811/09

Den 19. januar 2009 blev i sag nr. 74.053:

xxxx xxxxx xxxxxx xxxxx
xxxxxxxxx xxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxx

mod

Finaref Insurance Limited
v/RTM Insurance Brokers A/S
Strandvangen 42
2635 Ishøj

afgivet sålydende

u d t a l e l s e :

Boet efter nu afdøde sikrede, der i tilknytning til et lån havde Tryghedsforsikring i Finaref Insurance Limited v/RTM Insurance Brokers A/S, klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at dække låneydelser i forbindelse med sikredes sygdom og indfrielsen af retsgælden i forbindelse med hendes efterfølgende død. Endvidere klages der over, at selskabet ikke har gjort sikrede opmærksom på, at det ikke er tilsluttet Ankenævnet for Forsikring.

Selskabet er som anført ikke tilsluttet Ankenævnet for Forsikring, men nævnet har i medfør af § 2, stk. 1, 2. pkt., i nævnets vedtægter besluttet at afgive en udtalelse.

Selskabet har afvist at dække låneydelserne med henvisning til, at forsikringsbegivenheden er anmeldt mere end seks måneder efter skadetidspunktet, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 6.3. Det af boet fremsatte krav vedrørende lånets indfrielse ved sikredes død har selskabet afvist med henvisning til, at den omhandlede forsikring kun dækker dødsfald på grund af ulykke og ikke som følge af sygdom, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 5.4.

Boets advokat har i skrivelse af 2/6 2008 til nævnet redegjort for sagen således:

"Som bobestyrer i boet efter D.O. har jeg forgæves forsøgt at få RTM Insurance Brokers A/S, ..., til at betale på den tryghedsforsikring, selskabet har tegnet for et lån, som afdøde havde optaget i Dan-Aktiv. Jeg vedlægger kopi af tryghedsforsikringen. Sådan som jeg første gang modtog den pr. telefax den 15.01.2008. Det fremgår, at forsikringen dækker tab af erhvervsevne på grund af ulykke eller akut sygdom (pkt. 5.1).

D.O. blev syg efter arbejdets ophør en af de sidste dage i januar 2007. Hun blev kørt til N. Sygehus og udskrevet nogle måneder senere efter operation for hjernesvulst. Hun blev ikke i stand til at overskue sin situation, før hun afgik ved døden den 6. november 2007. Efter forsikringen er der en karenstid på 90 dage. RTM Isurance Brokers A/S skulle derfor have betalt ydelser på forsikringen fra 01.05.2007, og så længe betalingsforpligtelsen varede. Beløbet opgøres således:

6 ydelser á kr. 2.242	13.572,00
Indfriet i forbindelse med dødsfaldet	14.095,00
I alt	**27.667,00**

Efter forsikringens pkt. 5.3 betales i 24 måneder i forbindelse med tab af erhvervsevne. Hverken dette maksimum eller forsikringssummen på i alt kr. 50.000 er oversteget. Selskabet har sidst valgt at afvise dækning med den begrundelse, at anmeldelse ikke er foretaget inden 6 måneder efter, at skaden er opstået. Det er rigtigt, at der i pkt. 6.3 står, at enhver forsikringsbegivenhed skal efter udløbet af en karensperiode og senest 180 dage fra 6 måneder fra skadestidspunktet anmeldes til RTM Insurance Brokers. Fristen er overskredet, men det skyldes, at afdøde som nævnt ikke selv kunne varetage sine interesser og derfor er anmeldelse først sket i forbindelse med bobehandlingen. Anmeldelse er foretaget mindre end 3 måneder efter dødsfaldet.

Jeg vedlægger kopi af skifteretsattest om bobestyrerbehandling, hvoraf De ser, at D.O. er afgået ved døden den 6. november 2007."

Heroverfor har selskabet i skrivelse af 6/6 2008 til nævnet anført:

"Som vi ser sagen, handler denne om to forhold:
1. Skaden er anmeldt for sent i forhold til de gældende forsikringsbetingelser.
2. Dødsfald som følge af sygdom bør dækkes af forsikringen.

1. Skadelidte, D.O., bliver syg i januar 2007. Ifølge forsikringsbetingelsernes punkt 6.3 skal skaden anmeldes senest 6 måneder efter skadedatoen. I dette tilfælde skal anmeldelsen således være os i hænde i juli 2007. Vi modtager den første henvendelse om erstatning i december 2007 eller 11 måneder efter sygdommens opståen. På den baggrund afviser vi at dække skaden under henvisning til policens bestemmelser.
2. Boet søger om erstatning for dødsfald. Da forsikringen udelukkende dækker dødsfald som følge af ulykke, afvises kravet under henvisning til forsikringsbetingelserne punkt 5.4."

