673/03

Den 10. juni 2003 blev i sag nr. 59.156:

xxxx xx xxxxxxxxx
xxx xxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx x

mod

Popermo Forsikring G/S
Dalumvej 89
5250 Odense SV

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har ulykkesforsikring i Popermo Forsikring G/S, klager over selskabets afvisning af at udbetale renter i forbindelse med udbetaling af forsikringssummen.

Klageren anmeldte den 5/7 1996 et sygdomstilfælde af dissemineret sclerose. Klageren anførte i skadeanmeldelsen, at han bemærkede de første symptomer den 1/8 1992, men at endelig diagnose først blev stillet den 3/7 1996.

Selskabet har i skrivelse af 29/8 1996 til klageren bl.a. anført:

> "Debutåret ansættes til 1993, hvorefter udbetaling af erstatning i henhold til betingelserne vil være mulig, så snart en eventuelt invaliditet måtte passere de 5%, der er et minimum for udbetaling af erstatning.
>
> For god ordens skyld nævnes blot, at skaden er anmeldt hertil den 5/7 d.å., og at eventuel erstatning først vil kunne udbetales efter samme dato næste år."

Klageren er den 11/10 2000 bevilget løntilskud til fleksjob, således at N. Kommune refunderer 2/3 af mindstelønnen.

Af speciallægeerklæring af 10/1 2001 fra neurolog O.N. fremgår bl.a.:

"Man må påregne yderligere forværring i patientens tilstand. Jeg finder aktuelt arbejdsevnen reduceret med over 2/3."

Selskabet har i skrivelse af 23/8 2002 til nævnet nærmere redegjort for sagen således:

"Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 6.6, jf. § 6.1 at erstatning for sygdomstilfælde udbetales i takt med invaliditetsgradens fastsættelse.

På debuttidspunktet udgjorde forsikringssummen ved 100% sygdomsinvaliditet 600.000 kr.

Vi udbetalte acontoerstatning 30.000 kr. første gang den 6/4 1998. Udbetalingen skete fordi vi den 23/3 1998 havde modtaget en vurdering fra Statens Øjenklinik ... Udbetalingen skete uden at der forelå en egentlig speciallægeerklæring således at det ikke var givet at der forelå en sygdomsinvaliditet på udbetalingstidspunktet.

Herefter modtog vi speciallæge O.N.'s erklæring den 31/1 2001 ..., og på baggrund af denne erklæring udbetalte vi yderligere 20.000 kr. Endelig foretog vi igen den 22/3 2001 en acontoudbetaling med 200.000 kr. Denne udbetaling skete også uden lægelig dokumentation, og betalingen skete alene på baggrund af en del telefoniske samtaler som undertegnede havde ført med forsikringstageren.

Den 3/7 2002 modtog vi et brev fra forsikringstageren ... hvor denne oplyste at tilstanden nu var yderligere forværret. Med baggrund i dette brev udbetalte vi uden at indhente yderligere speciallægeerklæringer den 10/7 2002 den resterende del af forsikringssummen som udgjorde 280.000 kr. Herefter har forsikringstageren modtaget 600.000 kr. som er forsikringssummen ved 100% sygdomsinvaliditet.

Forsikringstageren gør gældende at han har krav på renter, men som det er Ankenævnet bekendt, har vi meddelt forsikringstageren at vi mener at vores betalingsfrist er holdt inden for rammerne af Forsikringsaftalelovens § 24, og at vi derfor ikke skal betale renter.

Over for ankenævnet fastholder vi også at vores udbetalinger er sket indenfor rammerne af 14 dages fristen i FAL § 24 således at vi ikke skal betale renter."

I klagerens skrivelse af 5/9 2002 til nævnet hedder det bl.a.:

"Jeg fik i juli 1996 stillet diagnosen dissemineret selerose med debutår 1992.

Anmeldelse til forsikringsselskabet skete umiddelbart efter diagnosen var stillet.

Jeg har under sagsbehandlingen modtaget følgende udbetalinger fra Popermo:

06.04.1998	30.000 kr.
23.09.1999	70.000 kr.
08.02.2001	20.000 kr.
22.03.2001	200.000 kr.
10.07.2002	280.000 kr.

Jeg har under hele sagsforløbet siden anmeldelsen bestandigt ved både telefoniske og skriftlige henvendelser måtte presse på for at formå forsikringsselskabet til at udbetale de pågældende beløb, og først efter talrige henvendelser fra min side er det lykkedes mig at modtage forsikringsbeløbet i de ovenanførte rater.

Kun i forbindelse med udbetalingen den 08.02.2001 på 20.000 kr. har Popermo krævet en særskilt lægeundersøgelse, og jeg har straks, da jeg blev opfordret hertil, rettet henvendelse til speciallæge og efter endt undersøgelse fået forelagt speciallægeerklæringen for forsikringsselskabet. Undersøgelsen blev gennemført af den speciallæge, som forsikringsselskabet efter nærmere drøftelse ønskede som ekspert.

De øvrige udbetalinger, dvs. på i alt 580. 000 kr., er først nået frem til mig efter, at jeg som nævnt gentagne gange har anmodet herom, og udbetalingerne er ikke udløst af nogen dokumentation fra lægelig side (bortset fra 1. rate, som bygger på en vurdering fra Statens Øjenklinik).

Jeg har derfor svært ved at forstå, at forsikringsselskabet ikke er forpligtet til at betale renter. Betalingerne er efter min opfattelse presset ud af selskabet med forsinkelser,

og selskabet kan ikke henvise til, at jeg har forsømt at fremskaffe nogen form for manglende bevis til grundlag for udbetalingerne.

Jeg mener således ikke, at forsikringsselskabet gennem sagsbehandlingen har overholdt tidsfristerne i Forsikringsaftaleloven.

Hvis forsikringsselskabet påberåber sig, at de har manglet dokumentation som grundlag for udløsning af de enkelte rateudbetalinger, må jeg anmode om, at selskabet specificerer den dokumentation, de har ønsket og redegør for, hvornår de har opfordret mig til at fremskaffe denne."

Selskabet fastholder, at alle betalinger til klageren er sket enten til tiden eller før den tid, hvor han havde krav på udbetaling.

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

"**Erstatning ved invaliditet § 6**

1. Dersom erstatning i henhold til § 5 ikke kommer til udbetaling, og såfremt ulykkestilfældet har medført en invaliditetsgrad på mindst 5%, har forsikrede ret til invaliditetserstatning, der fastsættes, så snart ulykkestilfældets endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter ulykkestilfældets indtræden.

...

3. Invaliditetserstatningen udgør den til invaliditetsgraden svarende procent af forsikringssummen på ulykkestidspunktet.

...

6. Erstatning for invaliditet som følge af de i § 1,2 anførte sygdomme beregnes på samme måde som erstatning for ulykkestilfælde. det er dog en betingelse for erstatning, at den sygdomsramte ikke afgør ved døden inden for et år efter sygdommens lægelige diagnosticering og anmeldelse til selskabet. Erstatningen ydes på grundlag af forsikringssummen på det tidspunkt, sygdommen første gang blev symptomgivende.

   Den til stk. 1 anførte 3 års regel er ikke gældende for sygdomsinvaliditet, men erstatningen udbetales i takt med invaliditetsgradens fastsættelse."

Nævnet udtaler:

Det er nævnets opfattelse, at den invaliditetsgrad, der blev fastsat af selskabet efter modtagelsen af speciallægeerklæringen af 31/1 2002, er for lavt ansat, og at det beløb på 200.000 kr., som selskabet aconto udbetalte - allerede - den 22/3 2001 uden yderligere lægelig dokumentation, burde have været udbetalt den 8/2 2001 sammen med beløbet på de 20.000 kr. Selskabet bør derfor forrente beløbet på de 200.000 kr. fra den 8/2 2001 til den 22/3 2001.

Udbetalingen den 10/7 2002 af den resterende del af forsikringssummen, 280.000 kr., skete på grundlag af klagerens oplysninger i brev af 3/7 2002 om yderligere forværring af hans tilstand. Nævnet finder ikke grundlag for at fastslå, at dette beløb burde være udbetalt tidligere end sket. Selskabet kan derfor ikke pålægges at forrente beløbet.

Der findes heller ikke grundlag for at pålægge selskabet at forrente de tidligere acontoudbetalinger pr. 6/4 1998 og 23/9 1999.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Selskabet, Popermo Forsikring G/S, skal anerkende at være forpligtet til at forrente acontoudbetalingen på 200.000 kr. i tiden fra den 8/2 2001 til den 22/3 2001.

Klagen i øvrigt kan ikke tages til følge.

J. Hermann