720/05

Den 1. april 2005 blev i sag nr. 64.402:

xxxx xxx xxxx
xxxxxxxxx xxxxx xx
xxxxxxxxxxx

xxxxxxxx xx
xxxx xxxx

mod

DiBa Forsikring A/S
Ringstedgade 40
4700 Næstved

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har heltidsulykkesforsikring i DiBa Forsikring A/S, klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at udbetale erstatning i forbindelse med et anmeldt ulykkestilfælde.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at den anmeldte skade ikke er dækningsberettigende.

Det fremgår af sagen, at klagerens ulykkesforsikring trådte i kraft den 1/2 1995. Klageren var den 1/12 2001 udsat for et vrid i venstre knæ, hvorved han pådrog sig en korsbåndsskade. Skaden blev anmeldt til selskabet den 7/6 2002. Selskabets lægekonsulent vurderede klagerens varige mén til 5 %. Da den fastsatte méngrad var under 10 %, afviste selskabet at udbetale erstatning. Sagen blev herefter forelagt Arbejdsskadestyrelsen, der vurderede klagerens varige mén til 8 %. Som følge heraf refunderede selskabet det af klageren til Arbejdsskadestyrelsen indbetalte gebyr på 5.000 kr., men selskabet afviste fortsat at yde forsikringsdækning for den anmeldte skade.

Klagerens advokat påstår selskabet tilpligtet at anerkende, at der i henhold til den af klageren tegnede forsikring ydes forsikringsdækning ved en méngrad på 5 % eller derover. Klagerens advokat påstår endvidere selskabet tilpligtet at anerkende, at klagerens skade igen skal forelægges Arbejdsskadestyrelsen, og at et eventuelt gebyr i den anledning skal betales af selskabet.

Klagerens advokat har til støtte for de nedlagte påstande i klageskrivelse af 5/7 2004 anført følgende:

"Inden sagens fremsendelse til arbejdsskadestyrelsen har undertegnede på vegne af klageren betinget at komme i besiddelse af det materiale der fremsendes, således at der er mulighed for at kommentere materialet. Denne betingelse opfyldes ikke af forsikringsselskabet, idet materialet først fremsendes efterfølgende og stort set samtidig med at der foreligger en afgørelse fra Arbejdsskadestyrelsen. På baggrund af supplerende redegørelse fra undertegnede, anmoder Arbejdsskadestyrelsen om en yderligere lægeudtalelse. Forsikringsselskabet fremsender denne anmodning til undertegnede med bemærkning om at forsikringsselskabet forventer at klageren selv indhenter den yderligere undersøgelse.

I forbindelse med undersøgelsens gennemførelse retter undertegnede henvendelse til forsikringsselskabet og får fremsendt det skema som skal anvendes. Samme dag meddeler forsikringsselskabet uden at hverken klageren eller undertegnede er orienteret Arbejdsskadestyrelsen, at sagen anses for afsluttet. Det har den konsekvens, at Arbejdsskadestyrelsen ikke foretager en ny vurdering af skaden. Som det fremgår af vedlagte korrespondance er det såvel klageren som undertegnedes opfattelse, at forsikringsselskabet klart og tydeligt har tilkendegivet, at såfremt der indhentes en ny lægelig vurdering accepteres en revurdering af Arbejdsskadestyrelsen.

En anden problemstilling vedrører méngraden i forsikringsbetingelserne. Som det fremgår af klagerens forsikringspolice, der vedlægges nærværende klageskrivelse angives der i pkt. 2.21, at der udbetales såfremt ulykkestilfældet har medført en invaliditetsgrad på mindst 5 %. Forsikringsselskabet hævder at policen efterfølgende skulle være ændret, således at der kun udbetales ved en méngrad på mindst 10 %. Forsikringsselskabet er blevet opfordret til at dokumentere ændringen i policen, uden

at dette er sket. Det kan ligeledes konstateres, at klagerens police, jfr. pkt. 2.92 anfører, at omkostninger i forhold til Arbejdsskadestyrelsen skal betales af selskabet hvilket er i strid med det, som er gjort gældende af forsikringsselskabet under sagen."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Selskabet har til støtte herfor i skrivelse af 16/8 2004 til nævnet bl.a. anført:

"Den 10.10.2003 beder klagers advokat om at få indbragt sagen for ASK igen, idet han ikke har haft mulighed for at vurdere det grundlag som er fremsendt til ASK, i forbindelse med anmodningen om styrelsens udtalelse. Vi har afvist dette krav i brev af 24.10.2003 ifølge forsikringsbetingelsernes punkt 2.92 (vedlagt som bilag).

Advokaten henvender sig til ASK i brev af 9.12.2003, og dette giver ikke anledning til ændring af ASK afgørelse, hvilket ASK skriver til advokaten den 16.12.2003.

Advokaten skriver til os den 26.2.2004, hvor han klager over, at hans klient ikke har kendskab til, at forsikringen først dækker ved méngrader over 10 %.

Forsikringen blev af selskabet omtegnet til at dække for méngrader fra 10 % (ifølge vedlagte brev). Forsikringstager kunne mod betaling af en merpræmie vælge en dækning fra 5 %. Denne mulighed her kunden ikke benyttet, hvorfor forsikringen er forsat med den nye dækning. Brevet er masseudsendt, og ifølge praksis ikke har en kopi af det brev, der ser sendt til den enkelte kunde.

Vi kan ikke imødekomme klagers ønske om at revurderet sagen i ASK. Ifølge forsikringsbetingelsernes punkt 2.92, samt vi kan ikke tilbyde erstatning for méngrader under 10 %, ifølge forsikringsbetingelsernes punkt 2.21."

Selskabet har som et bilag til skrivelsen af 16/8 2004 vedlagt en kopi af den af selskabet masseudsendte skrivelse af 12/11 1997 om ændring af forsikringsbetingelserne. Det fremgår bl.a. heraf, at en invaliditetsgrad på under 10 % fremover ikke berettiger til erstatning, medmindre klageren inden første præmieforfald i 1998 skriftligt meddeler selskabet, at han ønsker at fortsætte forsikringen på de hidtidige vilkår mod en forhøjelse af den årlige præmie.

Klagerens advokat er i skrivelse af 27/8 2004 til nævnet fremkommet med bemærkninger til selskabets skrivelse af 16/8 2004. Advokatens skrivelse er kommenteret af selskabet ved skrivelse af 13/9 2004. Klagerens advokat er fremkommet med bemærkninger hertil i skrivelse af 21/9 2004. Selskabets kommentarer til advokatens skrivelse af 21/9 2004 fremgår af skrivelse af 4/10 2004 til nævnet.

Af de på tegningstidspunktet gældende forsikringsbetingelser fremgår:

"**2 Hvordan erstattes skaderne**

2.10 Dødserstatning

…

2.20 Invaliditetserstatning

2.21 Dersom erstatning i henhold til pkt. 2.10 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.

…

2.90 Hvordan afgøres erstatningsspørgsmålet

2.91 Selskabet følger samme praksis som Sikringsstyrelsen, Arbejdsskadeforsikringen, ved afgørelse af om det, der er sket:

…

2.91.3 har medført invaliditet (varigt mén), og da af hvilken størrelse

…

2.92 Eventuel uenighed om disse spørgsmål mellem den, der har krav på erstatning og selskabet, afgøres af Sikringsstyrelsen med bindende virkning for begge parter. Sikringsstyrelsens gebyr … og udgifter til lægeundersøgelser og -erklæringer, der forlanges af Sikringsstyrelsen, betales af selskabet."

Af de ændrede forsikringsbetingelser fremgår:

"**Hvordan erstattes skaderne**

…

2.20 Invaliditetserstatning

2.21 Dersom erstatning i henhold til pkt. 2.10 ikke kommer til udbetaling, og såfremt ulykkestilfældet har medført en invaliditetsgrad på mindst 10 %, har for-

sikrede ret til invaliditetserstatning, der fastsættes, så snart ulykkestilfældets endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter ulykkestilfældets indtræden.

2.22 Invaliditetsgraden fastsættes efter en af Arbejdsskadestyrelsen udarbejdet tabel (Méntabel, 1996). Fastsættelsen sker uden hensyntagen til forsikredes specielle erhverv.

…

2.90 Hvordan afgøres erstatningsspørgsmålet

2.91 Selskabet følger samme praksis som Arbejdsskadeforsikringen ved afgørelse af om det, der er sket:

2.91.3 har medført invaliditet (varigt mén) og de af hvilken størrelse

…

2.92 Eventuel uenighed om disse spørgsmål mellem den, der har krav på erstatning og selskabet, afgøres af Arbejdsskadestyrelsen med bindende virkning for begge parter. Såfremt den forsikrede forlanger spørgsmålet om ulykkestilfældets anerkendelse eller invaliditetsgradens størrelse forelagt for Arbejdsskadestyrelsen betales Arbejdsskadestyrelsens gebyr og udgifter til lægeundersøgelser og -erklæringer kun af selskabet, såfremt Arbejdsskadestyrelsens udtalelse om ulykkestilfældet anerkendelse er til forsikredes fordel, eller såfremt invaliditetsgraden af Arbejdsskadestyrelsen derved ansættes højere end først ansat af selskabets egne læger."

Nævnet udtaler:

Nævnet har gennemgået sagen og finder, at der ikke er grundlag for at antage, at den i sagen omhandlede skrivelse af 12/11 1997 om ændring af forsikringsvilkårene ikke er afsendt til klageren på samme måde som til andre forsikringstagere. Herefter lægges det til grund, at skrivelsen - der må anses for at være tilstrækkelig tydelig, klar og forståelig - på sædvanlig vis er kommet frem til klageren. Idet der ikke på baggrund af de i sagen foreliggende oplysninger er grundlag for at antage, at klageren har givet selskabet meddelelse om, at han ønskede at fortsætte forsikringen på de hidtidige vilkår, må nævnet lægge til grund, at klageren har valgt at fortsætte forsikringen på de ændrede

betingelser. Klageren er herefter alene berettiget til erstatning, hvis klageren som følge af en ulykke pådrager sig et varigt mén på 10 % eller derover.
Arbejdsskadestyrelsen har fastsat klagerens varige mén til 8 %. Som følge heraf er klageren ikke berettiget til forsikringsdækning. Således som sagen foreligger oplyst, finder nævnet, at selskabet ikke har accepteret, at sagen af klageren kan forelægges Arbejdsskadestyrelsen til revurdering.

Med hensyn til fremsendelsen af de lægelige akter, der skal danne grundlag for Arbejdsskadestyrelsens vurdering af méngraden finder nævnet, at selskabet burde have fremsendt disse til klagerens advokat, når han har anmodet herom. Efter nævnets opfattelse er der imidlertid ikke grund til at antage, at Arbejdsskadestyrelsens vurdering var blevet anderledes, selv om klagerens advokat havde fået forelagt akterne, inden Arbejdsskadestyrelsen fremkom med sin udtalelse.

Da nævnet endvidere ikke på det foreliggende grundlag anser det for sandsynliggjort, at der siden Arbejdsskadestyrelsens udtalelse er sket en forværring af klagerens tilstand, finder nævnet heller ikke grundlag for at pålægge selskabet at forelægge sagen for Arbejdsskadestyrelsen på ny.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen