Ankenævnet for Forsikring

Den 9. november 2016 blev i sag nr. 89689:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Thisted Forsikring A/S
Thyparken 16
7700 Thisted

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring i Thisted Forsikring A/S. Hun klager over, at selskabet har afvist at udbetale ménerstatning for et anmeldt ulykkestilfælde, som selskabet ved brev af 23/2 2016 anerkendte som et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Selskabet har afvist at udbetale ménerstatning med henvisning til, at klagerens forsikring alene indeholder dækning ved dødsfald. Selskabet gør gældende, at klageren burde have indset, at tilsagnet om dækning i brevet af 23/2 2016 var en fejl.

I klageskemaet af 2/8 2016 har klageren bl.a. anført:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.*
> Jeg falder foran vores hus den 4.dec 2015 og brækker min ankel samt det viser sig senere at jeg fik et brud i lænden også ved faldet. Jeg anmelder det til Thisted Forsikring og får at vide jeg er dækket af min forsikring. Jeg har på grund af faldet fået varige mén, og er nu afhængig af hjemmehjælp og kørestol/rolator, da jeg ikke kan gå ret langt på grund af anklen.
> Forsikringsselskabet skriver et halvt år efter for at høre om gener ved ulykken, og jeg sender dem svar, som beskriver de store gener og hvordan min situation ser ud nu.
> Så svarer de, at de ved en fejl har skrevet og sagt, at jeg er dækket af forsikringen og lukker den... Hvilken ikke er sandt.
>
> **Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
> Jeg vil opnå at få udbetalt den mén grad jeg har fået efter ulykken."

Dertil har selskabet i brev vedlagt mail af 25/8 2016 til nævnet bl.a. bemærket:

"**Sagsfremstilling:**

I december måned 2015 falder klager på vej ud til skraldespanden og kommer til skade med sit ene knæ. Klager anmelder skaden til selskabet.
Selskabet anerkender ved en fejl, at skaden er omfattet af klagers ulykkesforsikring. Dette sker ved brev af. 23. februar 2016.
På halvårsdagen for uheldet følger selskabet op overfor klager og spørger til, hvordan det går med klager.
Klager indsender herefter brev af 13. juni 2016 hvoraf det fremgår, at klager fortsat har gener efter uheldet.
Selskabet bliver opmærksom på, at klagers ulykkesforsikring alene er tegnet med en dødsfaldsdækning. Der er ikke tegnet dækning for invaliditet.
Dette meddeles straks klager ved brev af 20. juni 2016 hvoraf det fremgår, at selskabet fejlagtigt har anerkendt uheldet som dækningsberettiget, men at klager desværre ikke har tegnet dækning for invaliditet.
Klager mener, hun har dækning for invaliditet, hvorfor nærværende klage er fremsendt til Ankenævnet for forsikring.

oo0oo

Ved selskabets stillingtagen til sagen er der særligt lagt vægt på følgende:

- At selskabet fejlagtigt har anerkendt, at skaden er omfattet af klagers ulykkesforsikring
- At klagers ulykkesforsikring alene er tegnet med dækning for dødsfald
- At det klart og tydeligt fremgår af klagers police, at der ikke er tegnet dækning for invaliditet
- At klager derfor ikke kan have være i god tro på tidspunktet for skadeanmeldelsen ligesom klager ikke efterfølgende kan "komme i god tro" ved modtagelsen af dækningstilsagnet.

Efter en fornyet gennemgang af sagen er det fortsat selskabets opfattelse, at selskabet ikke er forpligtet af dækningstilsagnet i henhold til AFTL § 32.

Det er selskabets opfattelse, at klager ikke har været i god tro om fejltagelsen.

Af bestemmelsen fremgår det blandt andet, at den, der har afgivet en viljeserklæring, som ved fejlskrift eller anden fejltagelse fra hans side har fået et andet indhold end tilsigtet, er ikke bundet af erklæringens indhold, hvis den, til hvem erklæringen er afgivet, indså eller burde indse, at der forelå en fejltagelse.

Af klagers police, vedlagt som bilag, fremgår det tydeligt, at der ikke er dækning for invaliditet.

Policen er fremsendt til kunden tilbage i 2003 og den vedlagt kopi er den police klager kunne se ved anmeldelsen af skaden.

Til orientering gør selskabet opmærksom på, at policekopien, som klager har vedlagt i sagen, er fremsendt til kunden sammen med brev af 20. juni 2016, og har altså ikke været policelayoutet på tidspunktet for skadens anmeldelse.

Klager er endvidere tilmeldt PBS, og heraf fremgår det ligeledes på de årlige opkrævninger, klager har modtaget gennem årene, at forsikringen alene dækker ved dødsfald.

Det er derfor vores opfattelse, at klager allerede ved modtagelsen af dækningstilsagnet burde have indset, at der var tale om en fejl i brevet, og at denne fejl ikke vil kunne binde os.

Ud fra det foreliggende er det således vores opfattelse, at klager er i juridisk ond tro, når klager påberåber sig, at forsikringen dækker erstatning for varig mén.

Fejlen er desuden opdaget af selskabet på et tidspunkt, hvor det endnu ikke har konsekvenser for klager, at der er sket fejlskrift, eftersom der ikke er givet tilsagn om udbetaling af erstatning i sagen.

På baggrund heraf finder selskabet at klager, ud fra policen og årlige opkrævninger, ikke kan have være i god tro på tidspunktet for skadeanmeldelsen ligesom klager ikke efterfølgende kan komme i god tro ved modtagelsen af dækningstilsagnet.

Med henvisning til AFTL §32 fastholder selskabet afvisningen af, at klagers ulykkesforsikring skal dække den anmeldte skade.

Til brug for Ankenævnet for Forsikrings behandling af sagen vedlægges følgende bilag:

- Kopi af brev af 23. februar 2016 til klager
- Kopi af brev af 7. juni 2016 til klager
- Kopi af brev af 13. juni 2016 fra klager
- Kopi af brev af 20. juni 2016 til klager
- Kopi af police
- Kopi af tekst, der står på klagers opkrævninger via PBS"

Med henvisning til selskabets bemærkninger har klageren i mail af 4/10 2016 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg føler mig snydt af Thisted Forsikring, som i kan se ud fra de papirer der er fremsendt, og det, at jeg i et halvt år har haft korrespondance og snakket med dem i telefon. Og i hele den periode, var der på ingen tidspunkt nævnt noget om, at jeg ikke var dækket eller kunne få erstatning. Tværtimod."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen – herunder den tekst, der ifølge selskabet fremgår af klagerens PBS-betalinger. Heraf fremgår bl.a.:

"Årspræmie: 589,50 kr.
…
Dækningsomfang

Død JA

Forsikringssum 1.670.710 kr.

Invaliditet NEJ"

Nævnet har desuden fået forelagt kopi af brevet af 23/2 2016 til klageren, hvoraf fremgår:

"Vi har modtaget skadeanmeldelsen i forbindelse med dit uheld d. 4. december 2015, hvor du falder og slår dit højre knæ.

På baggrund af det hændelsesforløb og de oplysninger, som du har givet i skadeanmeldelsen, kan vi oplyse, at uheldet er omfattet af din ulykkesforsikring som et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

Vores erfaring viser, at det først er muligt at vurdere den endelige méngrad, når der er gået cirka et halvt år eller mere efter at ulykken er sket. Vi kontakter dig derfor igen om ca. 1/2 år for at høre hvordan du har det. Hvis der forinden sker en ændring i din tilstand, må du meget gerne kontakte os herom. Du er også velkommen til at kontakte os, hvis du skulle få brug for eventuelle fysiurgiske behandlinger og ikke kan opnå dækning andetsteds.

Når du herefter er færdigbehandlet i såvel lægeligt- som evt. behandlingsregi indhenter vi lægeoplysninger for vurdering af, hvorvidt uheldet har medført varigt mén på 9 % eller mere, ligesom vi undersøger, om eventuelle forudbestående mén/sygdomme er årsag til, eller har indflydelse på, dine varige følger."

Af selskabets brev af 7/6 2016 til klageren fremgår:

"Der er nu gået 1/2 år siden dit ulykkestilfælde den 4. december 2015, hvor du faldt og brækkede højre fod og fik en reven i knæet.

Vi vender tilbage for at høre hvordan du har det nu.

Hvis du stadig har gener efter uheldet, beder vi dig venligst beskrive hvilke, og hvordan generne udarter sig.

Ved henvendelse beder vi dig anføre vores skade nr. 293936.

Hvis vi ikke hører fra dig inden 1 måned fra dato, går vi ud fra, at du ikke har varige følger og afslutter sagen uden videre.

Sagen kan genoptages, hvis din tilstand ændrer sig væsentligt."

Ved brev af 13/6 2016 oplyste klageren selskabet, at hun havde store smerter efter faldet, og at ulykken havde givet hende varige mén.

I selskabets brev af 20/6 2016 til klageren hedder det:

"Vi har modtaget dit brev angående dine gener efter uheldet, hvor du faldt, da du skulle ud til skraldespanden.

Vi har ved en fejl skrevet til dig, at skaden er omfattet af din ulykkesforsikring her i selskabet. Din police indeholder kun dækning for dødsfald, og der er ikke tegnet dækning for invaliditet. Uheldet er således ikke dækket af din ulykkesforsikring, hvilket vi fejlagtigt har skrevet til dig. Vi beklager meget, at vi ikke var opmærksomme herpå ved anmeldelse af skaden.
Vi vedlægger en kopi af din police til dokumentation herfor.
Sagen afsluttes og lukkes derfor nu hos os.
Såfremt du har spørgsmål hertil, er du meget velkommen til at kontakte os.
Vi undskylder meget for fejlinformationen."

Af klagerens police af 1/4 2003, fremgår:

"**Forsikringsform**	Heltidsulykkeforsikring	
Dækningsomsfang/ Forsikringssummer	Dødsfaldsdækning	Dækket 1.200.000
	Méndækning	Ikke dækket"

Af klagerens police af 20/6 2014, fremgår:

"**Forsikringen omfatter**	**Forsikringssum i kr.**
[Klageren]	
Dødsfaldsdækning	**1.695.924**

Der er mulighed for at udvide forsikringen med Invaliditet inkl. Brille- og Tanddækning, Farlig Sport samt Fører af Motorcykel/ATV/Crosser.
…

Den årlige pris for din forsikring	**700 kr.**"

Nævnet udtaler:

Klageren har, til støtte for at hun er berettiget til ménerstatning for det anmeldte ulykkestilfælde, anført, at selskabet har anerkendt, at ulykkestilfældet er dækningsberettigende, og at hun har ført korrespondance og telefonsamtaler med selskabet igennem et halvt år fra anmeldelsestidspunktet, og at ingen i den forbindelse har oplyst hende, at der ikke er dækning for hændelsen.

Selskabet har heroverfor blandt andet anført, at klageren burde have indset, at dækningstilsagnet beroede på en fejl, da det fremgår af hendes police, at forsikringen alene indeholder en dødfaldsdækning.

Nævnet finder at måtte lægge til grund, at klagerens ulykkesforsikring ikke er tegnet med dækning ved invaliditet. Nævnet har herefter ikke grundlag for at pålægge selskabet at yde forsikringsdækning på dette grundlag.

Spørgsmålet er herefter om selskabets fejlagtige dækningstilsagn i brevene af 23/2 og 7/6 2016 har givet klageren en berettiget forventning om dækning ved invaliditet.

Ifølge aftalelovens § 32, stk. 1, er et selskab ikke bundet af et løftet, hvis løftemodtageren indså eller burde indse, at der forelå en fejltagelse.

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet, at klageren burde have indset, at selskabets tilsagn om invaliditetsdækning beroede på en fejl.

Nævnet har lagt vægt på oplysningerne i policen og de årlige PBS-meddelelser om, at forsikringen alene indeholder en dødsfaldsdækning. Endvidere har nævnet lagt vægt på, at prisen for forsikringen er meget lav sammenlignet med invaliditetsdækninger, og at selskabet ikke har anført, at der er tale om kulancedækning.

Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning for klagerens invaliditet.

Som følg af det anførte

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings