

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 5. februar 2020 blev i sag nr. 93421:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Tjenestemændenes Forsikring
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Nu afdøde forsikringstager havde ulykkesforsikring. Klageren er hans dødsbo, og i klageskrift bilagt klageskema af 8/2 2019 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"Påstand

Indklagede tilpligtes til at anerkende, at klager er berettiget til invaliditetserstatning efter ulykkestilfældet den .../1 2014.

Sagen kort

Denne sag omhandler fortolkningen af forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 1. punktum, og om forståelsen af denne.

Sagen omhandler ganske kort om forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 1. punktum, også finder anvendelse som erstatningsfritagelsesgrund i en sag, hvor forsikringstager ikke på nogen måde har kunnet foretage anmeldelse i invaliditetsperioden.

Sagsfremstilling

Den 11/1 2014 er forsikringstager udsat for en ulykke i hjemmet. Det fremgår bl.a. af skadestueepikrise (bilag 1), side 2, at der er tale om at fald fra en stige. Efter dette fald går forsikringstager i koma og er bl.a. på plejehjem i en periode. Komaet varer indtil den .../8 2014, altså 208 dage efter ulykken.

Som det fremgår af de lægelige akter i bilag 1-4, vågner forsikringstager aldrig helt igen. Der er flere gange ganske tæt på at være kontakt, men der ses dog aldrig at komme i kontakt.

Efter, som nævnt, 208 dage, afgang forsikringstager ved døden. Forsikringstager er i forløbet undervejs på plejehjem og deslige, da hans ægtefælle ikke er i stand til at passe ham. Som det frem-

går af bilag 5, der er hendes lægejournal, har forsikringstagers hustru været kendt med en [sygdom] siden 2011 og, hun er derfor ikke istand til mentalt eller fysisk, til at tage vare på ham. Den 28/11 2017 udbetales der dødsfaldserstatning (bilag 6).

Den 11/1 2018 (bilag 7) indtræder [advokat] på vegne af boet og, meddeler, at der bør udbetales invalideerstatning. Dette besvares ved brev af 18/1 2018 (bilag 8) fra indklagede, der fastholder afslaget. Herefter pågår der en længere korrespondance, der er hoslagt i fulde, sagens bilag 9-14, hvor bilag 14 er den endelige afvisning af kravet. Således er denne klage til Ankenævnet for Forsikring nødvendiggjort.

Anbringender

Forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 1. punktum, tilsiger følgende:

'Forsikringsydelsen kan kræves betalt 14 dage efter at selskabet har været i stand til at indhente de oplysninger der er nødvendige til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og til fastsættelse af forsikringsydelsens størrelse.'

Dette forekommer at være en ganske absolut bestemmelse. Der ses ikke at være meget rum for umiddelbar fortolkning. Og dog, som i al anden dansk ret, må denne bestemmelse naturligvis også underlægges rimelighedsbetragtninger. Hensynet til bestemmelsen er, ifølge den kommenterede forsikringsaftalelov (Ivan Sørensen 2000) og Karnov note 88 til bestemmelsen, at fastlægge hvornår en forsikringstager tidligst kan kræve udbetaling fra forsikringsselskabet.

Dette giver såmænd også fin mening i langt de fleste sager. I langt de fleste sager er der tale om at du kommer til skade, du foretager en anmeldelse, og hvis du f.eks. venter 6 måneder efter skaden med at foretage anmeldelse, kan du naturligvis ikke kræve din betaling forrentet med 6 måneders tilbagevirkende kraft. Forsikringsselskabet har ikke haft nogen mulighed for at kunne agere.

Men hvad med det tilfælde, hvor forsikringstager aldrig vil kunne foretage anmeldelse til forsikringsselskabet, hverken rettidigt eller blot generelt og, hvor fristen i forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 1. punktum, på ingen vis kan overholdes?

Ja, for det er hvad denne sag handler om. Denne sag handler ganske simpelt om ret og retfærdighed.

Så vidt klager har kunnet orientere sig i Ankenævnets praksis og på Karnov, ses der ikke umiddelbart at have været sager med så lang handletid tidligere og, hvor der har været så lille mulighed for at kunne reagere.

For det er netop hvad der er tale om her. Der er tale om et imponerende sammenfald af uheldige omstændigheder. Vi har en skadelidt, der er i koma, ikke blot som i de to sager der er blevet fremlagt under skriftvekslingen af indklagede, nærmere bestemt ankenævnssagerne 77.736 og 88.650, hvor der i den ene sag var tale om et tidsrum på godt 48 timer og i det andet tilfælde tale om et tidsrum på lige omkring 1 måned, og hvor der i øvrigt var tale om et hjemmeboende [barn].

I det ene tilfælde var der tale om at der på ingen realistisk vis kunne nås at være foretaget en vurdering af det varige mén og, i det andet tilfælde var der tale om at forældrene til den hjemmebo-

ende [barn], uden problemer havde kunnet foretage anmeldelse med det samme. Spørgsmålet er så om 1 måned havde været nok til at fastslå det varige mén.

I denne sag har vi et ganske andet scenarie. Her er der tale om en ældre forsikringstager, der bor sammen med sin kone der har en [sygdom], og hvor de lægelige akter, der ikke ses at være omtvistet på nogen vis i sagen, klart dokumenterer, at hun på ingen måde, hverken fysisk eller psykisk havde kunnet foretage en anmeldelse i sagen.

Der er tale om forsikringstager hvor deres børn ikke har kendskab til deres forhold, at de ved præcis hvilke forsikringer de har. Det må i øvrigt siges at være forholdsvis sædvanligt, at voksne børn ikke nødvendigvis har detaljeret overblik over deres forældres forsikring.

Det er altså således først i forbindelse med de rydder op efter forsikringstagers død, at de opdager forsikringen og der foretages, som det også fremgår af sagen, anmeldelse uden ophold, blot 2 dage efter dødsfaldet er sket.

Spørgsmålet er altså nu om forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 1. punktum, finder anvendelse i en sag, hvor det simpelthen ikke kan lade sig gøre at foretage anmeldelse og, hvis den gør, må det antages, at der vil være foretaget anmeldelse, havde forsikringstager været i stand til det, det vil enhver rimelighedsbetragtning foreskrive og, så er spørgsmålet om indklagede på 208 dage havde været i stand til at vurdere et varigt mén.

Det er klagers klare opfattelse, at forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, ikke kan være til hinder for at en forsikringstager, der på ingen fysisk måde kan foretage anmeldelse til forsikringsselskabet, bliver begrænset for et senere krav på grund af et dødsfald og, det er klagers standpunkt, at 208 dage vil være alt rigeligt til at vurdere et varigt mén og lignende i denne sag.

Det kan i øvrigt noteres, at der ikke ses at være nogen forbehold eller deslige omkring alt ovenstående i policen og betingelserne, der fremlægges som bilag 15 og 16."

Selskabet har i brev af 22/3 2019 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"2.0 indledning

Nu afdøde ..., der var forsikringstager, havde tegnet 59-ulykkesforsikring i selskabet med vilkår nr. 8094 (bilag 15). Sagen drejer sig om, at klageren ikke er tilfreds med, at selskabet alene har udbetalt dødsfaldsdækningen på 760.578 kr. efter et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Klageren stiller yderligere krav om erstatning for varigt mén. Selskabet har korrekt udbetalt dødsfaldserstatningen, og afviser at klageren har krav på ménerstatning.

3.0 kort sagsfremstilling

Det fremgår af sagen, at nu afdøde forsikrede, ..., den ... januar 2014 var udsat for et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Tragisk afgik forsikrede, [forsikringstager], den ... august 2014 ved døden.

Den ... august 2014 – dagen efter forsikredes bortgang – anmeldte boet ulykkestilfældet til selskabet.

Efter i oktober 2014 at have modtaget dødsattesten, blev sagen forelagt for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (tidligere Arbejdsskadestyrelsen – herefter omtalt som AES) bl.a. med henblik på at vurdere årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og forsikrede bortgang. Ved en fejl spurgte selskabet også om en méngrad.

Den 6. november 2014 orienterede selskabet klageren om, at sagen var forelagt AES, og *'bedt dem tage stilling til årsagssammenhæng'*.

Efter at have modtaget AES' brev af 30. april 2015, fortog selskabet en vurdering. AES havde fastsat en méngrad på 50%.

Den 28. maj 2015 meddelte selskabet til klager, at *'Vi kan betale dødserstatning på den tegnede ulykkesforsikring hos os'*. Samtidig anmodede selskabet om en skifteretsattest.

Selskabet genfremsendte den 14. august 2015 sit brev af 28. maj 2015 til klageren.

Den 22. november 2017 fremsendte klager skifteretsattesten.

Herefter meddelte selskabet ved brev af 28. november 2017, at selskabet udbetalte dødsfaldssummen. Selskabet udbetalte den 5. december 2017 dødsfaldserstatningen på 760.578 kr.

Selskabet har gennem 2018 meddelt til klagerens advokat, at der ikke var krav på ménerstatning.

Sagen blev indbragt for Ankenævnet for Forsikring den 29. januar 2019.

4.0 selskabets vurdering

Selskabet fastholder sin vurdering af sagen.

4.1 der er ikke krav på ménerstatning

Afgørende, for om der kan betales erstatning for varigt mén, er, om kravet er forfaldet til betaling jf. forsikringsaftalelovens § 24, stk.1, 1. punkt.

Der henvises til Ivan Sørensen, Den private Syge- og Ulykkesforsikring, 2. omarbejdede udgave, Forlaget Thomson, GadJura, 2004, side [259] ff, hvor bl.a. også forsikringsaftalelovens § 24 og § 25, samt U2001.352H, omtales.

Når kravet ikke er anmeldt, har selskabet ikke været i stand til at indhente de oplysninger, der er nødvendige til bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsætte forsikringsydelsens størrelse, og man kan i sådan et tilfælde ikke kræve forsikringsydelsen udbetalt.

Så vidt ses er klagerens advokat enig heri.

I aktuelle sag er det et faktum, at ulykkestilfældet den ... januar 2014 først er anmeldt til selskabet efter, at forsikrede var afgået ved døden den ... august 2014, idet skadeanmeldelsen først er dateret og sendt til selskabet den ... august 2014.

Selskabet har ikke inden dødens indtræden den ... august 2014 haft mulighed for at indhente oplysninger om skadens omfang til brug for vurderingen af en eventuel méngrad. Kravet for erstatning for varigt mén har derfor ikke været forfaldent til betaling jf. forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 1. pkt.

Det ligger herefter helt fast, at klageren alene have udbetalt dødssummen på ulykkesforsikringen, og da denne allerede er blevet udbetalt af selskabet, kan der ikke rejses krav om yderligere erstatning.

Det ligger fast, at klageren ikke har krav på også at få udbetale erstatning for varigt mén. Det er en forudsætning for, at et eventuelt krav kan falde i arv er, at det er rejst/anmeldt af forsikringstageren i levende live. Det er ikke gældende retstilstand, at fx arvingen kan samle og anmelde ulykkestilfælde under en afdød persons forsikringer.

Selskabet har henvist til nævnte ankenævnskendelser med kendelses 77.736 og 88.650. Der henvises også til fx kendelse nr. 80558. Endelig henvises der til Ivan Sørensen, Den private Syge- og Ulykkesforsikring, 2. omarbejdede udgave, Forlaget Thomson, GadJura, 2004, side 259 ff., herunder U2001.352H.

I aktuelle tilfælde er der ikke et krav på ménerstatning, der kan falde i arv.

Klagerens advokat har gjort gældende, at selskabet skal betale ménerstatning, uagtet at et sådant krav ikke er forfaldet. Hvis advokaten får medhold i sin påstand, vil det have ganske alvorlige konsekvenser for hele den danske forsikringsbranche, da selskaberne vil kunne blive mødt af en lang række krav fx om rentebetaling af acontobeløb – uagtet selskabet aldrig har modtaget anmeldelse af kravet! Forsikringsaftalelovens § 24, stk. 2, henviser til § 24, stk. 1.

Advokaten er opmærksom denne manglende logik vedr. forsikringsaftalelovens § 24 om forfald og renter, og anfører, at der 'naturligvis' ikke kan kræves renter.

Klagerens advokat henviser til, at hverken forsikringstageren og/eller dennes hustru grundet deres helbredsforhold, havde mulighed for at anmelde skaden til selskabet.

Dette er uden betydning for sagens vurdering, og forfaldstids- og rentepunktet efter forsikringsaftalelovens § 24 samt vejledningspligt efter forsikringstalelovens § 25.

Selskabet har ikke taget stilling til det anførte omkring forsikringstagerens og dennes hustrus helbredsforhold, og forbeholder sig ret til at komme med sine evt. bemærkninger. På nuværende tidspunkt skal det alene bemærkes, at såvel forsikringstageren og dennes hustru – i givet fald - må have haft fuldmægtige til at repræsentere sig i øvrige forhold gennem de 208 dag, som advokaten henviser til. I denne periode kunne repræsentanterne have rettet henvendelse til selskabet og spurgt til, hvorledes man skulle forholde sig i sagen.

4.2 forældelse

Hvis forsikringsankenævnet finder, at klageren – ud over dødsfaldserstatningen på 760.578 kr. – også har krav på ménerstatning gør selskabet subsidiært gældende, at kravet er forældet.

Selskabet har ikke taget stilling til, om det er korrekt, at der kunne være opgjort et varigt mén, og forbeholder sig ret til at komme med yderligere bemærkninger.

Hvis advokatens påstand om, at det inden den ... august 2014 var muligt at opgjøre et varigt mén, er dette krav umiddelbart forældet inden den ... august 2017.

Det forhold, at klagerens advokat efter forældelse er indtrådt, rejser krav, vil ikke ændre ved, at sagen er forældet.

Selskabet har den 28. maj 2015 meddelte til klager, at 'Vi kan betale dødsersatning på den tegnede ulykkesforsikring hos os'.

Klageren var således allerede på dette tidspunkt bekendt med, at selskabet alene gav tilsagn om udbetaling af dette beløb.

Da klageren aldrig har modtaget en anerkendelse om udbetaling af ménerstatning, da der aldrig er anmodet om suspension af forældelsen, og da sagen først er indbragt for Ankenævnet for Forsikring i januar 2019, er kravet forældet.

4.3 modregning i dødsfaldserstatningen

Hvis klageren har et evt. krav på ménerstatning skal denne modregnes i dødsfaldserstatningen.

Der henvises til punkt 8.1.3.

...

Det bemærkes for god ordens skyld, at der var tegnet dobbelterstatning på policen, jf. bilag 15.

Afslutningsvis skal det igen bemærkes, at der aldrig har været et forfaldet krav, jf. forsikringsaftalelovens § 24, og der allerede derfor heller ikke er noget, der kan fald i arv. "

Klagerens advokat har i brev af 26/4 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Indledningsvist forekommer det ikke at der uenighed om sagsfremstilling, ej heller om hvorvidt, der kunne vurderes et varigt mén. Klager noterer i den sammenhæng, at indklagede har fremlagt udtalelse fra AES af 30/4 2015, hvor det er helt åbenlyst, at AES, uden vanskeligheder, har været i stand til at kunne vurdere et varigt mén. Der var således rigelig mulighed for at kunne skønne et varigt mén, på baggrund af de lægelige oplysninger der lå på sagen.

Indklagede fremfører dernæst en række standpunkter.

Indledningsvist om pkt. 4.1 ses der først at være en henvisning til U2001.352H.

Det er dog ikke helt åbenlyst, hvorfor denne dom er relevant, der er ikke tilnærmelsesvis tale om et sammenligneligt faktum.

Indklagede har ikke beskrevet yderligere, hvorfor dette er relevant. Dernæst henvises der til en række sider i en 15 år gammel bog, uden at der beskrives hvad der egentlig mere præcis skulle kunne udledes af dette, andet end, at der angiveligt omtales noget om §§ 24 og 25 i forsikringsaftaleloven.

Dernæst henvises der til endnu en kendelse fra Ankenævnet for Forsikring, nærmere bestemt 80.558. Denne sag omhandler en sag, hvor en klager ville have højere ménerstatning og gik til Ankenævnet med den, i stedet for at fremsende den til AES, hvorefter Ankenævnet meddelte, at de ikke så at der på sagen var kommet et grundlag for at hæve det varige mén.

Det er noget uklart præcis hvordan denne ankenævnskendelse relaterer til den foreliggende sag.

Der fremføres et noget bombastisk anbringende om, hvordan den samlede danske forsikringsbranche vil skulle betale rente af acontobeløb. Der er ikke umiddelbart stillet krav om renter, men om ménerstatning. Det forekommer ikke åbenlyst, hvordan dette anbringende hidrører til sagen.

Dernæst fremkommer der et fuldstændigt nyt anbringende om forældelse. Dette har aldrig været fremført før i de godt 5 år sagen har verseret og, der må efter helt vanlig praksis, især henset til at der er tale om en professionel modpart over for forbruger, her var tale om at der for lang tid siden er indtrådt passivitet for at gøre et eventuel forældelsesanbringende gældende. Sagen har åbenlyst været under forhandling. Som det også fremgår klagen, har der været pågået en overordentlig omfattende korrespondance. Den har været forbi klageafdeling, der senest i bilag 14, den 2/11 2018, endeligt fremkommer med klagevejledning til Ankenævnet. Der er ikke på noget tidspunkt gjort forældelse gældende og, det er tidligst med klagevejledningen af 2/11 2018, at sagen kun tilnærmelsesvis kan siges at være afsluttet.

Om pkt. 4.3

Der fremføres der et anbringende omkring varigt mén og dødsfaldserstatning.

Igen er der tale om et fuldstændigt nyt anbringende, der ikke har været fremført tidligere og, ikke tilnærmelsesvis hjemlet i den foreliggende situation.

I den foreliggende situation er der netop tale om, at der ikke er betalt godtgørelse for varigt mén, men alene dødsfaldserstatning. Der må derfor skulle svares erstatning for varigt mén, når det sker i denne rækkefølge kan den netop ikke modregnes.

Opsummering

Der er blevet fremført flere kendelser og domme, der ikke relaterer til det foreliggende tilfælde og så er der fremkommet en række fuldstændig nye anbringender, der ikke har været fremført tidligere.

Det er klagers klare opfattelse, at denne sag, som allerede nævnt i klagen, er forholdsvis let tilgængelig.

Det er ganske simpelt spørgsmålet om hvorvidt, hvis pårørende havde haft kendskab til policen og havde anmeldt sagen, havde indklagede så kunnet fastsætte et varigt mén på 208 dage?

Der er altså her tale om et forsøg på rene formalitetsindsigelser, at anvende en ekstrem indskrænket og meget tekstnær fortolkning af en gammel lov, til at gå direkte mod lovens formål. "

Selskabet har i brev af 6/6 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet kan supplerende henvise til Dansk Forsikringsret, af Henning Jønsson og Lisbeth Kjær-gaard, 10. udg., januar 2019, side 1116, hvor det anføres:

'Hvis den forsikrede dør, inden méngraden er fastsat, og dermed inden kravet på mén-erstatningen er forfaldet, skal der ikke fastsættes nogen méngrad og dermed ikke nogen ménerstatning. Det hænger sammen med, at retten til at få fastsat en méngrad, og dermed retten til at kræve ménerstatning er en personlig ret, som alene tilkommer den forsikrede, jf. med hensyn til krav på invaliditetserstatning efter arbejdsskade-forsikringsloven U 1961.280 ØLD. Se også AK 74.688 (2009), og AK 70.638 og AK 88.650 (2016).'

Selskabet fastholder, at retten til at få fastsat en méngrad er en personlig ret. Der ikke i aktuelle sag tale om et krav, der kan falde i arv. Der skal igen henvises til, at selskabet først modtog en anmeldelse af ulykkestilfældet efter at forsikrede var gået bort. Selskabet har ikke - inden dødens indtræden - haft mulighed for at indhente oplysninger om skadens omfang til brug for vurderin-gen af sagen, herunder en evt. méngrad. Selskabet henviser til sit brev af 14. juli 2018. Og det be-ror ikke på selskabets forhold, at der ikke er fastsat en méngrad, jf. igen side 1116 og kendelse nr. 29173.

Det forhold, at selskabet ved en fejl fik sendt sagen til AES kan ikke føre til et andet resultat.

Det kan endvidere ikke føre til andet resultat, at hverken nu afdøde selv eller de personer, der va-retog afdødes interesser (i 208 dage), foretog anmeldelse. Det havde selvfølgelig været muligt at foretage anmeldelse til selskabet allerede kort tid efter ulykken den ... januar 2014.

Selskabet har aldrig frafaldet at gøre forældelse gældende, og dette er heller ikke sket ved passivi-tet. Selskabets – subsidiært – påstand kan derfor fastholdes. Klageren har siden november 2017 været repræsenteret ved advokat.

Klagerens advokat har ikke godtgjort, at der forældelsesafbrydende forhandlinger i sagen, hvilket da heller ikke er tilfældet. Selskabet har gennem hele forløbet fastholdt sin vurdering, og gentag-ne henvendelser/klager afbryder ikke forældelsen. Forældelse afbrydes heller ikke ved at der på et tidspunkt (efter klagerens valg) rettes henvendelse til selskabets klageansvarlige afdeling.

Klagerens advokat gør gældende, at et varigt mén kunne være fastsat inden for 208 dage (efter den ... januar 2014). Et sådant krav er forældet. Så vidt ses er kravet rejst af advokaten efter for-ældelsen er indtrådt, den ... januar 2018, og det er afvist af selskabet den 18. januar 2018.

Selskabet henviser til forsikringsbetingelsernes punkt 8.1:

...

Uagtet det af klagerens advokat anførte, er det selvfølgelig forsikringsaftalen, der er gældende, herunder under de anførte punkter.

Jeg vil undlade at kommentere på advokatens ide om, at der ikke sker modregning ved 'omvendt rækkefølge'. "

Klagerens advokat og selskabet er kommet med yderligere indlæg i breve af 8/8, 6/9, 14/10 og 22/11 2019 til nævnet.

Ankenævnet for Forsikring

9.

93421

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Et uddrag gengives i det følgende.

Af selskabets brev af 6/11 2014 til familiens repræsentant fremgår bl.a.:

"Vi har nu modtaget de lægelige akter til sagen.

Til orientering har vi i dag forelagt sagen for Arbejdsskadestyrelsen, og bedt dem tage stilling til årssagssammenhæng.

Vi vender tilbage når der er nyt i sagen. "

Af vejledende udtalelse af 30/4 2015 fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fremgår bl.a.:

"Vejledende udtalelse

I har bedt Center for Private Erstatningsskader i Arbejdsskadestyrelse om en vejledende udtalelse vedrørende [forsikringstagers] varige mén som følge af skaden den 11. januar 2014.

Vi vurderer, at:

Det varige mén er 50 procent

På de næste sider kan i læse vores begrundelse.

...

Varigt mén

Vurdering af varigt mén

Det varige mén er 50 procent

Vores lægekonsulent med speciale i neurokirurgi har deltaget ved vurderingen af det varige mén.

Grundlaget for vores vurdering:

- [Forsikringstager] var den ... januar 2014 udsat for en ulykke, hvor han faldt ned fra en stige i sit hjem.
- [Forsikringstager] blev indbragt sygehus, hvor der blev konstateret en hjerneblødning og brud på brystryggen.
- [Forsikringstager] blev den 14. februar 2014 udskrevet til plejehjem, og han sad ved udskrivelsen i kørestol og havde inden verbal eller meningsfuld kommunikation.
- [Forsikringstager] blev den 27. juni 2014 indlagt fra plejehjemmet på grund af lungebetændelse som følge af fejlsynkning.
- [Forsikringstager] afgik den ... august 2014 ved døden.
- Af dødsattesten fremgår, at dødsårsagen skyldes lungebetændelse og medvirkende hertil er angivet eftervirkning af traumatisk hjerneskade.
- [Forsikringstager] var på tidspunktet for faldulykken sat i AK-behandling på grund af atrieflimmer.

Ved vurderingen af det varige mén har vi lagt vægt på, at [forsikringstager] havde følger efter skaden i form af svære neurologiske udfald.

Ankenævnet for Forsikring

10.

93421

Vi har fastsat det varige mén med udgangspunkt i vores vejledende méntabel:

Efter tabellens punkt A.4.2 .4 vurderes svær demens, kontinuerlig pleje og overvågning nødvendig, til 75 procent (100).

Vi vurderer, at [forsikringstagers] gener efter faldulykken bedst kan sammenlignes med generne angivet i méntabellens punkt A.4.2.4.

Det er dog vores lægelige vurdering, at risikoen for den hjerneblødning, som [forsikringstager] pådrog sig, var væsentlig forøget på grund af den AK-behandling, som [forsikringstager] modtog på tidspunktet for ulykken som følge af atrieflimmer, men vi vurderer, at det er overvejende sandsynligt, at ulykken isoleret set har haft væsentlig indflydelse på det efterfølgende forløb.

Det er derfor vores lægelige vurdering, at skønsmæssigt halvdelen af de gener, som [forsikrings-tager] fik efter hjerneblødningen kan henføres til hovedtraumet.

Vi vurderer derfor, at skaden den 11. januar 2014 kan begrunde et varigt mén på skønsmæssigt 50 procent.

Vi er opmærksomme på, at [forsikringstager] ved faldet også pådrog sig et brud på brystryggen, men det er vores lægelige vurdering, at denne skade ikke har haft selvstændig betydning, og derfor indgår i ovenstående vurdering af det varige mén. "

Af selskabets brev af 28/5 2015 til familiens repræsentant fremgår bl.a.:

"Til brug ved behandling af sagen, beder vi dig indsende skifteretsattesten, idet vi kan udbetale erstatning efter [forsikringstager].

Vi kan betale dødserstatningen på den tegnede ulykkesforsikring hos os.

Når vi modtager skifteretsattesten, vil I høre fra os igen. "

Af policen fremgår bl.a.:

"Begunstigelse	Udbetaling ved død som følge af ulykkestilfælde sker til forsikredes nærmeste pårørende.	
Forsikringen omfatter	Dækning hele døgnet – erstatning ved 100% varigt mén er	1.527.880 kr.
	Dækning ved varigt mén fra 5%	
	Dækning hele døgnet – erstatning ved død	760.578 kr.

Tandskadedækning

Dobbelterstatning

Behandlingsudgifter "

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"8. Erstatning ved død

Hvis denne dækning er valgt, fremgår det af policen.

8.1 Hvad omfatter dækningen

8.1.1

Forsikringen giver ret til erstatning ved dødsfald, der er en direkte følge af et ulykkestilfælde, når dødsfaldet sker indenfor et år efter ulykkestilfældet.

8.1.2

Erstatning betales til forsikredes nærmeste pårørende i henhold til reglerne i Forsikringsaftaleloven, medmindre andet skriftligt er meddelt os, eller policen er påtegnet herom.

8.1.3

Hvis der til forsikrede også er blevet udbetalt erstatning for varigt mén, der er en følge af samme ulykkestilfælde, som medfører dødsfaldet, fratrækkes denne erstatning i dødsfaldssummen.

8.1.4

Udbetaling af erstatning sker på grundlag af forsikringssummens størrelse på ulykkestidspunktet.

...

9. Erstatning ved varigt mén

Hvis denne dækning er valgt, fremgår det af policen.

9.1 Hvad omfatter dækningen

9.1.1

Forsikringen giver ret til erstatning i tilfælde af varigt mén (= medicinsk invaliditet) som følge af et ulykkestilfælde.

9.1.2

Ménets omfang, afgør erstatningens størrelse.

Erstatningen udgør en procentdel af forsikringssummen svarende til den fastsatte méngrad. Se afsnit 10.

Udbetalingen sker som et engangsbeløb.

9.1.3

Udbetaling af erstatning sker på grundlag af forsikringssummens størrelse på ulykkestidspunktet.

9.1.4

Méngraden fastsættes, når de endelige følger efter ulykkestilfældet kan bestemmes. Af policen fremgår det, om forsikringen giver ret til udbetaling af erstatning ved en méngrad på mindst 5%.

...

9.1.7

Erstatningen udbetales til den forsikrede, medmindre andet er aftalt.

...

12. Dobbelterstatning

Hvis denne dækning er valgt, fremgår det af policen.

12.1 Hvad omfatter dækningen

Der udbetales dobbelterstatning for mén ved et dækningsberettiget ulykkestilfælde, som medfører en méngrad på 30% eller derover. "

Nævnet udtaler:

Nu afdøde forsikringstager faldt ned fra en stige i januar 2014 og pådrog sig en hjerneblødning og har ikke siden kunnet kommunikere. Han afgik ved døden i august 2014. Dødsboet anmeldte ulykkestilfældet til selskabet dagen efter dødsfaldet.

Selskabet forelagde sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring med henblik på at vurdere årsagssammenhængen mellem ulykkestilfældet og dødsfaldet. Selskabet har oplyst, at det ved en fejl samtidig bad om en udtalelse vedrørende det varige mén som følge af ulykken. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring afgav en udtalelse den 30/4 2015, og ved brev af 28/5 2015 til dødsboets repræsentant meddelte selskabet, at det kunne betale dødsfaldssummen og bad om skifteretsattesten. Selskabet rykkede for skifteretsattesten, som blev fremsendt til selskabet den 22/11 2017, og den 28/11 2017 meddelte selskabet klagerens ægtefælle, der var begunstiget som "nærmeste pårørende", at dødsfaldssummen ville blive udbetalt til hende.

Af den vejledende udtalelse af 30/4 2015 fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fremgår blandt andet, at forsikringstageren blev udskrevet den 14/2 2014, og at han ved udskrivelsen sad i kørestol og havde ingen verbal eller meningsfuld kommunikation. Han blev indlagt den 27/6 2014 på grund af lungebetændelse som følge af fejlsynkning og afgik ved døden i august 2014. Af dødsattesten fremgik, at dødsårsagen skyldtes lungebetændelse og medvirkende hertil var an-

Ankenævnet for Forsikring

13.

93421

givet eftervirkning af traumatisk hjerneskade. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har vurderet, at skaden den 11/1 2014 kunne begrunde et varigt mén på skønsmæssigt 50 % efter fradrag for forudbestående lidelse.

Klageren, som er dødsboet efter forsikringstageren, har rejst krav om, at der tillige udbetales erstatning for varigt mén. Klageren har anført, at forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, må underlægges rimelighedsbetragtninger og ikke kan være til hinder for, at en forsikringstager, der på ingen fysisk måde kan foretage anmeldelse til forsikringsselskabet, bliver begrænset for et krav om varigt mén. Klageren har endvidere anført, at forsikringstageren døde 208 dage efter ulykken, og at det havde udgjort rigelig tid til at vurdere det varige mén. Klageren har også anført, at forsikringstagerens ægtefælle på grund af sygdom ikke var i mental eller fysisk stand til at anmelde en forsikrings sag, og at hans børn ikke havde indsigt i hans forsikringer.

Selskabet har afvist at udbetale erstatning for varigt mén med henvisning til, at ulykkestilfældet først er anmeldt til selskabet efter, at forsikringstageren var afgået ved døden, og at selskabet ikke inden dødsfaldet har haft mulighed for at indhente oplysninger om skadens omfang til brug for vurdering af méngraden, således at kravet har været forfaldent til betaling, jf. forsikringsaftalelovens § 24, stk. 1, 1. pkt. Selskabet har anført, at det er en forudsætning for, at et eventuelt krav kan falde i arv er, at det er rejst/anmeldt af forsikringstageren i levende live. For det tilfælde, at forsikringstagerens arvinger kan rejse krav om erstatning for varigt mén, har selskabet primært anført, at kravet er forældet, og subsidiært anført, at erstatningen skal fratrækkes den allerede udbetalte dødsfaldssum, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 8.1.3.

Forsikringstageren døde inden for et år fra ulykkestilfældet. Nævnet kan ikke kritisere, at selskabet ud fra de foreliggende lægelige oplysninger har vurderet, at døden må anses for en direkte følge af ulykkestilfældet, og at selskabet har udbetalt dødsfaldssummen til forsikringstagerens ægtefælle, der var begunstiget som "nærmeste pårørende". Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at forsikringstageren fik lungebetændelse som følge af fejlsynkning, og at det

Ankenævnet for Forsikring

14.

93421

fremgår af dødsattesten, at dødsårsagen skyldes lungebetændelse og medvirkende hertil er eftervirkning af traumatisk hjerneskade.

Nævnet bemærker, at forsikringstagerens arvinger ikke kan rejse et selvstændig krav om udbetaling for varigt mén. Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at nu afdøde forsikringstager ved sin død ikke har haft et aktualiseret krav mod forsikringen, der kunne falde i arv. Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet først har modtaget anmeldelse om ulykken efter forsikringstagerens død, og at selskabet på tidspunktet for dødsfaldet således ikke har haft oplysninger eller anledning til at indhente oplysninger, der gav mulighed for fastsættelse af en méngrad.

Det, som klageren har anført, og det forhold, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring på baggrund af de lægelige journaler, som selskabet har indhentet efter dødsfaldet, har fastsat en méngrad på 50 % som følge af ulykken, kan ikke føre til et andet resultat.

Nævnet har ikke fundet anledning til at tage stilling til, om klagerens krav tillige er forældet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings