736/05

Den 21. november 2005 blev i sag nr. 65.318:

xxxxx xx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx x
xxxx xxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der er omfattet af en kollektiv gruppeulykkesforsikring i PFA Pension, påstår ved sin advokat selskabet tilpligtet at udbetale erstatning i henhold til hendes erhvervsevnetab.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning under henvisning til, at forsikringen alene dækker det varige mén uden hensyntagen til forsikredes erhverv.

I forbindelse med optagelse af et lån i S.bank (tidligere V. Bank) tegnede klageren ovennævnte forsikring med ikrafttrædelse den 1/10 1993.

Det fremgår af sagen, at klageren i forbindelse med et færdselsuheld den 15/11 1996 pådrog sig et piskesmæld i nakken samt slog ryggen.

I skrivelse af 6/8 1998 til klagerens advokat bekræftede selskabet, at tilfældet - ud fra de foreliggende oplysninger - var omfattet af forsikringen. Endvidere oplyste selskabet, at forsikringen er en heltidsulykkesforsikring, der kommer til udbetaling ved varige mén på 25 % eller derover uden hensyntagen til klagerens erhverv. Selskabet meddelte videre, at det var af den opfattelse, at ulykkestilfældet ikke havde medført varige mén på 25 % eller derover, hvorfor sagen blev henlagt.

Klagerens advokat meddelte i skrivelse af 11/2 2003 til selskabet, at der ikke i forbindelse med forsikringens oprettelse var blevet udleveret materiale til klageren, og betingelserne for forsikringen var heller ikke blevet gennemgået. Klageren havde ved samme lejlighed fået oplyst, at forsikringen ville dække, såfremt hun skulle komme til skade, således hun ikke kunne betale det lån tilbage, der blev indgået i forbindelse med oprettelse af forsikringen.

R. Kommune meddelte i skrivelse af 3/3 2003 til klageren, at der var blevet truffet afgørelse om, at hun med virkning fra den 1/10 2002 havde fået tilkendt mellemste førtidspension.

Selskabet fastholdt sin afgørelse i skrivelse af 22/3 2003 til klagerens advokat.

Parterne har herefter ført yderligere korrespondance.

Efterfølgende har klagerens advokat indbragt sagen for nævnet. Af klageskrivelsen fremgår bl.a.:

> "Forsikringen blev oprettet i 1993 i V. Bank i forbindelse med min klients køb af fast ejendom.
>
> Min klient modtog ingen oplysninger i forbindelse med oprettelsen af PFA Forsikringen, udover at det var et krav fra bankens side for at opnå et lån i banken.
>
> Min klient fik oplyst, at PFA Forsikringen skulle dække, såfremt min klient ikke var i stand til at arbejde af den ene eller anden årsag. Dette var med henblik på at sikre dækning for lånet oprettet hos banken, og forsikringsbeløbet ville således blive udbetalt til banken, så lånet kunne indfries, såfremt min klient ikke var i stand til at arbejde.
>
> Det nærmere dækningsomfang blev ikke på nogen måder gennemgået i forbindelse med mødet hos V. Bank, hvor bankrådgiver I.N. solgte forsikringen.

Min klient har ikke modtaget noget materiale i forbindelse med oprettelsen, udover at der skulle udfyldes helbredserklæring, og der blev ikke lejlighed til at gennemgå materialet inden underskrift, og der er heller ikke forklaret for min klient, hvad forskellen er på invaliditetsgrad og erhvervsevnetab, ligesom méngradstabellen heller ikke har været udleveret.

Min klient har således haft den opfattelse, at man var dækket uanset, hvad der ville ske.

Forsikringen blev oprettet som fremgår af fremlagte (bilag...) og gruppesikringen blev som det fremgår af (bilag...) ændret pr. 03.02.1995.

Min klient var herefter udsat for et færdselsuheld den 15.11.1996, hvilket blev anmeldt til PFA Pension.

...

Det gøres til støtte for nedlagte klage gældende,

at min klient ikke har modtaget tilstrækkelig rådgivning, samt at forsikringen må betegnes som en forsikring, der dækker tab af erhvervsevne

at V. Bank nu S.bank ifalder provisionsansvar ved at sælge et produkt uden at give tilstrækkelig rådgivning om produktet, og hvornår man er dækket, og hvornår man ikke er dækket,

at min klient har en erhvervsevne, der er nedsat med omkring 2/3, og derfor opfylder betingelserne for at modtage udbetaling fra forsikringen."

I selskabets skrivelse af 11/12 2004 til nævnet hedder det bl.a.:

"Med henvisning til de vedlagte forsikringsbetingelser, må vi fastholde, at der aldrig har været tvivl om, hvorvidt denne forsikring dække varige mén eller tab af erhvervsevnen, da det specifikt er nævnt, at det varige mén fastsættes uden hensyntagen til forsikredes erhverv.

Skadelidte har desuden med sin underskrift bekræftet, 'at hun er bekendt med forsikringsvilkårene, der er anført på bagsiden af denne blanket' (begæringen) og har på tegningstidspunktet fået udleveret en kopi af begæringen, hvoraf betingelserne fremgår af bagsiden."

Klagerens advokat har i skrivelse af 26/1 2005 til nævnet bl.a. fastholdt, at klageren ikke modtog oplysninger ved tegningen af forsikringen om, at denne kun dækkede ulykkestilfælde, hvilket - efter advokatens opfattelse - også må sættes i relation til, at det er temmelig usædvanligt at tegne ulykkesforsikring, der først kommer til udbetaling på en méngrad på 25 %. Af skrivelsen fremgår videre:

"Herudover må det også lægges til grund, at nærværende slags forsikringer er omtalt i fjernsynsudsendelsen 'Rapporten', hvor selskabet i flere tilfælde er blevet forelagt at betale forsikringsydelser, svarende til at forsikringen er oprettet som en erhvervsevnetabsforsikring.

Jeg er af den opfattelse, at når pengeinstituttet går ind og tegner forsikringer, uden at afgive samtlige relevante oplysninger i forbindelse med forsikringsdækningen, må man hæfte som fusionsansvar, og jeg i den forbindelse gøres opmærksom på, at der stilles en række krav, der ikke er opfyldt i nærværende sag."

I skrivelse af 14/2 2005 til nævnet har selskabet bl.a. anført, at nævnet - i sager om gruppeulykkesforsikringer tegnet i pengeinstitutter gennem selskabet - aldrig har udtalt, at der var grundlag for udbetaling af tab af erhvervsevne i sager, hvor forsikringen var tegnet gennem S.bank, ligesom det har været tilfældet med en del andre gruppeulykkesforsikringer tegnet gennem pengeinstitutter. Ifølge selskabet beror dette på, at der aldrig har været tvivl om ordlyden i disse betingelser.

Efterfølgende har klagerens advokat fremsendt en udtalelse af 6/3 2005 fra klageren, hvoraf det bl.a. fremgår:

"Vi gennemgik ikke forsikringen med I.N. Og fik heller ikke tilbudt en gennemgang, før vi skulle skrive under. Vi drøftede kun beløbet på forsikringen, så vi var sikre på at den kunne dække vores lån.

Vi fik ikke på noget tidspunkt at vide, at den ikke ville dække hvis det var tale om hel eller delvis tab af erhvervsevnen. Vi gik i den tro, at vi var godt forsikrede via vores PFA forsikring.

Vi kender nogen som har fået de samme mangelfulde oplysninger og ingen gennemgang ligesom os, da de tegnede deres forsikring hos S.bank. Så det er nok normalt i S.bank, at man undlader en ordentlig information til kunderne."

