708/04

Den 11. oktober 2004 blev i sag nr. 63.025:

xxxxxxx xxxxxxxxxx xxxxxx
xxxxxxxxx xxx xxx xxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xx xx xxx
xxxx xxxxx x

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har ulykkesforsikring i PFA Pension, påstår ved sin advokat selskabet pligtig at yde forsikringsdækning for et anmeldt tab af erhvervsevne.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning bl.a. med henvisning til, at det er den medicinske invaliditetsgrad og ikke erhvervsevnetabet, som er forsikret.

Klagerens advokat har i skrivelse af 21/12 2003 til nævnet redegjort for sagen således:

> "I forbindelse med tegningen fik min klient i Andelskassen oplyst, at hun ville være dækket i det omfang, hendes erhvervsevne blev nedsat.
>
> Jeg kan oplyse, at min klients erhvervsevne i hvert fald er nedsat med omkring 65 %, idet min klient er tildelt mellemste førtidspension.
>
> Derfor er der to problemstillinger i nærværende sag.
>
> Det første er, at nærværende sag er dækket i forhold til erhvervsevnen og ikke méngraden. I den forbindelse skal jeg henvise til Forsikrings- og Erstatningsretlige skrif-

ter I 2000, side 161, en artikel af Jørgen Nørregaard: 'Kan erhvervsevnetabsprocenten være relevant ved privattegnede ulykkesforsikringer?'

Det er min opfattelse, at nærværende sag er tilsvarende dem der er beskrevet der, og at min klient derfor er berettiget til at få i forhold til erhvervsevnetabet.

Hvis Ankenævnet ikke kan følge dette synspunkt, er det min opfattelse, at min klient alligevel er berettiget til udbetaling, og jeg vedlægger kopi af skrivelse af den 31. juli 2003, hvor méngraden kumuleres, således at hun opfylder betingelserne ved en méngrad på 25 %."

Selskabet har ved skrivelse af 9/2 2004 til nævnet redegjort for sagen således:

"Klageren har tegnet Familieforsikring Kundegruppeliv gennem sit pengeinstitut Andelskassen Randers ved begæring af den 10. oktober 1996, som er accepteret den 11. oktober 1996 af pengeinstituttet på PFA Pensions vegne (bilag A). Forsikringen omfatter gruppelivs- og gruppeulykkesforsikring.

Forsikringsbetingelser, som var gældende ved tegningen 'Forsikringsbetingelser for Familiesikring Kundegruppeliv' gældende fra den 1. oktober 1996, er fremlagt af klageren. I forsikringsbegæringen bekræfter klageren, at hun har modtaget et eksemplar af forsikringsbetingelserne samtidig med tegningen.

I forsikringsbetingelsernes § 5 i underafsnittet *Udbetaling ved ulykkestilfælde* hedder det i stk. 3: 'Forsikringen dækker, hvis et ulykkestilfælde medfører varigt mén på mindst 25% i henhold til Arbejdsskadestyrelsens méntabel...'

Klageren har endvidere fremlagt kopi af en del af en brochure. Af denne brochure fremgår det, at formålet med forsikringen er, at 'sikre udbetaling af et éngangsbeløb, hvis ... du bliver 25% invalid'."

Klageren har været udsat for 3 ulykkestilfælde samt påført en patientskade, og selskabet har i skrivelsen redegjort for disse hændelser. Videre hedder det i skrivelsen:

"**Anbringender:**

Til støtte for vores påstand gøres det indledningsvis gældende, at hvert enkelt ulykkestilfælde skal betragtes for sig. Der kan altså ikke ske nogen sammenlægning af følgerne af flere forskellige ulykkestilfælde. Dette fremgår af forsikringsbetingelsernes § 5 i afsnittet *Udbetaling ved ulykkestilfælde*, hvor det i stk. 3 hedder: 'Forsikringen dækker, hvis et ulykkestilfælde medfører varigt mén på mindst 25% i henhold til Arbejdsskadestyrelsens méntabel ...'.

Der er således tale om flere af hinanden uafhængige forsikringsbegivenheder (ulykkestilfælde), og for hvert af disse skal det vurderes, om det enkelte ulykkestilfælde har medført en sådan følge, at en forsikringsydelse kommer til udbetaling.

Det fastholdes, at det førstnævnte ulykkestilfælde ved fald ned ad trappe den 10. juli 1996 med rette er afvist, da ulykken er sket, før forsikringen trådte i kraft den 11. oktober 1996. Da dette ulykkestilfælde er afvist straks ved anmeldelsen den 22. januar 1998, er et eventuelt krav på udbetaling af forsikringsydelse i øvrigt forældet i medfør af forsikringsaftalelovens § 29.

Allerede fordi ingen af de øvrige ulykkestilfælde har medført hverken varigt mén eller erhvervsevnetab på 25 procent eller mere, bør klagen ikke tages til følge. Det er herved ikke nødvendigt at forholde sig til, om problemstillingen i denne sag er identisk med de sager, som Jørgen Nørgaard har omtalt i sin artikel i FEST - Forsikrings- og Erstatningsretlige Skrifter nr. 1.2000 side 161ff.

Det bestrides, at patientskaden den 16. juni 2001 efter sin art er en ulykke i forsikringsbetingelsernes forstand. Det er forsikringstageren, der har bevisbyrden for, at der foreligger et ulykkestilfælde, og denne bevisbyrde er ikke løftet. Såfremt bevisbyrden måtte blive løftet, er følgerne af skaderne alene vurderet til en méngrad på fem procent, som i henhold til forsikringsbetingelserne ikke er egnet til at udløse en forsikringsydelse.

Såfremt Ankenævnet måtte finde, at det er af interesse at behandle spørgsmålet om, hvorvidt forsikringen dækker varigt mén eller erhvervsevnetab, gøres følgende synspunkter gældende:

- Den første forudsætning for, at dækning mod erhvervsevnetab kan anses som den adækvate forsikring, er, at baggrunden for forsikringstegningen er en sådan, at den forsikringssøgende med føje kan påregne at være dækket mod erhvervsevnetabet. Det er i afgørelserne typisk antaget ved forsikringstegning samtidig med låneoptagelse.

  Klageren har ikke godtgjort, at denne forudsætning er opfyldt, Som det ses af Ankenævnets kendelse 49.733, er den omstændighed, at der i teksten i forsikringsbegæringen er anført, at forsikringen er pantsat til Andelskassen, ikke tilstrækkeligt bevis for, at denne betingelse er opfyldt,

- Den næste forudsætning for at anse erhvervsevnetab for dækket er, at der skal være uklarhed i forsikringsbetingelsernes ordlyd. Dette er ikke tilfældet i denne sag. Forsikringsbetingelserne taler ganske præcist om 'varigt mén på 25% i henhold til Arbejdsskadestyrelsens méntabel'.

  Den af klageren påberåbte kopi af brochure, som giver en kort omtale af produktet, kan ikke over for forsikringsbetingelsernes klare tekst danne grundlag for at anse ydelsen for betinget af et erhvervsevnetab i stedet for af et varigt mén.

Herved kan på ny henvises til Ankenævnets kendelse 49.733, hvori også den omstændighed, at forsikringssøgende har skrevet under på at være bekendt med forsikringsbetingelserne, er tillagt vægt.

Det er i øvrigt ikke godtgjort, hvornår og under hvilke omstændigheder klageren er kommet i besiddelse af brochuren, der blev fjernet fra markedet, før de udleverede forsikringsbetingelser trådte i kraft den 1. oktober 1996. Ved genoptryk af brochuren blev ordet 'invaliditet' erstattet med ordene 'varigt mén' (bilag I)."

Hertil har klagers advokat ved skrivelse af 24/2 2004 over for nævnet oplyst, at klageren fik den omtalte brochure i forbindelse med tegningen af forsikringen, og at han således er af den opfattelse, at problemstillingen i nærværende sag er identisk med den i oven

nævnte artikel af Jørgen Nørgaard. Endvidere afviser advokaten, at det af forsikringsbetingelserne fremgår, at der alene skal være tale om et uheld. Det er derfor advokatens opfattelse, at der kan ske kumulation.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 5. Udbetaling**

…

Udbetaling ved ulykkestilfælde

…

Forsikringen dækker, hvis et ulykkestilfælde medfører varigt mén på mindst 25 % i henhold til Arbejdsskadestyrelsens méntabel."

Nævnet udtaler:

Det fremgår utvetydigt af forsikringsbetingelserne, at forsikringen dækker, hvis et ulykkestilfælde medfører varigt mén på mindst 25 % i henhold til Arbejdsskadestyrelsens méntabel. Det fremgår endvidere klart af forsikringsbetingelserne, at der alene ydes erstatning for varigt mén over 25 % som følge af et ulykkestilfælde, hvilket nævnet som ubestridt må lægge til grund, at ingen af klagerens ulykkestilfælde særskilt har ført til.

Herefter, og idet der ikke er mulighed for sammenlægning af følgerne af flere ulykkestilfælde,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann