733/05

Den 10. oktober 2005 blev i sag nr. 65.895:

xxxxx xxxx xxxxxx
xxxxxxxxx xx xxxxx
xxxx xxxxx

mod

Alm. Brand Forsikring A/S
Midtermolen 7
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der har ulykkesforsikring i Alm. Brand Forsikring A/S, klager ved sin repræsentant, V-R Gruppen forsikringsmæglere, over selskabets afvisning af at udbetale erstatning fra begge de på ulykkestidspunktet tegnede ulykkesforsikringer.

Selskabet har udbetalt erstatning fra den ene ulykkesforsikring, hvorimod selskabet har afvist at yde dækning fra den anden forsikring med henvisning til, at selskabet ikke er bundet af denne aftale.

Det fremgår af sagen, at klageren er medforsikret på en af hendes ægtefælle tegnet ulykkesforsikring i selskabet. Forsikringspræmien for kalenderåret 2002 blev betalt via BetalingsService den 7/1 2002.

Grundet klagerens ægtefælles overgang fra erhvervsmæssig beskæftigelse som landmand til fritidslandmand/pedel aflagde selskabets assurandør klageren et besøg den 21/6 2002. Af et af selskabets assurandør på baggrund af dette besøg udfærdiget indtastningsbilag fremgår bl.a., at der er sket "ændring af fareklasse".

Efterfølgende fremsendte selskabet en ny police med et fra den hidtidige police afvigende policenummer. Vedlagt policen fulgte et girokort vedrørende perioden 21/6 2002 til 1/6 2003. Girokortet blev betalt den 7/8 2002.

Den 4/9 2002 anmeldte klageren til selskabet, at hun den 14/8 2002 var faldet af en hest, hvorved hun beskadigede sit hoved. Af skadeanmeldelsen fremgår bl.a., at ulykken skete, fordi hun besvimede.

Da forsikringen ifølge de dagældende vilkår ikke dækkede ulykkestilfælde forårsaget af besvimelse, afviste selskabet den 24/9 2002 at yde forsikringsdækning.

Klageren var utilfreds med selskabets afgørelse, hvorfor hun rettede henvendelse til selskabets assurandør, der imidlertid fastholdt selskabets afslag på erstatning. Assurandøren konstaterede i forbindelse hermed, at der var to ulykkesforsikringer i kraft. Den senest oprettede police blev derfor afgangsført, og klageren modtog den 31/10 2002 den for meget betalte præmie retur.

Den 7/11 2002 modtog selskabet journaloplysninger fra sygehuset, hvor klageren efter sin tilskadekomst den 14/8 2002 blev behandlet. På baggrund heraf anerkendte selskabet hændelsen den 14/8 2002 som et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Selskabet fastsatte méngraden til 25 %, hvilket selskabet meddelte klageren ved skrivelse af 18/1 2004. Selskabet udbetalte herefter erstatning fra den oprindeligt tegnede ulykkesforsikring.

Efterfølgende rettede klagerens repræsentant henvendelse til selskabet, idet han over for selskabet gjorde gældende, at klageren er berettiget til udbetaling fra begge ulykkesforsikringer. De fornyede henvendelser resulterede ikke i en ændring af selskabets afgørelse.

Klageren påstår over for nævnet selskabet tilpligtet at udbetale ménerstatning fra den nu ophævede ulykkesforsikring. Til støtte herfor har klageren i klageskemaet bl.a. anført, at begge forsikringer var betalt og i kraft på skadetidspunktet, hvorfor klageren -

uanset eventuelle fejl fra selskabets side - er berettiget til udbetaling fra den nu ophævede forsikring.

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Selskabet har til støtte herfor i skrivelse af 8/2 2005 til nævnet bl.a. anført:

> "Til støtte for afvisningen af at yde erstatning over den tidligere ulykkesforsikring, gøres det gældende, at selskabet ikke er bundet af denne aftale, jf. aftalelovens § 32, stk. 1 eller dennes analogi.
>
> Det bemærkes herved, at klager indså eller burde have indset, at det var en fejl, at den tidligere ulykkesforsikring ikke blev afgangsført.
>
> Dette har klager tilkendegivet over for assurandør C., og dette har i den efterfølgende korrespondance været ubestridt af klager, ligesom klager uden indsigelse har modtaget den for meget opkrævede præmie retur.
>
> Det er også ubestridt, at formålet med besøget den 21. juni 2002 alene var at ændre fareklasse og dermed billiggøre præmien for klager og denne ægtefælle og ikke, at der skulle tegnes en yderligere ulykkesforsikring …
>
> Der blev således ej heller afgivet nye helbredsoplysninger.
>
> Det kan endvidere udelukkes, at der foreligger usaglige hensyn fra selskabets side, idet skaden med rette var afvist på tidspunktet for afgangsføringen i oktober måned 2002 …
>
> Det var således først, da der fremkom radikalt ændrede og for vurdering om dækning helt afgørende oplysninger om det passerede … at skaden blev anerkendt som dækningsberettiget, hvilket som nævnt skete efter afgangsføringen af den tidligere forsikring.
>
> Der henvises til AK 54.294 og AK 52.513."

Nævnet udtaler:
Nævnets flertal finder at måtte lægge vægt på, at den omhandlede forsikring formelt var i kraft og præmien betalt på tidspunktet for klagerens tilskadekomst.

Her overfor foreligger der efter flertallets opfattelse ikke fra klageren side en sådan anerkendelse af selskabets efterfølgende ophævelse af forsikringen, at selskabet er blevet frigjort for sin forpligtelse ifølge den tegnede forsikring. Flertallet har herved også lagt vægt på, at selskabet havde afvist forsikringsdækning med henvisning til besvimelsen, da det returnerede præmien. Mod fortsat præmiebetaling skal selskabet derfor yde klageren forsikringsdækning ifølge begge forsikringer.

Nævnets mindretal lægger til grund, at opretholdelsen af forsikringen skyldes en fejltagelse, hvilket klageren ved sin modtagelse af den returnerede præmie har anerkendt. Mindretallet stemmer derfor for ikke at tage klagen til følge.

Efter det således anførte

b e s t e m m e s:

Selskabet, Alm. Brand Forsikring A/S, skal for det anerkendte ulykkestilfælde yde klageren forsikringsdækning ifølge begge de tegnede ulykkesforsikringer.

Poul Sørensen
formand