Ankenævnet for Forsikring

Den 3. august 2016 blev i sag nr. 89318:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Sønderjysk Forsikring G/S
Ulkebøldam 1
6400 Sønderborg

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har tegnet en familieulykkesforsikring hos Sønderjysk Forsikring G/S. Han klager over størrelsen af den erstatning, som selskabet har udbetalt i forbindelse med en arbejdsulykke den 1/4 2014.

Selskabet har udbetalt erstatning svarende til en méngrad på 30 % med tillæg af tillægserstatning i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 5.4.1., hvorefter der for ulykkestilfælde, der medfører en invaliditetsgrad på 30 % eller derover, og som rammer personer, der ikke er fyldt 60 år, udbetales en tillægserstatning på lige så mange procent af invaliditetserstatningen, som invaliditetsgraden udgør.

I klageskema af 30/3 2016 har klageren bl.a. anført:

> "Ved tegning af ulykkesforsikringen i 2011 blev der fra assurandørens side oplyst, at der fra 30 % mén eller derover vil være dobbelterstatning. Nu er jeg desværre kommet i den uheldige situation, at jeg i april 2013 var udsat for en arbejdsulykke, og der er fra Arbejdsskadestyrelsen kommet en afgørelse, hvor der er afsat en méngrad på 30 %. Jeg har så den forventning om, at i forbindelse med udbetalingen af min erstatning, at jeg ville få dobbelterstatning udbetalt. Det har jeg så ikke fået. De henviser til standardbetingelserne fra 2011 i afsnittet 5.4.1. med dobbelterstatning, hvor der kryptisk er skrevet: 'For ulykkestilfælde, som medfører en invaliditetsgrad på 30 % eller derover, og som rammer personer, der ikke er fyldt 60 år, udbetales en tillægserstatning på lige så mange procent af invaliditetserstatningen, som invaliditetsgraden udgør'. Denne formulering er ikke retvisende. Denne ordlyd tolker både min advokat og jeg som, at jeg er berettiget til dobbelterstatning. Det er forsikringsselskabet uenige med os i.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet?
Jeg vil gerne gøre mit krav gældende om min ret til dobbelterstatning, da jeg både ved tegning blev oplyst om dobbelterstatning ved over 30 % mén, og ved tolkning af teksten i afsnit 5.4.1.".

I brev af 12/5 2016 til nævnet har selskabet bl.a. bemærket:

"Forsikringen er en Familieulykkesforsikring med dækning i henhold til forsikringsbetingelserne for Familieulykkesforsikring som fremsendes vedlagt. (Bilag 7)

Skadelidte … er 01.04.2014 udsat for en arbejdsulykke, hvor han falder ned fra et stillads.

Vi har anerkendt ulykkestilfældet på den tegnede Familieulykkesforsikring.

Arbejdsskadestyrelsen har afgjort det varige men til 30% og vi har udbetalt erstatning incl. tillægserstatning jf. betingelsernes afsnit 5.4. (Bilag 5)

5.4. Tillægserstatning

5.4.1. Tillægserstatning fra 30% invaliditet.
For ulykkestilfælde, som medfører en invaliditetsgrad på 30% eller derover, og som rammer personer, der ikke er fyldt 60 år, udbetales en tillægserstatning på lige så mange procent af invaliditets-erstatningen, som invaliditetsgraden udgør.

Vi kan ikke anerkende [klagerens] påstand om, at vi ved tegning af forsikringen i 2011 havde lovet ham dobbelterstatning, såfremt han ville komme ud for et ulykkestilfælde der ville medføre varige men på 30% eller derover.
Denne dækning havde vi ikke på tegningstidspunktet!

Jeg vedhæfter vores tilbud til [klageren] af 29.06.2011 (Bilag 1) samt policen af 01.09.2011 (Bilag 3) som vi sendte til [klageren] efter modtagelse af accept på vores tilbud. (Bilag 2) Der henvises i både tilbud samt i policen til gældende forsikringsbetingelser for Familieulykkesforsikring, som kan ses på vores hjemmeside.

Erstatningsopgørelse (bilag 4).

- Vi har ikke lovet forsikringstager [klageren] dækninger ud over betingelserne.
- Vi har behandlet sagen og udbetalt erstatning svarende til betingelserne.
- Vi kan derfor ikke tilbyde yderligere erstatninger i sagen.

Vi har endvidere den 8. marts 2016 afvist ovennævnte over for [klagerens] advokat. (Bilag 6)".

Nævnet har fået forelagt sagens bilag, herunder den korrespondance mellem selskabet og klageren, der ligger forud for sagens indbringelse for nævnet, forsikringstilbud af 29/6 2011, klagerens accept af 13/7 2011 samt Arbejdsskadestyrelsens udtalelse af 28/9 2015.

Af selskabets brev af 29/1 2016 til klageren fremgår bl.a.:

"Det fremgår af Arbejdsskadestyrelsens brev, at anken af sagen er ophævet, og at ménvurderingen på 30% derfor fortsat er gældende.

Forsikringssummen på skadetidspunktet er 1.155.910.

Der udbetales 30% mererstatning af kr. 1.155.910

	kr. 346.773
Der udbetales 30% tillægserstatning af kr. 346.773	- 104.031,90
I alt	kr. 450.804,90
Fradrag af tidligere udbetalt	- 184.945,60
I alt	kr. 265.859, 30
Renter fra 16.07.2015	- 11.551,04
I alt	kr. 277.410,34

Sagen betragtes hermed som afsluttet".

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**5.2. Hvad omfatter invaliditetsdækningen?**

5.2.1. Ulykkestilfælde, der medfører mindst 5% medicinsk invaliditet.

Når et ulykkestilfælde, se fællesbestemmelsernes pkt. 1.2, er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (= mén) fastsættes til mindst 5%, udbetales der erstatning.

Invaliditetsgraden fastsættes i overensstemmelse med den méntabel, som Arbejdsskadestyrelsen benytter på skadetidspunktet med de begrænsninger, der er anført nedenfor og i pkt. 5.3.

Hvis invaliditetsgraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel, fastsættes den tilskadekomnes medicinske invaliditetsgrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

I alle tilfælde fastsættes invaliditetsgraden på et rent medicinsk grundlag uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevne, tilskadekomnes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer tit den fastsatte invaliditetsgrad.

En bestående invaliditet kan ikke medføre, at erstatningen fastsættes højere, end hvis en sådan invaliditet ikke havde været tit stede. Ved skade på parvise organer medfører dette, at invaliditetsgraden uanset forudbestående invaliditet fastsættes,

som om der alene foreligger invaliditet på det senest beskadigede organ, medmindre andet fremgår af policen.

Invaliditetsgraden kan ikke overstige 100% for samme ulykkestilfælde.
Erstatningen fastsættes, så snart det må anses for sikkert, at ulykkestilfældet og lidelser, der er en følge heraf, ikke vil medføre døden, og tilskadekomnes tilstand i øvrigt må betragtes som stationær.

…

5.4. Tillægserstatning

5.4.1. Tillægserstatning fra 30% invaliditet.

For ulykkestilfælde, som medfører en invaliditetsgrad på 30% eller derover, og som rammer personer, der ikke er fyldt 60 år, udbetales en tillægserstatning på lige så mange procent af invaliditetserstatningen, som invaliditetsgraden udgør".

Nævnet udtaler:

Klageren var den 1/4 2014 udsat for en arbejdsulykke, hvor han faldt 1,2 meter ned fra et stillads og landede på højre skulder. Der blev efterfølgende konstateret et brud og ledskred i skulderleddet.

Arbejdsskadestyrelsen har ved udtalelse af 28/9 2015 anerkendt ulykken som en arbejdsskade efter arbejdsskadeloven og har fastsat det varige mén efter arbejdsskaden til 30 %.

Selskabet har udbetalt erstatning svarende til en méngrad på 30 % inkl. tillægserstatning i henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 5.4.1., hvorefter der for ulykkestilfælde, der medfører en invaliditetsgrad på 30 % eller derover, og som rammer personer, der ikke er fyldt 60 år, udbetales en tillægserstatning på lige så mange procent af invaliditetserstatningen, som invaliditetsgraden udgør.

Klageren har over for nævnet anført, at han af assurandøren – i forbindelse med tegningen af forsikringen – blev oplyst, at forsikringen giver ret til dobbelterstatning, hvis det varige mén fastsættes til 30 % eller derover. Han anfører endvidere, at bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 5.4.1 er uklart formuleret, og at en ordlydsfortolkning af bestemmelsen må føre til, at forsikringen giver ret til dobbelterstatning, hvis et ulykkestilfælde medfører et varigt mén på 30 % eller derover.

Selskabet har afvist klagerens påstand om, at han ved forsikringens tegning skulle være blevet lovet, at forsikringen giver ret til dobbelterstatning, når det varige mén er 30 % eller derover. Selskabet henviser til, at det af forsikringstilbuddet samt klagerens forsikringspolice fremgår, at forsikringen er tegnet på selskabets normale vilkår og betingelser. Selskabet henviser endvidere til, at et sådant produkt slet ikke blev udbudt på tegningstidspunktet. For så vidt angår klagerens påstand om, at bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 5.4.1. skulle være uklart formuleret, har selskabet anført, at bestemmelsen er klar, og at erstatning er udbetalt i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet at kunne lægge til grund, at forsikringen blev tegnet på selskabets normale vilkår og forsikringsbetingelser, hvortil der er henvist i både forsikringstilbud samt i klagerens forsikringspolice. Det findes ikke godtgjort, at der fra selskabets side er ydet fejlagtig eller mangelfuld rådgivning i forbindelse med forsikringens tegning. Da forsikringen i henhold til de gældende forsikringsbetingelser ikke giver ret til erstatning i videre omfang end allerede udbetalt af selskabet, kan nævnet ikke pålægge selskabet at imødekomme klagerens krav om dobbelterstatning.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels