650/02

Den 22. juli 2002 blev i sag nr. 56.867:

xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxx

mod

Zurich Forsikring
Rådhuspladsen 75
1790 København V

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der er forsikret i henhold til en gruppeulykkesforsikring i Zurich Forsikring, påstår selskabet tilpligtet at udbetale erstatning i henhold til hans erhvervsevnetab.

Forsikringen blev – sammen med en gruppelivsforsikring – tegnet i marts 1996 gennem et pengeinstitut. Efter det oplyste blev forsikringen tegnet på pengeinstituttets foranledning, fordi man ønskede yderligere sikkerhed for et lån. Det fremgår af grundpolicen udstedt til foreningen af Samarbejdende Sparekasser, at gruppeulykkesforsikringen er pantsat til Sparekassen. Det fremgår endvidere af de hertil knyttede forsikringsbetingelser, at invaliditetsgraden fastsættes efter den tilskadekomnes medicinske invaliditetsgrad uden hensyntagen til forsikredes specielle erhverv.

Ifølge selskabet skulle der ved tegningen være blevet udleveret et sæt kortfattede forsikringsbetingelser. Disse angiver på forsiden, at de vedrører "Gruppeliv". Det hedder videre:

> "Invalidesummen udbetales ved en invaliditetsgrad på mindst 25% som følge af en ulykke. ... **Forsikringsbetingelser.** I øvrigt gælder Forenede Gruppelivs almindelige forsikringsbetingelser for gruppelivsforsikring."

Klageren har endvidere i januar 1997 modtaget en forsikringsoversigt fra Sparekassen vedrørende 1996. Heri er angivet dækningen ved dødsfald, og "Ved tab af erhvervsevne" pr. 1/1 1997. Den 30/1 1997 modtager klageren meddelelse om at gruppeulykkesforsikringen nu flyttes til et andet forsikringsselskab (AP-Skade), det hedder endvidere:

"Der sker ingen ændring i betingelserne, som vi vedlægger til orientering."

De vedlagte forsikringsbetingelser angiver, at invaliditeten fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel.

Klageren modtager imidlertid igen i januar 1998 forsikringsoversigt, der omtaler erhvervsevnetab. I januar 1999 "invaliditet/tab af erhvervsevnen" og i 2000 invaliditet, og her angives, at der sker udbetaling ved 25% mén.

Klageren er kommet til skade i september 1996, hvilket kort efter blev anmeldt til selskabet. Arbejdsskadestyrelsen har efterfølgende vurderet klagerens erhvervsevnetab til 25% og méngraden til 20%. Klageren kræver derfor forsikringssummen udbetalt under henvisning til erhvervsevnetabet.

Selskabet gør principalt gældende, at der er tale om en klage over et pengeinstitut, hvorfor sagen bør henvises til Pengeinstitutankenævnet.

Subsidiært gøres gældende, at klageren ved tegningen fik udleveret forsikringsbetingelserne, der angiver, at forsikringen dækker invaliditet. Selskabet bestrider, at have noget kendskab til det af pengeinstituttet udsendte materiale. Selskabet henviser endvidere til det i forbindelse med selskabsskiftet udsendte materiale og gør gældende, at klageren ikke kan have haft berettigede forventninger om at være forsikret mod erhvervsevnetab.

Mest subsidiært gør selskabet gældende, at dækning af erhvervsevnetab uden nærmere definition må forstås som værende lig med tilkendelse af førtidspension.

Klageren gør gældende, at han alene har modtaget pensionsoversigten fra Sparekassen.

Nævnet udtaler:
Indledningsvis bemærkes at klagen vedrører retten til udbetaling i henhold til en i selskabet tegnet forsikring. Når selskabet vælger at sælge forsikring gennem et pengeinstitut, må selskabet hæfte for de dispositioner, pengeinstituttet foretager i forbindelse med forsikringen.

Nævnet anser sig således for kompetent til at behandle klagen.

Det er nævnets praksis – i sager vedrørende nærværende forsikringstype, der tegnes til dækning af lån – at beregne erstatningen i forhold til erhvervsevnetabsprocenten, medmindre det godtgøres, at forsikringstageren klart er blevet gjort opmærksom på, at forsikringen alene dækker mén.

De forsikringsbetingelser, der ifølge selskabet er udleveret til klageren ved forsikringens tegning angiver, at der sker udbetaling ved en invaliditetsgrad på 25%.

Begrebet invaliditet er ikke defineret, og kan efter nævnets opfattelse lige vel forstås som erhvervsevnetab som mén. Hertil kommer at forsikringsbetingelserne angiver, at vedrøre en livsforsikring, hvor begrebet invaliditet normalt anvendes i betydningen erhvervsevnetab. Klagerens eventuelle misforståelse af begrebet er blevet bestyrket ved modtagelsen af forsikringsoversigten i januar 1997, hvori der henvises til tab af erhvervsevne.

Nævnet finder, at det indklagede selskab ikke kan påberåbe sig det materiale, der er fremsendt fra det nye selskab, hvor begreberne ganske vist er defineret mere klart, men klageren har efter nævnets opfattelse ikke haft særlig anledning til at hæfte sig ved disse, da det ifølge skrivelse af 30/1 1997 fremgik, at der ingen ændringer var i forsikringsbetingelserne.

Den af selskabet påberåbte Højesteretsdom U 2000.50 vedrører ikke en forsikring tegnet i tilknytning til en låneoptagelse eller oprettelse af en budgetserviceordning, således som en række afgørelser fra de seneste år fra Ankenævnet for Forsikring gør det. Højesteretsdommen anses derfor ikke for afgørende for løsningen af den foreliggende sag.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Selskabet, Zurich Forsikring, skal udbetale forsikringssummen for invaliditet med tillæg af renter i henhold til forsikringsaftalelovens § 24.

Marianne Højgaard Pedersen