Selskabet har efterfølgende - på anmodning fra sekretariatet - indhentet en udtalelse af 20/7 2005 fra S.bank, hvoraf det oplyses, at klageren - i overensstemmelse med sædvanlig procedure har fået udleveret kopi af Gruppeforsikring med kortfattede regler for Gruppesikring.

I skrivelse af 24/8 2005 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført, at klageren supplerende har oplyst, at hun har kendskab til en person ved navn J.J., der ligeledes har tegnet forsikring i samme pengeinstitut, og denne person har heller ikke modtaget materiale eller tilstrækkelig information i forbindelse med oprettelsen af forsikringen. Af skrivelsen fremgår videre:

"Det er derimod i begge tilfælde blevet stillet som et krav for etablering af lånet, at man skulle have tegnet denne forsikring, og det må også ligeledes lægges til grund, at når banken ikke giver fuld rådgivning om forsikringsforholdet og tydeligt klargør, hvornår forsikringen dækker, ifalder man rådgivningsansvar - svarende til en professionel udøver på området.

Det forhold at en anden person er blevet behandlet på nøjagtig samme måde som klager understøtter efter min klare opfattelse, at der er begået et ansvarspådragende forhold, idet forsikringen må antages at være tegnet for at sikre bankens låneforhold til klager, såfremt klager kommer ud for et varigt indtægtstab i forbindelse med en alvorlig ulykke.

Det er i hvert fald det, som bankrådgiver har oplyst overfor klager og dennes ægtefælle i forbindelse med oprettelsen af forsikringen.

Det fremgår således ikke klart af rådgivningen, at det er méngraden, der er relevant for forsikringsdækningen.

Jeg er således af den opfattelse, at der foreligger en lignende situation, som beskrevet af Jørgen Nørregaard, siderne 161-174 i Forsikrings- og Erstatningsretlige skrifter I.2000.

Jeg skal herefter tillade mig at afvente Deres afgørelse, idet klager oplyser, at der ikke blev udleveret noget materiale i forbindelse med tegningen af forsikringen."

Forsikringsbetingelserne indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

"**Beregning af ménerstatning**

1. Såfremt et ulykkestilfælde har medført en méngrad på mindst 25 %, yder selskabet forsikrede en erstatning, der fastsættes, så snart ulykkestilfældets endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter ulykkestilfældets indtræden.
   Medfører et ulykkestilfælde varigt mén på mellem 25-50 %, udbetales en erstatning på lige på mange % af forsikringssummen, som méngraden udgør.
   Medfører et ulykkestilfælde varig mén på minimum 50 %, udbetales den fulde forsikringssum.

2. Méngraden fastsættes efter den tilskadekomnes medicinske méngrad uden hensyntagen til forsikredes erhverv. Ved tab af flere legemsdele kan méngraden ikke sammenlagt overstige 100 %.

3. Méngradens størrelse skal, hvis en af parterne forlanger det, fastsættes af Arbejdsskadestyrelsen."

Nævnet udtaler:

Det er nævnets praksis - i sager vedrørende nærværende forsikringstype, der tegnes til dækning af lån - at beregne erstatningen i forhold til erhvervsevnetabsprocenten, med-

mindre det godtgøres, at forsikringstageren klart er blevet gjort opmærksom på, at forsikringen alene dækker mén.

Nævnet har gennemgået sagen og finder at måtte lægge til grund, at klageren har fået udleveret forsikringsbetingelserne, der var påtrykt bagsiden af begæringen.

Forsikringsbetingelserne angiver entydigt, at der sker udbetaling, såfremt et ulykkestilfælde har medført en méngrad på mindst 25 %, og at méngraden fastsættes efter den tilskadekomnes medicinske méngrad uden hensyntagen til forsikredes erhverv.

Nævnet finder det herefter godtgjort, at klageren på tilstrækkelig vis er blevet gjort opmærksom på, at forsikringen alene dækker mén.

På denne baggrund, og idet det af klagerens advokat i øvrigt anførte ikke findes at kunne føre til et andet resultat,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand