656/02

Den 14. oktober 2002 blev i sag nr. 57.404:

xxxx xxxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxx x
xxxx xxxxx

mod

AP Skadeforsikring A/S
Østerbrogade 125
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der gennem Sparekassen har tegnet gruppelivsforsikring i Forenede Gruppeliv, som indeholder en gruppeulykkesforsikring i AP Skadesforsikring A/S, klager ved sin repræsentant over selskabets afvisning af at yde forsikringsdækning efter et anmeldt ulykkestilfælde.

Gruppeulykkesforsikringen blev oprindeligt tegnet i 1996 i Zürich Forsikring gennem Sparekassen, og pr. 1/1 1997 overført fra Zürich Forsikring til AP Skadesforsikring A/S.

Det fremgår af sagen, at klageren den 18/10 1997 var udsat for et ulykkestilfælde.

Arbejdsskadestyrelsen har den 29/3 1999 vurderet méngraden efter ulykken til 10% og erhvervsevnetabet til 25%.

Selskabet har afvist at yde erstatning under henvisning til, at forsikringen dækker ved en méngrad på mindst 25%.

I klageskrivelsen af 12/12 2001 har klagerens repræsentant anført:

"Vi har ikke modtaget breve eller ændringer vedr. forsikringsbetingelser nogen steder fra, som skulle have givet anledning til at reagere. Alt hvad vi har modtaget har vi

gemt, og kopier heraf vedlægges. At AP-Pension skriver flere gange '*gået fra Sparekassen i sikker forvisning om*', forstår jeg ikke noget af. Det er jo ikke noget man går og tænker på. Den dag ulykken indtraf henvendte jeg mig til det forsikringsselskab som stod anført på de papirer jeg havde fået udleveret ved tegning, og da de afviste at modtage en anmeldelse tænkte vi ikke mere på det før vi, ganske rigtigt foranlediget af en avisartikel, blev opmærksomme på at vores situation kunne minde om den som var omtalt heri. Det har ikke noget med drømme at gøre, mere retfærdighed.

AP-Pension erkender at der i årsopgørelsen for 1998 **fejlagtigt** er anført at ulykkesforsikringen dækker ved tab af erhvervsevne, og at jeg, sikkert 'med ondt fortsæt' ikke har sendt andre årsopgørelser ind. Det har jeg ikke fordi jeg tog den som vedrører året for ulykken, og regnede med at dette måtte være nok. De skriver også at der på årsopgørelsen for 1999 ikke står 'tab af erhvervsevne', **men det gør der altså på min kopi!** Og det gør der for årene 1996-1997-1998-1999. Så AP-Pension har jo haft rige muligheder for at korrigere for den fejlagtige formulering! AP-Pension stiller spørgsmålstegn ved hvorfor vi ikke har reageret, på baggrund af det påståede, løbende tilsendte, materiale. Vi kan jo så spørge om hvorfor AP-Pension ikke selv har været vågen og fået rettet formuleringen i de årsopgørelser der sendes ud til kunderne, så der kan gives anledning til misforståelser? Desværre har jeg ikke årsopgørelsen for 2000 - det burde jeg have hvis jeg har modtaget én - og årsopgørelsen 2001 som AP-Pension refererer til er jo ikke sendt ud endnu!

Med hensyn til viden om hvilke forsikringer vi havde, troede vi jo at have tegnet dækning for erhvervsevnetab, og vi satte vores lid til at være blevet rigtigt informeret ved henvendelsen til FG i forbindelse med ulykken. Der var så mange andre ting at tænke på i den forbindelse, når man står med en mand som ændrer adfærd psykisk og fysisk, og som mister sit job af samme grund, og hele familien må forlade hjemmet i flere måneder fordi huset på grund af ulykken skal renoveres. (Det var en bil som smadrede underetagen - hvori Jens opholdt sig, og fik ydermuren væltet over sig. Så ærligt talt, ja, der skulle en avisartikel lang tid efter, til at få mig til at 'vågne op'."

Klagerens repræsentant har suppleret sin klageskrivelse ved skrivelse af 6/1 2002, hvor det bl.a. har anført:

3. 57.404

"Som supplement til tidligere fremsendt klage, kan jeg oplyse at jeg d. 21.12.2001, ganske kort tid efter at, AP-P-ension havde afgjort min skadesag, modtog vedlagte skrivelse fra mit pengeinstitut.

Det er en skrivelse som er sendt til alle bankens kunder, som har en sådan forsikring.

Jeg opfatter det som om at banken, måske på forsikringsselskabets opfordring, har udsendt brevet til kunderne fordi de tidligere papirer vi har modtaget i forbindelse med vores gruppeulykkesforsikring ***kunne*** give anledning til misforståelser, og altså få os til at tro, som vi gjorde, nemlig at vi er dækket i det pågældende skades tilfælde."

Af pengeinstituttets skrivelse af december 2001 fremgår bl.a.:

"Vi vil gerne benytte lejligheden til at understrege, at den gruppeulykkesforsikring, du har tegnet gennem Sparekassen, kommer til udbetaling, hvis du som følge af et ulykkestilfælde får en méngrad må mindst 25%. Gruppeulykkesforsikringen dækker altså ***ikke*** tab af erhvervsevne. Gruppe*livs*forsikringen kommer til udbetaling ved død, hvad enten den skyldes sygdom eller ulykke."

Selskabet har ved skrivelse af 11/2 2002 til nævnet redegjort for sagen således:

"Sagen drejer sig om, at J.S. [klageren] ved brev af 6. september 2001 krævede udbetaling af forsikringssummen på sin gruppeulykkesforsikring i AP Skadesforsikring Aktieselskab (herefter kaldet AP Skade), fordi Arbejdsskadestyrelsen den 29. marts 1999 fastsatte hans erhvervsevnetab til 25 % som følge af et ulykkestilfælde, der skete den 18. oktober 1997. Ligeledes den 29. marts 1999 fastsatte Arbejdsskadestyrelsen det varige mén til 10 %. AP Skade har anerkendt uheldet som et ulykkestilfælde som defineret i forsikringsbetingelserne, men afvist at J.S. er berettiget til udbetaling, fordi forsikringen kun dækker varigt mén på mindst 25 % og ikke dækker erhvervsevnetab. For god ordens skyld bemærkes, at efter AP Skades opfattelse er sagen ikke identisk med de sager om ulykkesforsikringer tegnet i forbindelse med låntagning, som Ankenævnet for Forsikring tidligere har behandlet.

4. 57.404

I september 1996 blev der begæret en gruppeforsikring omfattende gruppelivsforsikring med tilknyttet gruppe**ulykkes**forsikring - på foranledning af og via Sparekassen H. (herefter kaldet Sparekassen) - med J.S. som den forsikrede. Gruppelivsforsikringen blev etableret i Forenede Gruppeliv, og gruppeulykkesforsikringen i Zürich Forsikring. Gruppeulykkesforsikringen blev pr. 1. januar 1997 overflyttet til AP Skade på identiske vilkår.

Ifølge J.S.s daværende kunderådgiver i Sparekassen, befandt J.S. og hans ægtefælle sig i Sparekassen i september 1996, fordi de havde økonomiske problemer, som Sparekassen ville hjælpe dem med ved at oprette et lån. Sparekassen stillede dog som betingelse for at oprette lånet, at J.S. tegnede en gruppelivsforsikring med Sparekassen som panthaver, således at Sparekassen - i tilfælde af J.S.s død - kunne få sit tilgodehavende dækket ind, idet Sparekassen vurderede, at J.S.s ægtefælle ikke ville være i stand til at afvikle gælden i tilfælde af J.S.s død. Den pågældende gruppe**livs**forsikring har automatisk tilknyttet en gruppe**ulykkes**forsikring med dækning af varigt mén vurderet til mindst 25 %. J.S. afgav helbredsoplysninger, som blev sendt til Forenede Gruppeliv sammen med begæringen om gruppe**livs**forsikring, og Forenede Gruppeliv antog gruppe**livs**forsikringen. Zürich Forsikring modtog ikke helbredsoplysninger, da det var og er et led i den pågældende gruppeforsikringsaftale, at såfremt gruppe**livs**forsikringen bliver antaget, har gruppe**ulykkes**forsikringsselskabet automatisk antaget gruppe**ulykkes**forsikringen, og bliver gruppe**livs**forsikring ikke antaget, er gruppe**ulykkes**forsikringen automatisk heller ikke antaget.

...

J.S. hævder såvel i forbindelse med skadeanmeldelsen som i klagen, at han ikke har modtaget forsikringsbetingelser. Forsikringsbetingelserne for gruppe**ulykkes**forsikring er indeholdt i en folder, som omtaler såvel gruppe**livs**forsikringen som gruppe**ulykkes**forsikringen. Ifølge J.S.s daværende kunderådgiver var det i 1996 kutyme i Sparekassen, at forsikringsbetingelserne blev udleveret sammen med en kopi af begæringen om tegning af forsikring. Som det fremgår af vedlagte kopi, der er Sparekassens kopi af aftalesættet, er det underskrevet af J.S., og han har bl.a. skrevet under på, at 'Dækning og præmie for indeværende år fremgår af vedlagte 'Forsikringsbetingelser - Gruppeliv'. En kopi svarende til Sparekassens kopi blev udleveret til J.S. i september 1996 sammen med folderen med forsikringsbetingelserne. I forbindelse

med, at gruppe**ulykkes**forsikringen pr. 1. januar 1997 blev overflyttet til AP Skade på uændrede vilkår, blev der sendt et brev til alle, der var registreret i Sparekassernes Datacentrals forsikringsregister som gruppe**ulykkes**forsikringskunde, og som det fremgår af brevet af 30. januar 1997, var forsikringsbetingelserne medsendt, jf. bilag 2 og 3. Det er det samme register, der danner grundlag for opkrævning af præmie til gruppeforsikringerne og for udsendelse af årsoversigter fra de sparekasser, herunder Sparekassen Hobro, der er medlem af Foreningen Samarbejdende Sparekasser. (Registeret styrer derimod ikke teksten på årsopgørelserne.) J.S. har fået trukket præmie til gruppeordningen siden tegningen i 1996, og det fremgår af J.S.s bilag, at han i hvert fald har modtaget årsoversigter siden januar 1997, og derfor er der også sendt brev vedlagt forsikringsbetingelser til J.S. i 1997. Samme register er i øvrigt benyttet til at sende brevet af december 2001 vedlagt forsikringsbetingelser, som J.S. har sendt kopi af til Ankenævnet med brev af 6. januar 2002.

I folderen med forsikringsbetingelser, som er udleveret til J.S. i Sparekassen i september 1996 og sendt til J.S. i januar 1997 fremgår det af den første side, andet afsnit ..., at: "Der er i henhold til aftale med AP Skade tilknyttet en gruppe**ulykkes**forsikring. Betingelserne for denne del af forsikringen er anført særskilt i denne orientering.' I kolonne 3, andet afsnit, står der: 'Invalidesummen udbetales ved en invaliditetsgrad (méngrad) på mindst 25 % som følge af en ulykke. Virkninger ved sygdom dækkes ikke. Se i øvrigt efterfølgende 'Betingelser for gruppeulykkesforsikring'. 'I kolonne 5 og resten af folderen er forsikringsbetingelserne for gruppeulykkesforsikringen aftrykt, og i kolonne 6, første afsnit, første punktum, står der: 'Den tilskadekomne har ret til erstatning, hvis ulykkestilfældet har medført en invaliditetsgrad på mindst 25 %.', og i kolonne 6, andet afsnit, står der: 'Invaliditetsgraden fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens procenttabel til brug for vurdering af mén. '

Som anført indledningsvis har vi anerkendt uheldet den 18. oktober 1997 som et ulykkestilfælde, således som dette begreb er defineret i forsikringsbetingelserne, men vi har afvist, at ulykkestilfældet berettiger til udbetaling af erstatning fra ulykkesforsikringen, fordi invaliditetsgraden (méngraden) er vurderet til 10%, dvs. under de i forsikringsbetingelserne krævede mindst 25 %.

Sammen med skadeanmeldelsen sendte J.S. os kopi af nogle afgørelser fra Ankenævnet for Forsikring, som vedrører ulykkesforsikringer tegnet i forbindelse med optagelse af lån. Præmisserne i disse sager er stort set enslydende, og f.eks. udtaler nævnet/nævnets flertal i sagen 53.211: 'Forsikringen er tegnet af klageren i forbindelse med etablering af budgetserviceordning i Den Danske Bank ... Henset til baggrunden for forsikringens tegning finder nævnet, at det har været nærliggende for klageren at gå ud fra, at han var i færd med at tegne en forsikring, som var således indrettet, at dækningspligt for selskabet udløstes ved en ulykke, som forringede hans erhvervsevne - indtjeningsevne - med mindst 50%. De nærmere omstændigheder ved forsikringens tegning i 1988 ... kan ikke antages at have givet klageren anledning til at have anden forventning end den ovenfor beskrevne, at dækningspligt udløses ved en ulykke, som forringede hans indtjeningsevne med mindst 50 %.' Alle de afgørelser, vi har modtaget kopi af, viser, at Ankenævnets afgørelse i disse sager bl.a. er begrundet i, hvad Ankenævnet formoder, at det har været nærliggende for klageren at gå ud fra i tegningsøjeblikket.

Vi mener af adskillige grunde, at denne sag adskiller sig fra sager som ovennævnte. J.S. har ikke tegnet gruppeordningerne, fordi han fremsatte ønske herom. Gruppelivsforsikringen blev tegnet, fordi det var en betingelse fra Sparekassens side for at hjælpe J.S. og hans ægtefælle, der havde økonomiske problemer, med et lån. Gruppeulykkesforsikringen med erstatning ved et varigt mén på mindst 25 % fulgte automatisk med, hvis gruppelivsforsikringen blev antaget, og kunne ikke have været fravalgt. Handlingsmønsteret i de første fem år efter tegningen viser, at J.S. i september 1996 har koncentreret sin interesse om lånet og ikke kan have gjort sig tanker om gruppeordningerne. Det fremgår af J.S.s skadeanmeldelse, ..., at han angiveligt ringede til Forenede Gruppeliv efter ulykken, og at Forenede Gruppeliv angiveligt oplyste, at J.S. ikke var erstatningsberettiget, da han ikke var død efter ulykken. (Skadeanmeldelsen indeholder en række misforståelser, som vi har korrigeret i vort brev af 25. oktober 2001, ..., ligesom vi har korrigeret fejl i J.S.s brev af 27. oktober 2001 i vort brev af 10. december 2001, ..) Efter denne besked fra Forenede Gruppeliv foretog J.S. sig ikke yderligere i relation til gruppeordningerne i ca. 4 år, selv om han havde masser af anledning til det, hvis han virkelig i september 1996 havde troet, at han var i færd med at tegne en forsikring, der dækkede erhvervsevnetab. I skadeanmel-

delsen skrev J.S. i første afsnit, sidste punktum: 'Man (indføjet af AP Skade: 'man' skal her læses som Forenede Gruppeliv) 'glemte' dengang i 1997 at informere mig om at jeg havde 2 forskellige forsikringstyper via min sparekasse - én som dækker ved død og én som dækker ved invaliditet/erhvervsevnetab.' ... *J.S.s bemærkning viser, at godt et år efter, at han tegnede gruppeordningen, vidste J.S., at han havde tegnet en forsikring, men ikke hvilken type forsikring, og bemærkningen viser, at J.S. ikke under nogen omstændigheder kan formodes på tegningstidspunktet at have haft nogen forventning om, at han var ved at tegne en forsikring, der dækkede erhvervsevnetab.* Hvis J.S. på tegningstidspunktet havde troet, at han var i færd med at tegne en forsikring, der gav dækning ud over dødsfaldsdækning, ville bemærkningen fra Forenede Gruppeliv naturligt have resulteret i spørgsmål til Sparekassen, men J.S. reagerede ikke på Forenede Gruppelivs oplysning om, at han kun havde en forsikring, der dækkede ved død. I årsoversigterne, der blev sendt ud fra Sparekassen primo 1997, 1998 og 1999, har Sparekassen fejlagtigt oplyst, at J.S. havde forsikringsdækning ved erhvervsevnetab, men det fik ikke J.S. til at spørge nærmere i Sparekassen. J.S. reagerede heller ikke over for Sparekassen, da fejlen var blevet korrigeret, således at årsoversigterne primo 2000 og 2001 korrekt undlader at skrive om forsikringsdækning ved erhvervsevnetab, og årsoversigten primo 2001 taler om erstatningsberettigede ulykkestilfælde, der medfører en méngrad (invaliditetsgrad) på mindst 25 %. Heller ikke Arbejdsskadestyrelsens brev af 29. marts 1999, hvorefter méngraden er vurderet til 10 % og erhvervsevnetabet til 25 %, får J.S. til at reagere. Først den 10. september 2001 modtog vi skadeanmeldelse fra J.S. foranlediget af fjernsynsudsendelsen 'Rapporten'.

Som kommentar til J.S.s supplement af 6. januar 2002 til klagen kan vi oplyse, at brevet af december 2001, som i forvejen skulle sendes til alle, der var forsikret under gruppe**ulykkes**forsikringsordningen, naturligvis blev suppleret med en præcisering af, at gruppe**ulykkes**forsikringen dækker mén og **ikke** tab af erhvervsevne. 'Rapporten' har måske skabt usikkerhed hos nogle forsikrede, og sager som J.S.-sagen involverer mange personer og er derfor tidsrøvende.

Som påvist ovenfor er J.S.s klagesag af en anden karakter end den række, lån/forsikring-ssager, som Ankenævnet for Forsikring tidligere har afsagt kendelse i, hvorfor J.S.-sagen efter AP Skades opfattelse ikke kan få samme udfald.

J.S.-sagen kan efter vores opfattelse alene vurderes ud fra de forsikringsbetingelser for gruppe**ulykkes**forsikring, der er en del af forsikringsaftalen, og derfor må AP Skade fastholde sin afvisning af at udbetale erstatning, idet det varige mén er vurderet til 10% af Arbejdsskadestyrelsen ud fra Arbejdsskadestyrelsens méntabel og dermed til mindre end forsikringsbetingelsernes krav om en invaliditetsgrad (méngrad) på mindst 25 % vurderet ud fra Arbejdsskadestyrelsens méntabel."

Af Sparekassens aftalegrundlag, påført klagerens underskrift, fremgår bl.a.:

"Dækning og præmie for indeværende år fremgår af vedlagte 'forsikringsbetingelser - Gruppeliv'."

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelse:

"**GRUPPEULYKKESFORSIKRING ... 2. INVALIDITET** Den tilskadekomne har ret til erstatning, hvis ulykkestilfældet har medført en invaliditetsgrad på mindst 25%. Ved et erstatningsberettiget ulykkestilfælde udbetales hele summen. Erstatningen fastsættes, så snart ulykkestilfældets endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter ulykkestilfældets indtræden. Invaliditetsgraden fastsættes i overensstemmelse med den méntabel, som Arbejdsskadestyrelsen benytter på skadetidspunktet, med de begrænsninger, der er anført nedenfor og i punkt 6."

Nævnets flertal udtaler:

Nævnet kan tilslutte sig selskabets argumentation for, at der ikke påhviler selskabet nogen dækningspligt over for klageren. Det er uheldigt, at sparekassen i årsoversigterne primo 1997, 1998 og 1999 har oplyst, at klageren havde dækning ved erhvervsevnetab, men dette kan ikke i sig selv påføre selskabet (AP Skadeforsikring A/S) en dækningsforpligtelse.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Jørgen Nørgaard