegningen af forsikringen. Selskabet har dog i skrivelse af 25/6 1999 oplyst, at klageren havde mulighed for at rekvirere de almindelige betingelser for kollektiv ulykkesforsikring. Af disse fremgår bl.a.: ”3.0 FORSIKRINGENS OMFANG 3.1 Medfører et ulykkestilfælde varig invaliditet på minimum 50%, i henhold til Sikringsstyrelsen’s Men-tabel, refunderes hele den på skadetidspunktet værende restgæld.”

I 1996 fik forsikringsbetingelserne følgende ordlyd: ”Forsikringen dækker, hvis et ulykkestilfælde medfører varigt mén på mindst 25% i henhold til Arbejdsskadestyrelsens méntabel. Ved méngrader mellem 25% og 50% ydes dækningen i procent af forsikringssummen. Ved méngrader på¨50% og derover dækkes med den fulde forsikringssum.”

Denne ændring blev meddelt klageren.

Selskabet har i skrivelse af 25/6 1999 anført: ”Sammenfattende må det fastholdes, at da skadelidte tegnede ulykkesforsikringen i 1990 var ’varig invaliditet’ den term man an-

vendte for det, man i dag betegner som 'varigt mén', hvilket understøttes af, at man i selve forsikringsbetingelserne, som skadelidte havde mulighed for at rekvirere, henviser til Sikringsstyrelsens mén-tabel i sammenhæng med varig invaliditet. Yderligere skal det gøres gældende, at der heller ikke på skadestidspunktet i 1992 var tvivl om forståelsen af udtrykket varig invaliditet. Der bliver i juni 1996 fremsendt forsikringsbetingelser, der svarer til de tidligere gældende, dog således, at sprogbrugen er moderniseret, og ordet 'varig invaliditet' er aflåst af 'varigt mén'. Da skaden anmeldes i 1997, kan skadelidte således ikke være i tvivl om, at forsikringen dækker varigt mén. Som det fremgår af ovenstående er der intet i perioden fra forsikringens tegning og til anmeldelsen af skaden, der kunne bibringe skadelidte den opfattelse, at forsikringen skulle dække for tab af erhvervsevne. Det skal endelig gøres gældende, at såfremt skaden var blevet anmeldt i forbindelse med ulykkestilfældets opståen i 1992, ville sagsbehandlingen have fulgt den praksis, som var gældende på daværende tidspunkt, nemlig at varig invaliditet blev opgjort i henhold til Sikringsstyrelsens mén-tabel. Skaden anmeldes 5 år efter ulykkestilfældets indtræden. I tiden fra ulykkestilfældets indtræden og til anmeldelse af ulykkestilfældet, er man gået over til at bruge nogle andre ord for de samme begreber. Det er vores standpunkt, at forsikringsbegivenheden må bedømmes efter forsikringsbetingelserne og betydningen af almindelig terminologi, der var gældende i 1992, hvilket finder støtte i kendelse i sag nr. 34.726 afsagt den 13. december 1993 af Ankenævnet for Forsikring …"

Selskabet har endvidere henvist til ankenævnskendelse nr. 45.248.

Klagerens advokat har i skrivelse af 24/9 1999 anført: "Sammenfattende gøres det til støtte for den nedlagte påstand gældende:

- at man med begrebet 'varig invaliditet' skal forstå tab af erhvervsevne,
- at såvel forsikringsaftalens ordlyd som omstændighederne ved dennes indgåelse medfører, at begrebet 'varig invaliditet' skal forstås som tab af erhvervsevne,
- at klager på grund af omstændighederne ved aftalens indgåelse, aftalens ordlyd, det udleverede markedsføringsmateriale mv. er blevet bibragt en forventning om, at forsikringssummen vil komme til udbetaling i tilfælde af, at et ulykkestilfælde invaliderer klager i et sådant omfang, at evnen til at opretholde en indtægt er nedsat med 50% eller mere,

- at en evt. uklarhed må fortolkes mod selskabet,

- at forsikringsselskabet ikke med henvisning til Dansk Forsikring Leksikon kan afvise at udbetale erstatning,

- at det forhold, at forsikringsselskabet efterfølgende, dvs. i 1996, har ændret forsikringsvillkårene, støtter, at forsikringsydelsen skal udbetales i nærværende situation, hvor skadelidtes evne til at opretholde en indtægt er nedsat med mere end 50%. Dette støttes yderligere, at forsikring efter de nugældende forsikringsbetingelser giver ret til udbetaling af forsikringsydelse ved en méngrad på 25%, hvilken ændring er sket uden, at præmien er ændret."

Nævnet udtaler:

En forsikring som den foreliggende må – henset til omstændighederne ved dens tegning - antages at være tegnet for at sikre bankens låntager (klageren), at han har midler til at tilbagebetale lånet, hvis han måtte komme ud for et varigt indtægtstab i forbindelse med en alvorlig ulykke. En adækvat forsikring vil derfor skulle dække bankens låntager ved et betydeligt tab af erhvervsevne frem for ved en betydelig méngrad. Hvis forsikringen ikke er tegnet med sådanne forsikringsvilkår – hvad bankens kollektive ulykkesforsikring hos Chubb Insurance Company of Europe ikke er – bør dette klart fremgå af det materiale, der udleveres til bankens låntager. At det er méngraden, der er relevant for forsikringsdækningen, fremgår vel af Chubb Insurance's almindelige betingelser for kollektiv ulykkesforsikring, men disse forsikringsbetingelser blev ikke særskilt udleveret til bankens låntager ved tilmeldingen til forsikringen.

Det afgørende må som udgangspunkt være, hvilke forventninger det udleverede materiale må anses at have bibragt klageren på tegningstidspunktet.

Nævnet bemærker, at det i ankenævnsudtalelse nr. 43.639 og i ankenævnskendelse nr. 47.795 har behandlet lignende klagesager vedrørende samme selskab.

Nævnet finder, at det er størrelsen af klagerens tab af erhvervsevne, som er afgørende for hans dækning under den tegnede ulykkesforsikring. Da klagerens erhvervsevne-

tabsprocent som følge af ulykken må antages at være mindst 50%, skal selskabet således udbetale den fulde forsikringssum.

Derfor

b e s t e m m e s :

Selskabet, Chubb Insurance Company of Europe v/PFA Skade-agentur a/s, skal under iagttagelse af forrentningsreglen i forsikringsaftalelovens § 24 betale klageren den fulde forsikringssum.

Jørgen Nørgaard