Efterfølgende har boets advokat til nævnet fremsendt skrivelse af 11/6 2008, hvoraf følgende fremgår:

"Jeg vedlægger kopi af forsikringsbetingelserne, hvoraf De ser, at klage kan indgives til Ankenævnet for Forsikring. Jeg sender Dem kopien af forsikringen, fordi det er min opfattelse,

at forsikringsselskabet burde have gjort opmærksom på, at selskabet ikke er tilsluttet Ankenævnet. Det er efter min bedste opfattelse en fortielse over for kunden."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**5. FORSIKRINGENS OMFANG**

5.1 Tab af erhvervsevne (på grund af ulykke eller akut sygdom).
Medfører et ulykkestilfælde, eller en akut opstået sygdom, fuldstændig arbejdsudygtighed, der i varighed overstiger 90 på hinanden følgende dage, (det kaldes karensperioden) udbetales erstatning. Erstatningen er den mellem sikrede og forsikringstager aftalte månedlige ydelse i henhold til parternes låneaftale. Erstatningen (max. kr. 2.500 pr. måned) betales første gang ved første forfald efter karensperiodens udløb i henhold til de regler, der er anført i pkt. 6.3. Der betales maksimalt 24 måneder for en eller flere skader (ulykker eller akutte sygdomme) - dog aldrig i en længere periode end indtil lånet er afviklet (max. kr. 50.000).

5.1.1 Fuldstændig arbejdsudygtighed betyder, at sikrede ikke kan passe sit arbejde, eller noget som helst andet arbejde. Den fuldstændige arbejdsudygtighed bestemmes af sikredes læge samt forsikringsgiver i samarbejde.

...

5.3 Udbetaling af erstatning ved tab af erhvervsevne og ufrivillig arbejdsløshed
Ved fuldstændig arbejdsudygtighed og ufrivillig 100 % arbejdsløshed som ovenfor beskrevet, udbetales erstatning med den mellem sikrede og forsikringstageren aftalte månedlige ydelse i henhold til parternes låneaftale.

Udbetalingen i tilfælde af en dækningsberettiget skade vil finde sted fra første forfaldsdag efter udløbet af karensperioden, jf. ovenfor i henhold til den forlangte dokumentation fra sikredes læge og/etter arbejdsgiver/AF-kontor.

Udbetalingen af erstatningen ophører det tidligste af følgende tidspunkter:
- Den dato hvor sikrede erklæres rask eller kommer i arbejde.
- Efter 24 betalte månedlige ydelser for en etter flere skader (tab af erhvervsevne - 5.1)
- Efter 12 betalte månedlige ydelser for en eller flere skader (ufrivillig arbejdsløshed - 5.2)
- Den dato hvor lånet er indfriet
- Den dato hvor summen af betalte ydelser overstiger kr. 50.000

5.4 Udbetaling ved dødsfald som følge af en ulykke
Ved sikredes død som følge af en ulykke før det fyldte 65. år udbetales en sum svarende til kontoens saldo på dødsfaldstidspunktet minus restancer. Max. kr. 50.000,00.

...

6.3 SKADEANMELDELSE
Proceduren for anmeldelse af skader under denne police er følgende:
Enhver forsikringsbegivenhed skal efter udløbet af karensperioden og senest 180 dage (6 måneder) fra skadetidspunktet anmeldes til:
RTM Insurance Brokers A/S …

...

6.8 KLAGE

6.8.1 Såfremt sikrede er uenig i en afgørelse truffet af RTM Insurance Brokers A/S er sikrede berettiget til at påklage afgørelsen til forsikringsgiver etter at indbringe sagen for det danske Ankenævn for Forsikring ..."

Nævnet udtaler:

Kravet vedrørende tab af erhvervsevne (dækning af låneydelserne)

Den af selskabet påberåbte bestemmelse i forsikringsbetingelsernes punkt 6.3 er angivet som en anmeldelsesfrist. En sådan bestemmelse må fortolkes i overensstemmelse med reglerne i forsikringsaftalelovens § 21. Efter denne bestemmelses stk. 2 har en for sen anmeldelse kun følgevirkninger for sikrede og dermed boet, hvis selskabet som følge af den sene anmeldelse vil lide retstab. Da dette ikke ses at være tilfældet, og da bestemmelsen er ufravigelig bortset fra nogle forsikringsarter, der ikke er aktuelle i denne sag, finder nævnet, at selskabet har været uberettiget til at afvise kravet med henvisning til for sen anmeldelse.

Kravet vedrørende dødsfaldet (indfrielse af restgælden)

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5.4, at der ved sikredes død som følge af en ulykke før det fyldte 65. år udbetales en sum svarende til kontoens saldo på dødsfaldstidspunktet minus restancer, dog maksimalt 50.000 kr. Som sagen foreligger oplyst, må nævnet som ubestridt lægge til grund, at sikrede afgik ved døden som følge af sygdom. Henset til formuleringen af de gældende forsikringsbetingelser kan nævnet derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at dække lånets indfrielse i forbindelse med dødsfaldet.

Selskabet har ikke oplyst, at det ikke er tilsluttet Ankenævnet for Forsikring

Det fremgår af § 2, stk. 1, 2. pkt., i nævnets vedtægter, at nævnet kan afgive udtalelse om en tvist mellem et forsikringsselskab, der ikke er tilsluttet nævnet, og en forsikrings-

tager vedrørende dennes forsikringer. Henset til indholdet af denne bestemmelse kan nævnet ikke kritisere, at selskabet alene har oplyst om klagemuligheden og ikke om sin manglende tilslutning til nævnet.

Marianne Højgaard Pedersen