

# Udarbejdelse og besvarelse af forsikringssekskabers risikospørgsmål



Vejleder: Niels Vase  
Udarbejdet af: Thomas Skovhus  
Stud. cand. merc. jur., Aalborg Universitet

# Indholdsfortegnelse

<b>Indholdsfortegnelse</b>	<b>2</b>
Abstract	4
Resumé	6
<b>Kapitel 1 – Introduktion</b>	<b>8</b>
1.1 Indledning	8
1.2 Problemformulering	9
1.2.1 Underspørgsmål til problemformuleringen	9
1.3 Anvendte begreber	9
1.4 Afgrænsning	11
<b>Kapitel 2 – Metode</b>	<b>13</b>
2.1 Specialets opbygning	14
2.1.1 Begrundelse for specialets opbygning	14
2.2 Kildekritik	14
<b>Kapitel 3 – Risikooplysninger</b>	<b>16</b>
3.1 FAL § 4	16
3.2 FAL § 5	18
3.3 FAL § 6	18
3.4 FAL § 7	20
3.5 FAL § 8	22
3.6 FAL § 9	22
<b>Kapitel 4 – Fortolkningsprincipper</b>	<b>24</b>
4.1 Parternes fælles vilje	24
4.2 Den naturlige sproglige forståelse	25
4.3 Koncipistreglen	25
4.4 Formålsbestemt fortolkning	26
4.5 Lovbestemt fortolkning	26
<b>Kapitel 5 – Analyse af forsikringselskabernes risikospørgsmål</b>	<b>27</b>
5.1 Mine risikooplysninger	27
5.1.1 Mine standardoplysninger	27
5.1.2 Mine specifikke risikooplysninger til brug for autoforsikring	27
5.1.3 Mine specifikke risikooplysninger til brug for ulykkesforsikring	29
5.2 Forsikringselskabernes standardspørgsmål	30
5.2.1 Spørgsmål vedrørende personlige risikooplysninger	30
5.2.2 Spørgsmål vedrørende personlige risikooplysninger af økonomisk art	31
5.3 Forsikringselskabernes spørgsmål vedrørende autoforsikring	39
5.3.1 Brugsmønster	40
5.3.2 Bilens nummerplade	42
5.3.3 Ejerforhold	43
5.3.4 Skader og anciennitet	44
5.3.5 Selvrisiko	46

5.4 Forsikringselskabernes spørgsmål vedrørende ulykkesforsikring	46
5.4.1 Beskæftigelse	47
5.4.2 Andet	49
<b>Kapitel 6 – Doms- og kendelsesanalyse</b>	<b>50</b>
6.1 Kendelsesanalyse	50
6.1.1 Kendelse nr. 85563 afsagt d. 7. januar 2015 af Ankenævn for Forsikring	50
6.1.2 Kendelse nr. 88410 afsagt d. 2. marts 2016 af Ankenævn for Forsikring	52
6.1.3 Kendelse nr. 79042 afsagt d. 27. juni 2011 af Ankenævn for Forsikring	54
6.2 Domsanalyse	56
6.2.1 U.2006.1732H	56
6.2.2 U.2012.1031Ø	58
<b>Kapitel 7 – Diskussion</b>	<b>61</b>
<b>Kapitel 8 - Konklusion</b>	<b>66</b>
<b>Kapitel 9 – Litteraturliste</b>	<b>68</b>
9.1 Bøger	68
9.2 Artikler og vejledninger	68
9.3 Hjemmesider	68
9.4 Domme	69
9.5 Kendelser	69
<b>Kapitel 10 – Bilag</b>	<b>70</b>
10.1 Bilag 1	70
10.2 Bilag 2	70
10.3 Bilag 3	70
10.4 Bilag 4	71
10.5 Bilag 5	72

## Abstract

**Title:** The preparation and completion of insurance companies' risk assessment questionnaires

**Description of research area:** When entering into an insurance agreement, it is essential for the insurer to conduct a risk assessment of the insured person. This is done through an insurance application or an insurance interview. During these, the insurer asks the insured a set of risk assessment questions, the result of which is used to calculate a risk profile for the insured. Based on the risk level of the insured, the insurer decides on a premium and a set of insurance terms. In accordance with § 6 of the Danish Insurance Contracts Act of 1930, failure to provide correct information to the insurance company would lead to serious consequences for the insured. Furthermore, the insured is obliged, under § 7 of the Danish Insurance Contracts Act, to disclose any information that he deems essential to the insurer's risk assessment. Nonetheless, several theorists in the field believe that the insured may respond to an insurance request form without providing additional information.

**Research Question:** How do the insurance companies approach the theoretical discussion concerning § 7 of the Danish Insurance Contracts Act, and how does this affect the preparation of the risk assessment questionnaires used in insurance applications.

**Theory and Method:** The theoretical basis for this thesis is mainly derived from "Dansk Forsikringsret" (Danish Insurance Law) by Henning Jønsson and Lisbeth Kjærgaard. This book is used extensively in lectures about insurance law at Aalborg University. Furthermore, this is supplemented with theory from the book "Forsikringsjura" (Insurance Law) by C.C. Munksgaard Nielsen and "Forsikringsret" (Insurance Law) by Ivan Sørensen, which is the textbook of choice for insurance law studies at, amongst others, University of Southern Denmark.

In this thesis, a systematic approach has been used. In addition to this, legal methodology has been employed for the discussion, identification and interpretation of the cited legal sources.

**Analysis:** In the analysis, the focal point is my personal risk information, which has been used to assess my risk profile and to collect risk assessment questionnaires from four different insurance companies. Furthermore, I have analyzed rulings from insurance appeal boards and from the Danish *Landsret* (High Court) and *Højesteret* (Supreme Court). The analysis assesses the points at which the insured has a duty to respond or provide additional information (under § 7 of the Danish Insurance Contracts Act) and the consequences this decision may entail for the involved parties.

**Conclusion:** I conclude that there is a risk for the insurance companies to not receive all the information they wish when they utilize an insurance application. Furthermore, I argue that the insurance companies should change the way they prepare their risk assessment questionnaires. In concordance with this, the insurance companies are advised to clarify their questions and terms in the insurance application in order to avoid misunderstandings. This is likely to reduce the amount of incorrect information provided, in good faith, by the insured.

## Resumé

**Titel:** Udarbejdelse og besvarelse af forsikringsselskabers risikospørgsmål.

**Beskrivelse af problemfelt:** I forbindelse med forsikringsaftaleindgåelse er det essentielt for forsikringsselskabet at lave en risikovurdering af forsikringstageren. Dette gøres igennem forsikringsbegæring eller forsikringssamtale. Her stiller forsikringsselskabet forsikringstageren en række risikospørgsmål. På baggrund af disse risikospørgsmål udregnes en risikoprofil på forsikringstageren. Ud fra den risiko forsikringstageren udgør, udregnes forsikringspræmien og der opstilles forsikringsvilkår. Der er ifølge forsikringsaftaleloven (herefter FAL) § 6 væsentlige konsekvenser ved, at forsikringstageren afgiver urigtige risikooplysninger til forsikringsselskabet. Forsikringstageren er efter FAL § 7 forpligtiget til at oplyse forsikringsselskabet om forhold, som denne anser som værende essentielle for forsikringsselskabets risikoberegning, dog mener flere teoretikere, at der alene foreligger en svarpligt, når forsikringsselskabet anvender forsikringsbegæring.

**Problemformulering:** Hvorledes håndterer forsikringsselskaberne den teoretiske diskussion om FAL § 7, og hvordan påvirker dette udformningen af forsikringsselskabernes risikospørgsmål, når der anvendes forsikringsbegæring?

**Teori og metode:** Teorien i specialet stammer hovedsageligt fra ”Dansk Forsikringsret” af Henning Jønsson og Lisbeth Kjærgaard. Denne bog bruges til undervisning i faget forsikringsret på Aalborg Universitet. Yderligere er dette suppleret med teori fra ”Forsikringsjura” af C.C. Munksgaard Nielsen og ”Forsikringsret” af Ivan Sørensen, der er lærebog i forsikringsret på blandt andre Syddansk Universitet.

I specialet er der benyttet en systematisk fremgangsmåde. Desuden er der anvendt juridisk metode til fremstilling, identifikation og fortolkning af benyttede retskilder.

**Analysen:** I specialets analyse er omdrejningspunktet mine egne risikooplysninger, der er brugt til at vurdere egen risikoprofil og indhente risikospørgsmål hos fire forsikringsselskaber. Der er endvidere analyseret kendelser fra ankenævn for forsikring og domme fra landsret og Højesteret. I analysen er det vurderet, hvornår forsikringstageren har en svarpligt eller en oplysningspligt efter FAL § 7, og hvilke konsekvenser dette har for parterne.

**Konklusion:** Det kan konkluderes, at der er en mulighed for, at forsikringsselskaberne ikke får alle de oplysninger, de ønsker, når disse anvender forsikringsbegæring. Endvidere bør forsikringsselskaberne ændre den måde, hvorpå disse stiller risikospørgsmål. I denne forbindelse rådes forsikringsselskaberne til at dele af risikospørgsmålet eller egentlige begreber bli-

ver ekspliciteret i forsikringsbegæringerne. Dette vil formentligt mindske forekomsten af urigtige risikoplysninger i god tro fra forsikringstagerens side.

# Kapitel 1 – Introduktion

## 1.1 Indledning

Ved indgåelse af forsikringsaftale er der i de fleste tilfælde to parter. På den ene side er forsikringstageren, der ønsker at få afdækket sin skadesrisiko på bedste og billigste vis. På den anden side er forsikringsselskabet, som vil have forsikringstagerens risikooplysninger, så det kan udregne, hvilken risiko forsikringsselskabet overtager. På baggrund af forsikringsselskabets risikoberegning udregnes en risiko, hvormed forsikringsselskabet udregner pris og vilkår på forsikringen.

Mellem ovenstående parter er en interessekonflikt, hvor magtforholdet er ulige. Dette skyldes, at forsikringsselskabet er bevidst om, præcis hvilke oplysninger det ønsker af forsikringstageren, og hvilke konsekvenser urigtige oplysninger har. Samtidig er den gennemsnitlige forsikringstager antageligt ikke i stand til at sætte sig ind i dette og vurdere hvilke oplysninger, der har relevans for forsikringsselskabet, og hvad det indebærer for forsikringstageren at afgive urigtige oplysninger.

I situationer hvor en forsikringstager udleverer risikooplysninger til forsikringsselskabet, kan det få store konsekvenser for forsikringstageren, hvis denne afgiver urigtige risikooplysninger. Disse konsekvenser er lovfæstet i forsikringsaftaleloven (herefter FAL) § 6, der giver forsikringsselskabet mulighed for at nedsætte forsikringstagerens erstatning eller ophæve forsikringen med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet, hvis forsikringstageren har afgivet urigtige risikooplysninger.

I forsikringsretten er der enighed blandt teoretikere om, at oplysningspligten i FAL § 7 i højere grad har karakter af at være en svarpligt, når forsikringsselskabets risikospørgsmål bliver stillet i forsikringsselskabets forsikringsbegæring. Her argumenteres for, at forsikringstageren har givet de fornødne risikooplysninger, når denne har svaret sandfærdigt og loyalt på de af forsikringsselskabet stillede risikospørgsmål.<sup>1 2</sup>

Ovenstående kan eventuelt bevirke, at forsikringsselskabet kan få svært ved at nedsætte eller ophæve en forsikring efter FAL § 6, hvis forsikringen alene er tegnet på baggrund af en forsikringsbegæring. Dette skaber en undren over, om forsikringsselskaberne er opmærksomme

---

<sup>1</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, Dansk Forsikringsret, Jurist og økonomforbundets forlag, 2012, 9. udgave. (Herefter Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard), kapitel 9.5.

<sup>2</sup> C.C. Munksgaard Nielsen, Forsikringsjura, Forsikringshøjskolens forlag, 1993, 4. udgave. (Herefter C.C. Munksgaard) side 91-110.



på, at der angiveligt kun foreligger en svarpligt, når forsikringsaftalen er indgået med forsikringsbegæring.

Med tanke på de konsekvenser, der er for forsikringstageren, findes det relevant at undersøge forsikringsselskabernes udformning af de risikospørgsmål, der stilles. Herunder om forsikringsselskaberne tager højde for eventuel, at der kan være forskel på, hvilke forudsætninger forsikringstageren har.

Hertil vil det være relevant at analysere domme og kendelser for at vurdere, om udformningen af risikospørgsmål generelt giver anledning til tvister med videre.

## **1.2 Problemformulering**

Hvorledes håndterer forsikringsselskaberne den teoretiske diskussion om FAL § 7, og hvordan påvirker dette udformningen af forsikringsselskabernes risikospørgsmål, når der anvendes forsikringsbegæring?

### **1.2.1 Underspørgsmål til problemformuleringen**

#### **Underspørgsmål 1**

Hvorledes benytter forsikringsselskaberne muligheden i FAL § 6, stk. 2 for at ændre forsikringspræmie, nedsætte erstatning eller opstille forsikringsvilkår, når forsikringstageren har afgivet urigtige risikooplysninger?

#### **Underspørgsmål 2**

I hvor høj grad formår forsikringsselskaberne at stille simple og uomtvistelige spørgsmål ved risikovurderingen af forsikringstageren?

#### **Underspørgsmål 3**

Hvorvidt tager forsikringsselskaberne hensyn til, at der er forskel på forsikringstagernes forudsætninger, når forsikringsselskaberne udarbejder risikospørgsmål?

## **1.3 Anvendte begreber**

*Forsikringstageren:* Ved forsikringstageren forstås den, der med forsikringsselskabet har indgået aftale om forsikring, jf. FAL § 2, stk. 2. Herudover er det valgt, at begrebet forsikringstageren skal dække over blandt andre forsikringsøgeren, selvom forsikringsøgeren før forsikringstegning reelt set ikke er forsikringstager. Grunden til dette er, at brugen af forskellige termer om den samme person vil kunne virke forvirrende for læseren.

*Den sikrede:* Ved den sikrede forstås den, der har ret til forsikringsydelsen, når denne kommer til udbetaling, jf. FAL § 2, stk. 3.

*Autoforsikring:* Ved autoforsikring skal forstås kaskoforsikring, da det er dette, specialet har søgt hos de forskellige forsikringsselskaber. I modsætning til en ansvarsforsikring, der er lovpligtig ifølge færdselslovens (herefter FÆL) § 105, dækker kaskoforsikring også skader på forsikringstagerens køretøj. Kaskoforsikring dækker skader som forsikringstageren måtte pådrage sig, uden andre personer kan holdes ansvarlige samt skader, som opstår ved påkørsel, hærværk og brand.

*Ulykkesforsikring:* En ulykkesforsikring er en forsikring, som økonomisk dækker visse følger af et ulykkestilfælde. Forsikringen kan omfatte pådragelse af helbredsudgifter, invaliditet herunder varigt mén, uarbejdsdygtighed og dødsfald. Ulykkesforsikring findes i forskellige former, men der sondres især mellem fritidsulykkesforsikring og heltidsulykkesforsikring. I specialet er det valgt alene at fokusere på heltidsulykkesforsikring, hvorfor der ved brug af begrebet ulykkesforsikring skal forstås heltidsulykkesforsikring.

*Pludselig skade:* Mange forsikringstyper dækker udelukkende skader, som er sket pludseligt. Ved pludselige skader forstås udefrakommende skader, som sker grundet øjeblikkeligt virkende årsager. Skader, der sker over tid, er som udgangspunkt ikke pludselige skader.

*Dissens:* I domme med uenighed blandt dommerne kan mindretallet vælge at lave en udtalelse om, at den eller disse er uenige med flertallets afgørelse og begrundelsen herfor.

*Risikospørgsmål:* Med risikospørgsmål menes de spørgsmål, forsikringsselskabet stiller til forsikringstageren for at få dennes risikoplysninger.

*Risikoplysninger:* Med risikoplysninger menes oplysninger, der er relevante for forsikringsselskabet til dets risikoberegning af forsikringstageren.

*Familieforsikring:* En familieforsikring er et synonym for indboforsikring. En familieforsikring dækker forsikringstageren og dennes husstands ting. Familieforsikringen er ej at forveksle med fx ulykkes- eller sygeforsikring, selvom navnet kan give anledning til associationer til disse.

## 1.4 Afgrænsning

### Generelt

Specialet omhandler, hvorledes forsikringsselskaber stiller risikospørgsmål til forsikringstageren, når denne ønsker at optage auto- og ulykkesforsikring.

Beslutningen om at basere specialet på de to forsikringstyper: auto- og ulykkesforsikring er taget for at begrænse afhandlingens omfang. Ud over ovenstående er det vurderet, at specialet alene kan rumme spørgsmål fra fire forskellige forsikringsselskaber.

Grunden til begrænsningerne er, at afhandlingen maksimalt må fylde 60 normalsider á 2.400 anslag.

### Emnet

Valget af forsikringstyper har været vanskeligt, da der er mange forsikringstyper at vælge imellem. I forbindelse med valget af forsikringstyper er det blevet undersøgt hvor mange kendelser fra Ankenævnet for Forsikring, der er blevet afsagt inden for området urigtige risikooplysninger. Her var især fire forsikringstyper repræsenteret: auto-, familie-, ulykkes- og individuel pensionsforsikring. Herefter er valget faldet på auto- og ulykkesforsikring, eftersom disse findes mest relevante, da de har størst personlig interesse. Ved ulykkesforsikring bliver erhvervsulykkesforsikring ikke behandlet. Grunden til dette er det begrænsede omfang af specialet og det faktum, at virksomheder ofte benytter en forsikringsmægler, når virksomhederne skal indgå forsikringsaftale. Endvidere er auto- og ulykkesforsikringer almene forsikringer, som den enkelte forsikringstager sandsynligvis har eller vil stifte bekendtskab med.

Der er dog medtaget en dom (U2006.1732H), hvor forsikringstypen er invalideforsikring. Dommen er medtaget, da spørgsmålene ligeledes kunne være opstillet ved en ulykkesforsikring.

Valget af forsikringsselskaber har ligeledes været udfordrende, da der på det danske forsikringsmarked er et væld af forsikringsselskaber samt agenturer for udenlandske forsikringsselskaber.

Valget er imidlertid faldet på to store nationale forsikringsselskaber og to forsikringsselskaber, der hovedsageligt er repræsenteret lokalt i Nordjylland. De to store, Topdanmark Forsikring og Pension (herefter Topdanmark) og Codan Forsikring (herefter Codan), er valgt grundet størrelse, da begge har en anelig markedsandel inden for auto- og ulykkesforsikring.

Himmerland Forsikring og Thisted Forsikring er valgt, fordi de er mindre forsikringsselskaber, der ikke har store nationale markedsandele inden for auto- og ulykkesforsikring. Him-

merland Forsikring er imidlertid også valgt på grund af, at dette er et gensidigt forsikrings-selskab.<sup>3</sup>

Grunden til, at der er valgt forsikrings-selskaber med store og mindre store markedsandele, er, at der ønskes en diversitet i specialet. I bilag 1 er de valgte forsikrings-selskabers markedsandele inden for henholdsvis syge- og ulykkesforsikring og autoforsikring opstillet.

Der er spørgsmål, som går igen hos de fire forsikrings-selskaber. Af denne grund er identiske spørgsmål sorteret fra, så der ikke sker gentagelse i analysen af forsikrings-selskabernes risikospørgsmål. Derudover er spørgsmål som ”hvordan skal din nuværende forsikring opsiges?” sorteret fra, da disse ikke har indvirkning på den risiko, forsikrings-selskabet overtager ved aftaleindgåelse, og dermed ikke er relevante for specialet.

---

<sup>3</sup> Himmerland Forsikring. Se afsnit 9.3.

## Kapitel 2 – Metode

I specialet er det valgt at fokusere på en systematisk fremgangsmåde. Dette gøres så læseren har mulighed for at følge undersøgelsen eller gentage undersøgelsen med samme resultat.

Formålet med specialet er at give læseren et indblik i de problemstillinger, der er forbundet med forsikringsaftaler, som indgås ved at forsikringstageren udfylder en begæringsblanket.

Der er anvendt juridisk metode, som først og fremmest består af en fremstilling og identifikation af de retskilder, der gyldigt kan inddrages i den juridiske argumentation. Endvidere består den juridiske metode af læren om, hvorledes de fundne retskilder fortolkes.

Den teoretiske del af specialet er en redegørelse for de bestemmelser i FAL, som har indflydelse på forsikringstagerens afgivelse af risikooplysninger. Hertil vil der blive redegjort for juridiske fortolkningsprincipper.

Herefter vil specialets analysedel belyse og analysere tvetydige begreber og formuleringer i forsikringsselskabernes risikospørgsmål, og hvad dette i yderste konsekvens kan betyde for parterne i en forsikringsaftale.

I specialets analyserende del er det valgt at gennemgå mine personlige risikooplysninger, hvorefter de afgivne risikooplysninger vurderes i forhold til den risiko, jeg udgør i forhold til den gennemsnitlige forsikringstager. Grunden til dette er, at mine risikooplysninger øjensynligt har indflydelse på de spørgsmål, forsikringsselskaberne stiller. I forlængelse heraf er det valgt, at specialet gennemgår forsikringsselskabernes spørgsmål ved henholdsvis auto- og ulykkesforsikring. Slutteligt er det i specialets analyserende del valgt at placere kendelses- og domsanalyse – tanken har været, at læseren hermed kan se, hvor stor betydning utvetydige begreber og spørgsmål har for forsikringstagerne og forsikringsselskaberne.

Desuden er der udarbejdet doms- og kendelsesanalyse, hvorved der er gjort brug af den retsdogmatiske metode, da denne vurderes til at være relevant i forhold til besvarelsen af specialets problemformulering. Hensigten med den retsdogmatiske metode har været at beskrive, fortolke og strukturere gældende ret ved ankenævn for forsikring og landets domstole.

Ovenstående vil munde ud i en problematisering og diskussion om, hvorvidt forsikringsselskabernes procedurer i forhold til informationsindsamling fra forsikringstagerne kan og bør ændres.

## **2.1 Specialets opbygning**

Specialet er konstrueret på den måde, at dette starter med et kapitel, der skal introducere læseren for emnet og problemet. Det introducerende kapitel er efterfulgt af indeværende kapitel, der beskriver metoden, som er valgt til udarbejdelsen af specialet. Herefter er to teori afsnit, som danner den teoretiske ramme om specialet. Den teoretiske del af specialet er en redegørelse for de bestemmelser i FAL, som har indflydelse på forsikringstagerens afgivelse af risikoplysninger. Den teoretiske del af specialet indeholder endvidere udredelse af relevante juridiske fortolkningsprincipper.

I forlængelse heraf er det valgt at analysere og diskutere forsikringsselskabernes risikospørgsmål og udarbejde en doms- og kendelsesanalyse.

Opbygningen af analysen er lavet således, at spørgsmålene vurderes i den rækkefølge som spørgsmålene bliver stillet i henholdsvis begæring og ved telefonsamtale. Endvidere vil gennemgangen af forsikringsselskabernes spørgsmål blive sammenholdt med indholdet af FAL § 4-9 og relevante fortolkningsprincipper, der er beskrevet i de teoretiske kapitler 3 og 4.

Hertil er der udvalgt domme og kendelser, der afspejler vigtigheden af, at forsikringsselskabernes spørgsmål er simple og utvetydige. Slutteligt vil der være en konklusion, som opsamler og kommer med eventuelle løsningsforslag.

### **2.1.1 Begrundelse for specialets opbygning**

Specialet er opbygget, så læseren får de teoretiske værktøjer, der skal til, for at læseren kan analysere og vurdere indholdet af forsikringsselskabernes risikospørgsmål. Meningen hermed er, at læseren skal kunne anvende den brugte teori og metode samt nå frem til de samme resultater som specialet.

Det er valgt, at læseren skal komme igennem en introducerende, teoretisk og analytisk del, så denne kan sammenligne og vurdere egne tanker og konklusioner med specialets konklusion og råd til forsikringsselskabet.

## **2.2 Kildekritik**

Igennem udarbejdelsen af specialet er det blevet vurderet, om de anvendte kilder er troværdige. De indsamlede spørgsmål kommer direkte fra forsikringsselskaberne. Spørgsmålene er indhentet gennem kontakt med en repræsentant fra forsikringsselskabet eller direkte fra forsikringsselskabets hjemmeside. De spørgsmål, der er blevet stillet af forsikringsselskaberne, er i høj grad afhængige af min personlige risikovurdering (se nedenstående i kapitel 5).

I udvælgelsen af domme har det været essentielt for specialet, at disse er så repræsentative som muligt. Ved repræsentativitetsvurderingen har der været fokus på dommenes alder, fra hvilken ret dommen er afsagt, og om dommene er afsagt med dissens.

## Kapitel 3 – Risikooplysninger

Når forsikringsselskabet og forsikringstageren skal indgå forsikringsaftale, er det essentielt, at forsikringsselskabet får oplysninger vedrørende de forhold, som har indflydelse på den risiko, forsikringsselskabet overtager. Forsikringsselskabet bruger forsikringstagerens risikooplysninger til at vurdere, hvorvidt det vil overtage risikoen. Hvis risikoen overtages af forsikringsselskabet, bruges risikooplysningerne til at beregne præmiens størrelse og eventuelle vilkår i forsikringsaftalen. Derudover er risikooplysningerne også relevante, når forsikringsselskabet skal beslutte, om det vil genforsikre den overtagne risiko.<sup>4</sup>

Sædvanligvis indledes forsikringsaftaleindgåelse med, at forsikringstageren udfylder en forsikringsbegæring. Forsikringsbegæringen er almindeligvis en blanket, der er udarbejdet af forsikringsselskabet. Dette betyder, at fortolkningen kan pålægges koncipistreglen, som står nærmere beskrevet i kapitel 4.

Det er vigtigt, at forsikringstageren besvarer de stillede spørgsmål i forsikringsbegæringen så sandfærdigt og fyldestgørende som muligt. Grunden til dette er, at forsikringstageren ellers risikerer at have afgivet urigtige risikooplysninger eller ikke at have opfyldt sin oplysningspligt, der er nærmere beskrevet nedenfor i afsnit 3.4.

Spørgsmålenes karakter afhænger af, hvilken forsikring begæringen omhandler. Hvis det er en standard indboforsikring, vil spørgsmålene være få og generelle. Hvis det derimod er en livsforsikring, er spørgsmålene typisk flere og mere uddybende.

I de efterfølgende afsnit vil der blive redegjort for de bestemmelser i FAL, der finder særlig anvendelse, når der fokuseres på afgivelse af risikooplysninger fra en forsikringstager til et forsikringsselskab.

### 3.1 FAL § 4

I nærværende afsnit vil der blive gået i dybden med FAL § 4. Der vil blive redegjort for lovtæksten med særligt fokus på begrebet ”svig” og undskyldende omstændigheder ved afgivelse af svigagtige risikooplysninger fra forsikringstageren.

---

<sup>4</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.1 og 9.2.



I FAL § 4 findes reguleringen af de situationer, hvor forsikringstageren har handlet svigagtig ved afgivelsen af urigtige risikoplysninger til forsikringssselskabet. Begrebet svig er forskelligt alt efter inden for hvilket retsområde, det bruges. I aftaleretten forstås svig som en person, der anfører urigtige udtalelser eller fortier sandheden over for tredjemand. Dette bevirker, at personen, som udøver svig, opnår en viljeserklæring fra tredjemand. I forsikringsretligt forstand kræver begrebet svig, at forsikringstageren ved, at de risikoplysninger, denne har givet, ikke er rigtige.

Der kan imidlertid være omstændigheder, som gør, at forsikringstageren ikke har handlet svigagtigt. Et godt eksempel på dette er FED 1994.70 ØLD:

Forsikringstageren havde tegnet en livsforsikring. I begæringen oplyste forsikringstageren ikke, at denne havde modtaget periodevis antabusbehandling og havde en kronisk bronkitis, der ikke var blevet diagnosticeret. Forsikringstageren døde kort efter forsikringens ikrafttræden af en blodprop i hjertet. Undladelsen kunne ikke tillægges forsikringstageren som svigagtig, da han kunne have bedømt sine bronkitisanfald som periodevis forkølelse. Yderligere havde forsikringstageren ikke anset sine antabusordninger som behandlinger. Domstolen kom frem til, at dette ikke kunne betegnes som svigagtigt i forsikringsretlig forstand.<sup>5</sup>

Der er altså forsikringsretligt nogle scenarier, hvor det kan være menneskeligt forståeligt og acceptabelt, at forsikringstageren har afgivet urigtige risikoplysninger til forsikringssselskabet.

Der kan imidlertid være tilfælde, hvor forsikringssselskabet ikke kan fremføre beviser for et egentligt svigagtigt forhold hos forsikringstageren. Alligevel er det muligt at tilsidesætte aftalen i tilfælde, hvor forsikringstageren har udvist et forhold, der er så groft, at det vil stride mod almindelig hæderlighed at gøre aftalen gældende, jf. FAL § 4, 2. pkt. FAL § 4, 2. pkt. har dog endnu ikke haft betydning i praksis.<sup>6</sup>

Yderligere er der et væsentlighedskrav i forhold til FAL § 4, jf. FAL § 6, stk. 1 og 2. Dette vil blive behandlet i forbindelse med afsnit 3.3., hvor FAL § 6 vil blive belyst.<sup>7</sup>

Forsikringssselskabet har bevisbyrden for, at forsikringstageren har handlet svigagtig, jf. U 1932.1064 HD og U 1941.496 HD.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.8.

<sup>6</sup> Ivan Sørensen, Forsikringsret, Jurist og økonomforbundets forlag, 2015, 6. udgave. (Herefter Ivan Sørensen), kapitel 6, afsnit 3.3.

<sup>7</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.8.

<sup>8</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.8.

Der kan imidlertid være tilfælde, hvor forsikringstageren ikke har været vidende om risikoplysningernes urigtighed. Dette er emnet i nedenstående afsnit.

### **3.2 FAL § 5**

I dette afsnit vil det blive afvejet, hvad der har betydning i vurderingen af, om forsikringstageren har været i god tro ved sin afgivelse af urigtige risikoplysninger.

Bestemmelsen i FAL § 5 understreger, at det er forsikringsselskabet, der bærer risikoen for, at forsikringstageren afgiver urigtige risikoplysninger, hvis denne ikke vidste eller burde vide, at de(n) urigtige oplysning(er) forelå. Med andre ord bærer forsikringsselskabet risikoen for, at forsikringstageren afgiver urigtige risikoplysninger i god tro.

Ved afvejningen af om forsikringstageren har handlet i god tro, skal der imidlertid foretages en konkret vurdering af forsikringstageren. Her er der væsentlige forskelle i og uden for forsikringsretten. Uden for forsikringsretten antages der en gennemsnitsbetragtning, når det skal vurderes, hvorvidt en person har handlet i god eller ond tro. Dette er ikke tilfældet i forsikringsretten, hvor der laves en individuel vurdering af den enkelte forsikringstager. I den individuelle vurdering skal der tages højde for forsikringstagerens eventuelle underlegenhed.<sup>9</sup>

Er en urigtig oplysning givet i god tro, får forsikringsselskabet efter FAL § 5, stk. 2 en opsigelsesret. Opsigelsesretten giver forsikringsselskabet muligheden for at opsige forsikringen med en uges varsel. Det skal bemærkes, at dette er gældende for skadesforsikring og ikke summaforsikring.

I de forrige afsnit er nogle essentielle regler om svig og god tro blevet behandlet. I det efterfølgende afsnit vil der blive redegjort for, hvilke konsekvenser der er ved at afgive urigtige risikoplysninger, når forholdet ikke er omfattet af FAL §§ 4 og 5.

### **3.3 FAL § 6**

I nærværende afsnit vil FAL § 6 og dennes pro rata regel blive introduceret. Desuden vil vurderingen af, om forsikringstageren skal have fuld, delvis eller ingen erstatning på grund af de afgivne urigtige risikoplysninger blive belyst.

FAL § 6 omhandler de tilfælde, hvor de afgivne risikoplysninger ikke er svigagtige eller givet i god tro fra forsikringstagerens side.

---

<sup>9</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.10.

Har forsikringstageren, uden at dette omfattes af §§ 4 og 5, givet urigtige risikoplysninger, kan forsikringsselskabet helt eller delvist være fritaget for ansvar efter FAL § 6.

Der er tre forskellige scenarier i FAL § 6:

1. Efter FAL § 6, stk. 1 er forsikringsselskabet fri for ansvar, hvis der objektivt er givet urigtige risikoplysninger til forsikringsselskabet, forsikringstageren har handlet uagtsomt samt at forsikringsselskabet ikke ville have overtaget risikoen, hvis de rigtige risikoplysninger havde forelagt.
2. Hvis forsikringsselskabet ville have overtaget risikoen til samme pris og på samme vilkår, sker der hverken frafald eller nedsættelse af erstatning.
3. Hvis det må antages, at forsikringsselskabet ville have tegnet forsikringen på trods af afgivne urigtige risikoplysninger, men til andre vilkår og til anden pris kan der ske en reduktion af erstatningen. På denne måde kommer forsikringsselskabet til at stå, som var de givet de rigtige risikoplysninger vedrørende risikoen, jf. FAL § 6, stk. 2, der også er kaldet pro rata reglen.<sup>10</sup>

Pro rata reglens anvendelse for forsikringsselskabet kan illustreres ved hjælp af følgende eksempel:

En ung 17-årig mand har lige fået kørekort. Han påtænker at købe en bil til sig selv i 18 års fødselsdagsgave. Han har fundet en VW Golf 2 fra 1998, der kan købes for børneopsparingen. Der er dog et problem: forsikringen er meget dyr. Forsikringsselskabet vil have 16.000 kr. for at kaskoforsikre bilen. Mandens far tilbyder, at han kan tegne forsikringen i sit navn, hvilket vil koste 4.000 kr. Bilen bliver forsikret i faderens navn. Kort efter mandens 18 års fødselsdag kører han galt. Dette resulterer i totalskade på bilen samt en lettere méngrad.

Den 18-årige får vurderet skaderne til 100.000 kr. Forsikringsselskabet får nys om, hvordan det reelle ejerskab og brugsforhold er på bilen, hvorfor forsikringsselskabet laver en pro rata opgørelse af erstatningen. Efterfølgende lyder erstatningen på  $(4.000/16.000) \cdot 100.000 = 25.000$  kr.

Det er endvidere vigtigt at holde for øje, at der ikke er krav om, at der skal være årsagsforbindelse. Dette betyder, at der ikke behøver at være en sammenhæng mellem den opståede skade og de urigtige risikoplysninger, jf. FAL § 6, stk. 4.

I ovenstående eksempel kunne den manglende årsagsforbindelse være, at det ikke var sønnen, der førte bilen på ulykkestidspunktet.

---

<sup>10</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.9.

FAL § 6, stk. 3 er en form for lempelsesregel for forsikringstageren i forhold til hel eller delvis tab af erstatning som resultat af FAL § 6, stk. 1 og 2. Bestemmelsen kan ikke fraviges, da den er præceptiv. De forhold, som kan tale for erstatning på trods af, at der er afgivet urigtige risikooplysninger, er:

- 1) Hvis de urigtige risikooplysninger ikke har haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden og erstatningsstørrelse.
- 2) Hvis forsikringstageren alene har udvist simpel uagtsomhed, da denne afgav de urigtige risikooplysninger.
- 3) Tidsspændet fra afgivelse af urigtige risikooplysninger til forsikringsbegivenhedens indtræden.

I de forrige afsnit er der blevet redegjort for, hvor forsikringstageren har afgivet urigtige risikooplysninger. I det næste afsnit bliver det gennemgået, hvad der forventes af forsikringstageren, når denne besvarer risikospørgsmål fra forsikringsselskaberne.

### **3.4 FAL § 7**

I dette afsnit vil der blive redegjort for forsikringstagerens oplysningspligt i FAL § 7. Hertil vil det blive vurderet, hvornår forsikringstageren har en oplysningspligt, og hvornår denne oplysningspligt har mere karakter af at være en svarpligt.

FAL § 7 behandler forsikringstagerens oplysningspligt. Denne oplysningspligt betyder, at forsikringstageren af egen drift skal afgive risikooplysninger til forsikringsselskabet. Oplysningspligten er både relevant, når der ikke benyttes forsikringsbegæring ved forsikringens tegning, og når aftaleindgåelsen sker over telefon eller ved forsikringsmøde.<sup>11</sup>

I mange tilfælde benyttes en forsikringsbegæring, når der indgås forsikringsaftale. Disse forsikringsbegæring har ofte mange og detaljerede spørgsmål. Der er enighed blandt teoretikere om, at oplysningspligten i FAL § 7 har karakter af alene at være en svarpligt, når forsikringsselskabet anvender forsikringsbegæring. Dette betyder, at når en forsikringsbegæring benyttes, vil oplysningspligten efter FAL § 7 øjensynligt være opfyldt, hvis forsikringstageren har svaret fyldestgørende og sandfærdigt på de af forsikringsselskabet stillede spørgsmål.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.5.

<sup>12</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.5.

Ræsonnementet bag er, at forsikringstageren skal have ret til at gå ud fra, at vedkommende har givet forsikringsselskabet tilstrækkeligt med risikooplysninger, når denne har svaret loyalt på forsikringsselskabets spørgsmål.<sup>13</sup>

Hovedreglen i FAL § 7 er, at forsikringstagerens undladelse af at give forsikringsselskabet risikooplysning ikke har indflydelse på forsikringsselskabets ansvar. Dette bevirker, at forsikringstageren ikke bør gøre sig yderligere betragtninger om andet, end det forsikringsselskabet spørger ind til.<sup>14</sup>

Hvis forsikringsøgeren undlader at svare på et eller flere spørgsmål, men forsikringsselskabet alligevel antager forsikringen, må det angiveligt formodes, at forsikringsselskabet har givet afkald på at få risikooplysninger vedrørende det adspurgte. Dette gælder dog ikke, hvis forsikringstageren har en særlig forsikringsteknisk indsigt. Udover forsikringstagerens forsikringstekniske indsigt kræves der også, at forsikringstageren har udvist grov uagtsomhed.<sup>15</sup>

Ud fra ovenstående fremgår det at forsikringsaftaler, der indgås pr. telefon eller ved et fysisk forsikringsmøde, stadig har den i FAL § 7 nævnte oplysningspligt. Oplysningspligten skærpes eller lempes alt efter, hvor mange og hvor detaljerede spørgsmål forsikringsselskabet stiller. Når forsikringsselskabet benytter en begæringsblanket, er der for forsikringstageren alene en svarpligt efter FAL § 7.<sup>16</sup>

Forsikringstageren har ved skadeforsikring en forpligtelse til at korrigere sine risikooplysninger efter en analogi af FAL §§ 7 og 46. Her tænkes på den situation, at forsikringstageren får kendskab til urigtigheden af de afgivne risikooplysninger eller en fareforøgelse uden dennes vilje. I denne situation er forsikringstageren forpligtiget til at informere forsikringsselskabet. Hvis forsikringstageren undlader at opfylde denne forpligtelse, og undladelsen kan tilregnes ham som værende groft uagtsom, vil forsikringstageren blive stillet som om, han havde afgivet urigtige risikooplysninger ved forsikringstegningen.<sup>17</sup>

I indeværende afsnit er det blevet beskrevet, i hvilke situationer forsikringstageren har en oplysningspligt, og hvornår denne alene har en svarpligt efter FAL § 7.

---

<sup>13</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.5.

<sup>14</sup> C.C Munksgaard Nielsen, side 91-110.

<sup>15</sup> C.C Munksgaard Nielsen, side 91-110.

<sup>16</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.5 side 171-172; C.C Munksgaard, side 92; Ivan Sørensen, kapitel 3 side 90.

<sup>17</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.11.

### 3.5 FAL § 8

I nærværende afsnit vil der blive redegjort for forsikringsselskabets meddelelsespligt, når det har fået kendskab til urigtigheden af forsikringstagerens afgivne risikoplysninger.

Forsikringsselskabet skal, hvis det vil påberåbe sig FAL §§ 5, 6 eller 7 efter at have fået kendskab til urigtige risikoplysninger uden unødigt ophold, meddele forsikringstageren, om forsikringsselskabet vil påberåbe nogen af de rettigheder FAL §§ 5,6 og 7 hjemler, jf. FAL § 8.

Formålet med bestemmelsen er at undgå, at forsikringsselskabet spekulerer på forsikringstagerens bekostning. Uden reklamationspligten i FAL § 8 vil det være muligt for forsikringsselskabet at oppebære forsikringspræmie til forsikringsaftalens udløb, mens det kan afvise skadeserstatning på grund af urigtige risikoplysninger fra forsikringstageren.<sup>18</sup>

FAL § 8 finder alene anvendelse, hvis forsikringsselskabet ved, at der er afgivet urigtige oplysninger. Udtrykket *forsikringsselskabet* dækker i denne forbindelse over ledelsen, funktionærer, assurandører med videre, hvorfor handlinger af disse identificeres med forsikringsselskabet.

### 3.6 FAL § 9

#### FAL § 9, 1. led:

Efter FAL § 9 kan forsikringsselskabet ikke gøre gældende, at der er afgivet urigtige risikoplysninger, hvis dette ved forsikringens tegning var eller burde være vidende om de afgivne risikoplysningers urigtighed.

Formålet med bestemmelsen er, som det også er tilfældet i FAL § 8, at begrænse forsikringsselskabernes mulighed for at spekulere på forsikringstagerens bekostning.<sup>19</sup>

Hvis repræsentanter fra forsikringsselskabet var vidende om risikoplysningernes urigtighed, har repræsentanten reelt set givet et stiltiende afkald på at få de rigtige risikoplysninger. Ligeledes hvis repræsentanter for forsikringsselskabet burde være vidende om risikoplysningernes urigtighed, kan forsikringsselskabet ikke gøre gældende, at der er afgivet urigtige risikoplysninger fra forsikringstagerens side.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.14.1.

<sup>19</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.14.2.

<sup>20</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.14.2.

Forsikringselskabet har som udgangspunkt ikke pligt til at indhente oplysninger fra tredjemand for at kontrollere risikoplysningernes rigtighed. Pligten kan imidlertid opstå, hvis der er en konkret mistanke om, at de afgivne risikoplysninger er urigtige. Hvis forsikringselskabet undersøger risikoplysningernes rigtighed og ikke reagerer, kan forsikringselskabet ikke påberåbe risikoplysningernes urigtighed ved forsikringsbegivenhedens indtræden.<sup>21</sup>

**FAL § 9, 2. led:**

Forsikringselskabet kan ikke gøre gældende, at der er afgivet urigtige oplysninger, hvis der er tale om oplysninger, som ikke har betydning for forsikringselskabet. Dette er både gældende ved aftaleindgåelsen, og hvis der er tale om risikoplysninger, som ophører med at have betydning for forsikringselskabet, jf. FAL § 9, 2. led.<sup>22</sup>

Ved vurderingen af om risikoplysningerne er uden betydning for forsikringselskabet, skal det vurderes, hvorvidt forsikringselskabet ville have overtaget forsikringstagerens risiko, hvis forsikringselskabet havde været forelagt de rigtige risikoplysninger. Derudover skal det afvejes, om forsikringselskabet ville have indgået forsikringsaftale til samme pris, på samme vilkår samt hvorledes forsikringselskabet ville have genforsikret risikoen i et videre omfang, hvis de rigtige risikoplysninger var forelagt<sup>23</sup>

I dette kapitel er de essentielle bestemmelser om urigtige risikoplysninger blevet gennemgået. I det kommende afsnit vil der blive gennemgået de fortolkningsprincipper, som er væsentlige i forsikringsretten. Fortolkningsprincipper bruges generelt til at finde frem til et resultat i en tvist. I forsikringsretten kunne en tvist være betydningen af et forsikringsvilkår eller et spørgsmål i en forsikringsbegæring.

---

<sup>21</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.14.2.

<sup>22</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.14.3.

<sup>23</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.14.3.

## Kapitel 4 – Fortolkningsprincipper

Der er flere forskellige fortolkningsprincipper, der bruges, når aftalevilkår og spørgsmål fortolkes i forsikringsretten.

### 4.1 Parternes fælles vilje

Først og fremmest skal det vurderes, hvad der har været forsikringstageren og forsikringsselskabets fælles vilje. At finde parternes fælles vilje er helt grundlæggende i enhver aftalefortolkning, når forsikringsvilkårene er indgået mellem parterne. Målet for en fortolkning af parternes fælles vilje er at finde frem til, hvad der antageligt var parternes mening med den bestemmelse, der nu er indholdsmæssigt omtvistelig.<sup>24</sup>

At finde parternes fælles vilje er udelukkende relevant, når aftalevilkårene er aftalt imellem forsikringstager og forsikringsselskab. Imidlertid er de fleste aftaler i forsikringsretten derimod adhæsionskontrakter. Det vil sige, at vilkårene er udarbejdet alene af den ene part. Dette er tilfældet i mange forsikringsaftaler, hvor det er forsikringsselskabet alene, der har stået for udarbejdelsen af forsikringsvilkårene. Af denne grund er det ikke muligt at finde parternes fælles vilje, hvorfor denne regel ikke er relevant i fortolkningen af vilkår i en forsikringsaftale, som bygger på en adhæsionskontrakt.<sup>25</sup>

Der findes dog forsikringsvilkår, som er indgået af repræsentanter for forsikringsselskaberne og repræsentanter for forsikringstagerne, disse aftaler kaldes agreed documents. Et eksempel herpå er erhvervs- og produktansvarsforsikring – disse vilkår er indgået mellem på den ene side SKAFOR<sup>26</sup> og på den anden side industrirådet.<sup>27</sup>

I det efterfølgende vil den naturlige sproglige forståelse blive beskrevet, da netop denne fortolkningsregel er særdeles vigtig i forbindelse med fortolkning af en adhæsionskontrakt.

---

<sup>24</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 7.5.

<sup>25</sup> Børge Dahl Erhvervs- og produktansvarsforsikring Side 7.

<sup>26</sup> Skadeselskabernes Organisation.

<sup>27</sup> Børge Dahl Erhvervs- og produktansvarsforsikring Side 7.



## 4.2 Den naturlige sproglige forståelse

Denne fortolkningsregel bygger på, at fortolkeren vurderer, hvad en naturlig sproglig forståelse af ordene i aftalen vil føre til. Her er det endvidere vigtigt ikke at fortolke de enkelte vilkår alene, da der skal fortolkes på hele aftalens indhold.<sup>28</sup>

Hvis der er uklarheder efter en naturlig sproglig fortolkning, anvendes koncipistreglen, der redegøres for i det nedenstående.

## 4.3 Koncipistreglen

I nærværende afsnit vil der redegjort for, hvordan koncipistreglen bruges i forsikringsretten.

Et særligt værktøj til løsning af tvister i forsikringsretten er koncipistreglen. Dette skyldes, at mange forsikringsaftaler er udarbejdet af forsikringsselskaberne (adhæsionskontrakter). Ved fortolkning efter koncipistreglen fortolkes der imod aftaleforfatteren, hvilket vil sige forsikringsselskabet ved adhæsionskontrakter. Ved denne regel pålægges risikoen for usikkerhed vedrørende forståelsen af forsikringsvilkår forsikringsselskabet. Af denne grund fremføres reglen i høj grad af advokater for forsikringstageren.<sup>29</sup>

Koncipistreglen er ved forbrugeraftaler lovfæstet i aftalelovens (herefter AFTL) § 38 b. AFTL § 38 b tilsiger, at en tvist mellem aftaleparter om et aftalevilkår skal fortolkes på en måde, hvorpå forbrugeren bliver tilgodeset.<sup>30</sup>

Det er et krav, at aftalevilkåret ikke har været genstand for individuel forhandling mellem forbrugeren og forsikringsselskabet, hvorfor AFTL § 38 b alene finder anvendelse på adhæsionskontrakter. Det skal endvidere holdes for øje, at bestemmelsen udelukkende finder anvendelse, når der fortsat er tvivl om, hvorledes aftalevilkåret skal forstås efter brug af vanlig fortolkningsteknik.<sup>31</sup>

Yderligere er det vigtigt at have in mente, at koncipistreglen ikke kan føre til, at fortolkningen af vilkåret bliver direkte urimeligt for forsikringsselskabet, da det på denne måde vil miste sit formål.<sup>32</sup>

I de næste to afsnit vil det blive beskrevet, hvordan den formålsbestemte- og lovbestemte fortolkning har indflydelse på forsikringsretten, og hvordan disse mindsker den forsikringsretsmæssige vigtige koncipistregel.

---

<sup>28</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 7.5.

<sup>29</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 7.5.

<sup>30</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 7.5.

<sup>31</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 7.5.

<sup>32</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 7.5.

## 4.4 Formålsbestemt fortolkning

Det er vigtigt, at aftalen stadig har et klart formål efter fortolkning, hvorfor der skal tages hensyn til, hvad der har været formålet med at indsætte det bestemte vilkår. Dette indsnævrer imidlertid koncipistreglens ellers så vide brug i forsikringsretten.<sup>33</sup>

## 4.5 Lovbestemt fortolkning

Hvis et forsikringssselskab bruger udtryk fra loven eller udtryk, der på nogen måde er vægtet i praksis, skal vilkåret fortolkes som udtrykket bliver heri. Et eksempel på dette er udtrykket ”svig” – dette bruges forskelligt i forsikrings- og erstatningsretslig sammenhæng. Dette kan ligeledes indsnævre brugen af koncipistreglen.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 7.5.4.

<sup>34</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 7.5.5.

## **Kapitel 5 – Analyse af forsikringssekskabernes risiko-spørgsmål**

I de to ovenstående kapitler er der blevet redegjort for det teoretiske afsæt, der danner grundlag for dette analytiske afsnit. Først vil jeg opstille de risikooplysninger, jeg har givet, når jeg som forsikringstager har rettet henvendelse til forsikringssekskabene. Dernæst vil disse oplysninger blive vurderet i forhold til, hvilken risiko jeg som forsikringstager udgør for forsikringssekskabet. Herefter vil de spørgsmål, forsikringssekskabene har stillet mig på baggrund af mine risikooplysninger, blive vurderet og analyseret.

### **5.1 Mine risikooplysninger**

#### **5.1.1 Mine standardoplysninger**

Jeg er en mand på 25 år, der bor i Viborg sammen med min kæreste i en lejelejlighed. Hverken min kæreste eller jeg er registreret i Experians RKI-register over dårlige betalere (tidligere RKI-registret) eller Debitor Registret. Vi har ikke tidligere fået en forsikring opsagt af et forsikringssekskab.

#### **5.1.2 Mine specifikke risikooplysninger til brug for autoforsikring**

Min kæreste og jeg ejer en Opel Corsa 1,3 CDTi 75 Enjoy 3d. Det er vores første bil, og vi har købt bilen i sommeren 2016, hvorfor vi hverken har anciennitet eller skadesfrie år som bilejere. Vi har siden bilkøbet ikke haft nogen skader.

Jeg har haft et traktorkørekort, siden jeg var 16 år (2007) og haft et kørekort til bil, siden jeg var 18 år (2009). Min kæreste har imidlertid kun haft kørekort til bil siden 2016.

Vi vurderer, at vi tilsammen vil komme til at køre 22.000 km om året. Fordelingen heraf vil være, at jeg kører ca. 9.000 km, min kæreste kører ca. 12.000 km og de sidste 1.000 km bliver kørt af tredjemand f.eks. mekaniker, venner og familie.

#### **Vurdering af mine risikooplysninger ved autoforsikring:**

Det, at jeg er en mand, udgør en forhøjet risiko for uheld, da mænd er involveret i 66 % af alle trafikuheld med personskaade, hvilket der angiveligt er flere grunde til. En af grundene er, at mænd står for 56 % af alle kørte kilometer. En anden er, at mænd er overrepræsenteret ved

antallet af spirituskørsler. Alligevel må det vurderes, at en mand alt andet lige udgør en større risiko for personskade end en kvinde.<sup>35</sup>

Alder har ligeledes betydning, når en persons risiko skal vurderes. Unge i aldersgruppen 18-24 år udgjorde i 2015 ca. 20 % af alle dræbte og tilskadekomne i trafikken, dette er på trods af, at denne aldersgruppe alene udgør 8 % af det samlede befolkningstal i Danmark.<sup>36</sup>

Min alder på 25 år gør, at jeg akkurat er uden for den særligt farlige aldersgruppe, men aldersgruppen 25-34 år stod alligevel for 16,6 %<sup>37</sup> af dræbte og tilskadekomne fra 2009-2012.  
38 39

Viborg kommune havde i 2015 17,53 ulykker og personskader pr. 10.000 indbyggere. I Danmark er kommunegennemsnittet på 18,31 ulykker og personskader pr. 10.000 indbyggere, hvilket betyder, at Viborg er en kommune, der ligger under det gennemsnitlige antal ulykker og personskader pr. 10.000 indbyggere.<sup>40</sup>

Bisnode Denmark A/S (herefter Bisnode), der ejer Debitor Registret, har udarbejdet et danmarkskort over danskernes betalingsevne i de enkelte kommuner. Ud fra dette har Bisnode udfærdiget en top 3 over bedste og værste betalere i Danmark. De værste betalere er ifølge Bisnode: 1) Lolland 2) Guldborgsund 3) Kalundborg. De bedste betalere er ifølge Bisnode: 1) Allerød 2) Rudersdal 3) Gentofte<sup>41</sup>.

Personer, der bor på Lolland, i Guldborgsund eller i Kalundborg vil alt andet lige få en højere forsikringspræmie end personer, som bor i Allerød, i Rudersdal eller i Gentofte. Dette viser, at en forsikringstagers adresse alt andet lige har indflydelse på den risiko forsikringsselskabet overtager, når der indgås forsikringsaftale.

Da hverken min kæreste eller jeg har nogen form for anciennitet eller skadesfrie år, må dette alt andet lige være en forøget risiko for forsikringsselskaberne. Det har også været disse risikoplysninger, der har fået forsikringsselskaberne til at stille opfølgende spørgsmål.

Vores Opel Corsa 1,3 CDTi 75 Enjoy 3d vil jeg vurdere til at være en almindelig minibil, som derfor ikke udgør en forøget risiko for forsikringsselskabet. Umiddelbart har bilen ikke den store værdi, hvorfor erstatningsgrundlaget er af begrænset størrelse.

---

<sup>35</sup> Vejdirektoratet: Kønsforskelle i trafikulykker. Se afsnit 9.2.

<sup>36</sup> Vejdirektoratet: Kønsforskelle i trafikulykker. Se afsnit 9.2.

<sup>37</sup> 2.811/16.937.

<sup>38</sup> Bilag 2. Se afsnit 10.2.

<sup>39</sup> Vejdirektoratet: Kønsforskelle i trafikulykker. Se afsnit 9.2.

<sup>40</sup> Vejdirektoratets datastatistik for ulykkestal fordelt på de 98 kommuner.

<sup>41</sup> Danmarkskort udfærdiget af Bisnode findes i bilag 3. Se afsnit 10.3.

I 2014 var der registret 2.278.121 biler i Danmark. Antallet af kilometre, som disse kørte, var ca. 38 milliarder. Dette giver et gennemsnitligt forbrug pr. bil på ca. 16.700 km.<sup>42</sup>

I og med at vores bil kommer til at køre 22.000 km om året, udgør dette en forøget risiko for forsikringsselskabet i forhold til gennemsnittet.

Slutteligt vil jeg ud fra de ovenstående risikooplysninger umiddelbart vurdere, at jeg/vi udgør en middel til høj risiko for forsikringsselskabet, når jeg/vi skal tegne autoforsikring.

### **5.1.3 Mine specifikke risikooplysninger til brug for ulykkesforsikring**

Min beskæftigelse er, at jeg er studerende ved Aalborg Universitet. Min fremtidige beskæftigelse vil sandsynligvis være i et kontormiljø eller noget lignende, da jeg læser cand. merc. jur. Min helbredstilstand er umiddelbart god, da jeg hverken har diagnoser, synsbesvær eller problemer med min krop. Ydermere skal det understreges, at jeg aldrig har fået erstatning fra ulykkesforsikring – hverken hos mit nuværende eller tidligere forsikringsselskab.

#### **Vurdering af mine risikooplysninger ved ulykkesforsikring:**

Ved ulykkesforsikring anses det som essentielt for forsikringsselskabet at få helbredsoplysninger og oplysninger om den forsikredes beskæftigelse. Grunden til dette er, at forsikringsselskabet yder erstatning igennem en ulykkesforsikring, hvis forsikringsstageren får varige skader ved ulykkestilfælde.

Min beskæftigelse som studerende vurderer jeg til at være minimalt risikobetonet. Denne vurdering bygger på bilag 4, som beretter om antal anmeldte arbejdsulykker pr. 10.000 beskæftigede i 2014. Beskæftigelsen ”studerende” er imidlertid ikke med i opgørelsen, men kan efter min vurdering sammenlignes med nr. 35 undervisning, nr. 17 kontor eller nr. 36 universitet og forskning. Disse tre brancher er lavt beliggende på listen og under listens gennemsnit, hvorfor det kan konkluderes, at en beskæftigelse som studerende er en lavrisiko-beskæftigelse. Da min kommende beskæftigelse er på kontor, vurderes min kommende beskæftigelse ligeledes at udgøre en lav risiko for forsikringsselskabet.

Som nævnt ovenfor vil jeg ligeledes vurdere min helbredstilstand til at være god. Jeg er dog relativt høj og vil højst sandsynligt få problemer med ryg og lænd på længere sigt. Højde er imidlertid ikke noget, forsikringsselskaberne har spurgt ind til, hvoraf det kan udledes, at højde ikke er et risikoparameter i forsikringsselskabernes risikoberegning.

---

<sup>42</sup> Trafiktypen. Se afsnit 9.2.

Slutteligt vil jeg ud fra de ovenstående risikooplysninger umiddelbart vurdere, at jeg udgør en lav risiko for forsikringsselskaberne i forhold til ulykkesforsikring.

I ovenstående afsnit er mine risikooplysninger blevet beskrevet og vurderet. I resten af kapitlet vil der blive fokuseret på de spørgsmål, der er opstået eller er stillet, når jeg har ansøgt om at få et forsikringstilbud på auto- og ulykkesforsikring hos forsikringsselskaberne.

## **5.2 Forsikringsselskabernes standardspørgsmål**

I det følgende afsnit vil forsikringsselskabernes standardspørgsmål blive vurderet og analyseret. Opbygningen af analysen er lavet således, at spørgsmålene vurderes i den rækkefølge, som spørgsmålene bliver stillet i henholdsvis begæring og ved telefonsamtale. Endvidere vil gennemgangen af forsikringsselskabernes spørgsmål blive sammenholdt med indholdet af FAL § 4-9 og relevante fortolkningsprincipper, der er beskrevet i kapitel 3 og 4.

### **5.2.1 Spørgsmål vedrørende personlige risikooplysninger**

**”Navn, Adresse, Telefonnummer, CPR-nummer, E-mail?”<sup>43</sup>**

Dette er generelle risikooplysninger, alle forsikringsselskaber er interesserede i at få. Af denne grund behandles de under et punkt. Der har endvidere ikke været diversitet eller utvetydigheder i disse spørgsmål, hvorfor det udelukkende vurderes, hvorledes disse oplysninger er vigtige for forsikringsselskaberne.

#### **Navn:**

Det er essentielt for alle aftaleparter at vide, hvem de kontraherer med. Forsikringsselskaber ønsker at vide, hvem de indgår forsikringsaftale med, så det er muligt for forsikringsselskaberne at differentiere præmie og forsikringsvilkår. Derudover er der praktiske ting, som muliggøres for forsikringsselskabet, når dette får navnet på den anden kontraheringspart – herunder fakturering, forsikringsudbetalinger med videre.

#### **Adresse:**

For et forsikringsselskab er det vigtigt at kende til, hvor forsikringstageren har adresse. Dels er der rent praktiske grunde som forsendelse af faktura, vilkår med videre, dels er der et risikomoment i, hvor forsikringstageren bor.

I tidligere afsnit i indeværende kapitel er der blevet set på antal ulykker og personskader i kommunerne pr. 10.000 indbyggere, og det viste sig ikke at være uden betydning rent risiko-

---

<sup>43</sup> Spørgsmål fra alle fire forsikringsselskaber.

mæssigt, om en forsikringstager er bosiddende i Odense med 30,92 ulykker og personskader pr. 10.000 indbyggere eller i Dragør med 6,44 ulykker eller personskader pr. 10.000 indbyggere.<sup>44</sup>

Det skal bemærkes, at adressen alene er en god indikation på, hvor personen opholder sig. En forsikringstager kan dog reelt være bosiddende i Dragør, men opholde sig i Odense og vice versa.

#### **Telefonnummer:**

Når forsikringsselskabet spørger til forsikringstagerens telefonnummer, gøres det med henblik på at være i stand til at kontakte denne, hvis det skulle blive nødvendigt af den ene eller af anden grund. Når forsikringsselskabet får forsikringstagerens telefonnummer, kan forsikringsselskabet ligeledes følge op på ikke-accepterede forsikringstilbud.

#### **CPR-nummer:**

CPR-nummeret er en oplysning, som med 100 % sandsynlighed kan fortælle kønnet på forsikringstageren. Hvis tallet er ulige, er det en mand, og hvis tallet er lige, er det en kvinde. Derudover fortæller CPR-nummeret forsikringstagerens præcise alder. Alderen på forsikringstageren har stor relevans for forsikringsselskaberne – grunden til dette er, at der heri forelægger et væsentligt risikoelement.

#### **E-mail:**

De forsikringstilbud, jeg har fået, har alle været sendt over e-mail. Dette er både billigere og hurtigere end at sende forsikringstilbuddene med PostNord, hvilket må være grunden til, at de efterspørger denne oplysning.

### **5.2.2 Spørgsmål vedrørende personlige risikoplysninger af økonomisk art**

I indeværende afsnit vil forsikringsselskabernes spørgsmål angående forsikringstagerens økonomiske formåen og forsikringstagerens skadeshistorik blive analyseret.

Ved disse spørgsmål er det ønsket fra forsikringsselskaberne at kunne tilpasse selvrisiko, præmie og eventuelle vilkår med forsikringstagerens økonomiske risikoprofil. Endvidere bliver forsikringstageren vurderet på sine økonomiske forhold, når forsikringsselskabet for eksempel spørger forsikringstageren, om denne er optaget på Experians RKI-register over dårlige betalere eller er blevet opsagt af et andet forsikringsselskab grundet manglende betaling.

---

<sup>44</sup> Ulykker og personskader 2015 fordelt på kommuner. Se afsnit 9.2.

Herudover vurderes risikoen for forsikringsselskaberne, når der spørges om antallet af anmeldte skader, antal år med bilforsikring med videre. Med denne information ønsker forsikringsselskaberne angiveligt at udregne forsikringstagerens skadesfrekvens.

Spørgsmål vedrørende forsikringstagerens personlige risikoplysninger af økonomisk art er angiveligt stillet, fordi forsikringsselskaberne ønsker at undgå forsikringssvindlere og kunder, der generelt er dårlige betalere.

**”Er du eller andre i din husstand, der omfattes af forsikringerne, registreret i RKI?”<sup>45</sup>**

I dette spørgsmål ønsker forsikringsselskabet at opnå informationer vedrørende forsikringstagerens eller andre i dennes husstands eventuelle optag i RKI. Spørgsmålet indeholder begreber, der kan give anledning til, at forsikringstageren kan forstå spørgsmålet på anden vis, end det er tiltænkt fra forsikringsselskabets side.

### RKI

Et essentielt begreb i spørgsmålet er RKI. Med RKI antages det, at der menes Experians RKI-register over dårlige betalere, der tidligere hed RKI-registret. I 2003 opkøbte Experian A/S Nordic Info Group, der inkluderede Ribers Kredit Information – forkortet RKI. Hermed blev RKI-registret til Experians RKI-register.<sup>46</sup> Der er to store registre over dårlige betalere: Experians RKI-register og Debitor Registret, som er ejet af Bisnode Denmark A/S.

Ved dette begreb er FAL § 7 en væsentlig bestemmelse. Er forsikringstageren efter FAL § 7 forpligtiget til at oplyse, at denne er registreret i Debitor Registret, hvis der alene bliver spurgt ind til, om forsikringstageren er registreret i Experians RKI-register over dårlige betalere og vice versa?

Svaret på ovenstående spørgsmål afgøres efter min overbevisning af, om spørgsmålet er stillet i en forsikringsbegæring, over telefonen eller ved et forsikringsmøde.

Det pågældende spørgsmål er stillet i Codans forsikringsbegæring, hvilket betyder, at når en forsikringsbegæring benyttes, vil oplysningspligten efter FAL § 7 øjensynligt være opfyldt, hvis forsikringstageren har svaret fyldestgørende og sandfærdigt på de af forsikringsselskabet stillede spørgsmål, jf. afsnit 3.4.

Ovenstående betyder, at hvis forsikringstageren alene er registreret i Debitor Registret, er forsikringstageren ikke forpligtiget til at fortælle forsikringsselskabet dette, når der udelukkende spørges til Experians RKI-register.

---

<sup>45</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

<sup>46</sup> Nordic Info Group. Se afsnit 9.3.



### Husstand

Begrebet husstand kan forstås på flere måder. Afgrænsningen af en husstand har på forskellige retsområder givet anledning til tvists. Husstandens afgrænsning har blandt andet betydning i skatteretten. I skatteretten er det essentielt at afgrænse den enkelte husstand ved opgørelsen af husstandsindkomst. Denne opgørelse har betydning for udmålingen af visse offentlige ydelser – herunder for eksempel boligsikring og statens uddannelsesstøtte (SU).

Grundet ovenstående er det valgt at vurdere, hvordan begrebet husstand defineres i skatteretten. En opfattelse af begrebet husstand er, at en husstand omfatter ejerens ægtefælle og/eller mindre børn. Opfattelsen af begrebet husstand bygger på en række ældre domme fra landskatteretten.<sup>47</sup>

En anden opfattelse af begrebet husstand findes i boligstøtteleven (herefter BSL). Fra BSL § 6 til og med § 8 behandles reglerne om opgørelse af husstand og indkomst.

I BSL § 7 fastslås hvem, der er omfattet af husstanden, når husstandsindkomst skal opgøres: Som medlemmer af husstanden medregnes boligstøtteansøgeren, dennes ægtefælle, hjemmenværende børn og andre, der har fast ophold i boligen uden af være logerende, jf. BSL § 7, stk. 1.

Almindeligvis vil folkeregistertilmeldingen være en indikator på, at en person har fast ophold i boligen, men tilmeldingen kan eventuelt være i uoverensstemmelse med de faktiske forhold. Det er muligt, at det enkelte husstandsmedlem stadig hører til husstanden, selvom det opholder sig andetsteds. Eksempler på dette er, hvis medlemmet skal afsone en straf, på rekreativ ophold eller ophold i uddannelsesøjemed. Ved disse ophold er varigheden af opholdet centralt – hvis opholdet har en varighed på over seks måneder, anses husstandsmedlemmet at have oprettet egen husstand eller være blevet tilføjet i en anden husstand. Hvis opholdet har en varighed på under seks måneder, anses husstandsmedlemmet som værende en del af den oprindelige husstand.<sup>48</sup>

Ved afgørelse om fast ophold i husstand lægges der endvidere vægt på, om den hidtidige bopæl må anses som opgivet. For børn under 23 år er det centralt, om der er indrettet en plads eller et værelse i hjemmet, hvor personen kan opholde sig i weekender og ferier. I dette specifikke tilfælde vil der være formodning om, at der stadig er fast ophold i husstanden.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Skat. Se afsnit 9.3.

<sup>48</sup> Beskæftigelsesministeriets vejledning om boligstøtte.

<sup>49</sup> Beskæftigelsesministeriets vejledning om boligstøtte. Se afsnit 9.2.

Det kan imidlertid give anledning til tvivl, hvornår overgangen fra at være logerende til at have et fast ophold i boligen sker. Ved vurderingen af om en person er husstandsmedlem eller logerende, tages der udgangspunkt i de af ansøgeren afgivne oplysninger – herunder varighed, arbejde med videre. Det har endvidere betydning, om den pågældende har råderet over/i boligen.<sup>50</sup>

Ankenævn for forsikring har endvidere afsagt kendelse nr. 85563 afsagt d. 7. januar 2015, hvor forståelsen af begrebet husstand har betydning i forhold til den erstatning forsikringstageren kan få udbetalt. Der er udarbejdet en kendelsesanalyse af kendelsen – denne findes i specialets afsnit 6.1.

### **”Er du registreret i RKI?”<sup>51</sup>**

I dette spørgsmål vil forsikringsselskabet ligeledes vide, hvorvidt forsikringstageren er registreret i RKI. Forsikringsselskabet ønsker denne information, så det kan fastsætte selvrisiko og præmie efter den økonomiske risikoprofil, som forsikringstageren har. Det er dog muligt, at forsikringsselskabet spørger, så de kan afvise forsikringstagere, som er registreret i RKI-registret.

I dette spørgsmål er det ligeledes essentielt, hvorledes spørgsmålet stilles til forsikringstageren, da oplysningspligten i FAL § 7, som tidligere anført, varierer alt efter, hvordan spørgsmålet er stillet. Dette spørgsmål er stillet ved en telefonsamtale med en assurandør fra Himmerland forsikring. Af denne grund vurderes forsikringstageren til at have en reel oplysningspligt efter FAL § 7. Hvis spørgsmålet var stillet i en forsikringsbegæring, ville oplysningspligten i FAL § 7 være opfyldt, når forsikringstageren havde svaret loyalt og fyldestgørende på de af forsikringsselskabet stillede spørgsmål.

Det er bemærkelsesværdigt, at forsikringsselskabet ikke vælger at spørge ind til forsikringstagerens eventuelle husstandsmedlemmer eller andre personer, der er registreret på samme folkeregisteradresse. Det skal i forbindelse hermed tages i betragtning, at forsikringstageren i vidt omfang har pligt til at oplyse forsikringsselskabet om, at husstandsmedlemmer eller andre personer, der er registreret på samme folkeregisteradresse, er optaget i RKI-registret, jf. oplysningspligten i FAL § 7.

Denne pligt havde øjensynligt ikke været til stede, hvis spørgsmålet var stillet i en forsikringsbegæring, jf. specialets afsnit 3.4.

---

<sup>50</sup> Beskæftigelsesministeriets vejledning om boligstøtte. Se afsnit 9.2.

<sup>51</sup> Stillet ved telefonsamtale med Himmerland forsikring.

Der er mange forsikringsselskaber, som ikke ønsker at indgå forsikringsaftale med personer, der er optaget i Experians RKI-register over dårlige betalere. Af denne grund vil afgivne urigtige risikoplysninger højest sandsynligt resultere i, at forsikringsselskabet bliver fritaget for erstatningsansvar, jf. FAL § 6, stk. 1.

**”Kan du give samtykke til, at vi henter oplysninger om dig, herunder om tidligere skadesforløb, hos tidligere forsikringsselskab og RKI? (Ønsker du ikke at give samtykke til dette, kan vi desværre ikke tilbyde at forsikre dig.) (Ja/Nej)”<sup>52</sup>**

Når forsikringsselskabet spørger, om det må indhente oplysninger på forsikringstageren, er dette for at verificere de svar, forsikringsselskabet har fået på foregående spørgsmål.

Grunden til at forsikringsselskabet ønsker at indhente informationer om forsikringstagerens tidligere skadeshistorik er, at disse informationer gør det muligt for forsikringsselskabet at præcisere risikoberegningen på forsikringstageren. Derudover ønsker forsikringsselskabet at få samtykke til at henvende sig til Experian for at sikre sig, at forsikringstageren ikke er optaget i deres RKI-register over dårlige betalere.

I parenteser i spørgsmålet informerer forsikringsselskabet om, at dette ikke ønsker at forsikre forsikringstageren, hvis denne ikke giver samtykke til, at forsikringsselskabet kan indhente oplysninger på forsikringstageren. Ønsket fra forsikringsselskabet må angiveligt være, at dette ikke ønsker kunder, der forsøger at skjule et optag i Experians RKI-register over dårlige betalere, skadeshistorik og generelle mangler på betalingsdygtighed. Derudover informerer forsikringsselskabet indirekte om, hvad konsekvenserne er af at afgive urigtige risikoplysninger. Konsekvenserne er, at forsikringsselskabet er fri for ansvar, da forsikringsselskabet skriver, at de ikke ønsker at indgå forsikringsaftale med forsikringstagere, der ikke giver samtykke til at forsikringsselskabet kan indhente oplysninger på forsikringstageren, jf. FAL § 6, stk. 2.

Det skal endvidere tages i betragtning, at forsikringsselskabet ikke kan gøre gældende, at der er afgivet urigtige risikoplysninger, hvis dette ved forsikringens tegning var eller burde være vidende om de afgivne risikoplysningers urigtighed, jf. FAL § 8. Forsikringsselskabet er imidlertid kun forpligtiget til at verificere de modtagne risikoplysningers rigtighed, når der er en konkret formodning om, at de afgivne risikoplysninger er urigtige, jf. ovenstående redegørelse for FAL § 9, 1. led.

---

<sup>52</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

Spørgsmålet giver det indtryk, at forsikringsselskabet ønsker at undersøge risikoplysningernes rigtighed. Her er det essentielt for forsikringsselskabet, at dette reagerer, hvis de afgivne risikoplysninger viser sig at være urigtige. Hvis forsikringsselskabet ikke reagerer, kan forsikringsselskabet ikke påberåbe risikoplysningernes urigtighed ved forsikringsbegivenhedens indtræden, jf. ovenstående redegørelse for FAL § 9, 1. led i afsnit 3.6.

### **”Har du eller din kæreste stiftet gæld?”<sup>53</sup>**

#### Gæld

Begrebet gæld betragtes som værende et tilgodehavende, en fysisk eller juridisk person har til en anden. I dette tilfælde kan det være Ikano Bank, der har et tilgodehavende hos forsikringstageren, men det kan også være forsikringstagerens forældre, som har et tilgodehavende hos forsikringstageren. I begge tilfælde er forsikringstageren skyldner og debitor, mens Ikano Bank og forsikringstagerens forældre er kreditor og fordringshaver. Grunden til, at forsikringsselskabet spørger ind til forsikringstagerens gældssituation, er, at gæld øger risikoen for, at forsikringstageren ikke kan betale sine regninger. Med denne risikoplysning fra forsikringstageren kan forsikringsselskabet præcisere risikoberegningen og dermed beregne en præmie, som afspejler den risiko, forsikringsselskabet løber, når det overtager risikoen.

Der er endvidere forskel på, hvordan gælden er etableret. Det vurderes, at forsikringsselskabet er ligeglad med, om forsikringstageren eksempelvis skylder 500 kr. til en ven eller familie-medlem. Umiddelbart vil jeg mene, at forsikringsselskabet ønsker at indgå forsikringsaftale med en husejer, selvom denne har gæld til et realkreditinstitut. I kontrast til ovenstående vil forsikringsselskabet angiveligt være tilbageholdende med at indgå forsikringsaftale med en person, der har optaget forbrugslån og desuden er optaget i Experians RKI-register over dårlige betalere eller Debitor Registret.

Spørgsmålet er stillet ved en telefonsamtale, hvorfor forsikringstageren er forpligtiget til at oplyse al den gæld, forsikringstageren har optaget, jf. oplysningspligten i FAL § 7.

### **”Er du blevet opsagt af et andet forsikringsselskab?”<sup>54</sup>**

Når en forsikringstager bliver opsagt af et forsikringsselskab, har det konsekvenser for, om denne kan blive forsikret igen og til hvilken pris. Det stillede spørgsmål er et af de spørgsmål, som går igen hos alle forsikringsselskaberne, hvoraf det kan afledes, at oplysningen er essentiel for forsikringsselskaber.

---

<sup>53</sup> Stillet ved telefonsamtale med Thisted forsikring.

<sup>54</sup> Stillet ved telefonsamtale med Himmerland forsikring.

At en forsikringstager har fået opsagt en eller flere forsikringer hos et eller flere forsikrings-selskaber, skærper opmærksomheden hos et forsikringsselskab, hvor forsikringstageren hen-vender sig med henblik på at tegne forsikring. Grunden til dette er, at forsikringsselskaberne blandt andet opsiges kunder, som har for mange forsikrings-sager i forhold til, hvor lang tid forsikringstageren har været kunde i forsikringsselskabet. Derudover opsiges personer, der ikke betaler forsikringspræmie med videre.

Ovenstående betyder, at forsikringsselskabets eventuelle erstatningsansvar frafalder, hvis for-sikringstageren har besvaret spørgsmålet benægtende, men reelt er blevet opsagt af et forsik-ringsselskab, jf. FAL § 6, stk. 1.

En forsikringsaftale kan gensidigt opsiges med en måneds varsel. Er det forsikringsselskabet, som opsiges forsikringsaftalen, skal dette angive saglige hensyn for, at dette opsiges forsik-ringsaftalen, jf. FAL § 3 B. I forsikringsbranchen er det kutyme, at forsikringsselskabet har indsat et vilkår i forsikringspolice, der betyder, at begge parter i en forsikringsaftale har kor-tere opsigelsesvarsel, når der er sket skade. Et eksempel herpå er:

”Efter enhver anmeldt skade er såvel forsikringstageren som forsikringsselskabet indtil 14 dage efter erstatningens betaling eller efter afvisning af skaden berettiget til at opsiges forsikringen med 14 dages varsel”<sup>55</sup>

Ved dette spørgsmål vurderes det umiddelbart, at FAL § 7 giver forsikringstageren en pligt til at oplyse, hvis forsikringstagerens husstandsmedlemmer har fået opsagt en eller flere forsik-ringer hos et eller flere forsikringsselskaber. Scenariet havde angiveligt været anderledes, hvis spørgsmålet var stillet i en forsikringsbegæring, jf. specialets afsnit 3.4.

**”Har du eller andre i din husstand fået opsagt en forsikring af et tidligere forsikringssel-skab? (fx at dit tidligere forsikringsselskab har slettet din forsikring pga. skader eller andre forhold) (Ja/Nej)”<sup>56</sup>**

Dette spørgsmål er mere omfattende end de to forrige spørgsmål, men det inkluderer de sam-me elementer. Ved dette spørgsmål spørger forsikringsselskabet ind til, om forsikringstageren eller andre i dennes husstand har fået opsagt en forsikring af et tidligere forsikringsselskab. Derudover kommer et eksempel på, hvad der menes med spørgsmålet, hvilket minimerer eventuelle misforståelser af spørgsmålet.

---

<sup>55</sup> Taget direkte fra Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, *Dansk Forsikringsret*, 2012, øverst side 238.

<sup>56</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

Når forsikringsselskabet spørger ind til, om forsikringstageren er blevet opsagt af et tidligere forsikringsselskab, kan dette give anledning til, at forsikringsselskabet ikke får de informationer, der er tiltænkt med spørgsmålet. Den almindelige dansker har flere forsikringer, og det er normalt, at forsikringstageren har samlet sine forsikringer hos ét forsikringsselskab, da dette i mange tilfælde giver samlerabat. Hvis forsikringsselskabet ikke ønsker at forsikre forsikringstagerens bil længere på grund af for mange skader, men stadig ønsker at yde familie-, indbo- og ulykkesforsikring for forsikringstageren, er forsikringstageren teknisk set ikke blevet opsagt af et tidligere forsikringsselskab, men er derimod blevet opsagt af et nuværende forsikringsselskab. Hvis dette er tilfældet, vil forsikringstageren reelt ikke svare forkert, såfremt denne besvarer spørgsmålet benægtende.

Ovenstående vil sandsynligvis ikke være muligt i praksis, da forsikringsselskabet ved opsigelse af forsikring typisk opsiger alle forsikringstagerens forsikringer i det pågældende forsikringsselskab.

**”Har du eller andre i din husstand fået stillet særlige krav på forsikringerne af tidligere forsikringsselskab (fx tvungen selvrisiko, begrænsning af dækningens omfang eller særlige krav i form af en klausul eller en særtekst på forsikringen) (Ja/Nej)”<sup>57</sup>**

Særlige krav på forsikringer er almindeligt, når der er omstændigheder ved forsikringstagerens risikoprofil, der tilsiger det.

Et eksempel på, at en forsikringstager får særlige krav på forsikringen, er, hvis forsikringstageren bor i et område, hvor der er mange indbrud. Her vil det være en god idé for både forsikringstageren og forsikringsselskabet at indsætte krav om, at boligen skal være tyverisikret.

Et særligt krav på forsikringen kunne i så fald være, at forsikringstageren forpligtede sig til at installere vinduer, der er ”Secured by design” certificeret. Dette betyder bl.a., at vinduerne ikke kan afmonteres udefra med for eksempel koben eller skruetrækker.

Et andet eksempel er, når forsikringsselskabet stiller krav, hvor forsikringstageren ønsker at indgå forsikringsaftale på dyre og specielle biler. Særligt disse biler er udsat for tyveri, hvorfor forsikringsselskabet kan kræve, at der installeres en satellitovervågning i bilen. Denne kan hjælpe forsikringsselskabet med at finde forsikringstagerens bil igen, hvilket er godt for både forsikringstager og forsikringsselskab.

---

<sup>57</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

I det pågældende spørgsmål specificerer forsikringsselskabet, hvad der for eksempel menes med særlige krav. Dette er fornuftigt fra forsikringsselskabets side, da det mindsker mulighederne for at misforstå spørgsmålet.

Ved tvungen selvrisiko er forsikringstageren tvunget til at have en selvrisiko, som erstatningsbeløbet bliver nedsat med i tilfælde af forsikringsbegivenhedens indtræden. Der er forsikringer, hvor der ikke er oprettet en selvrisiko – i disse tilfælde vil det være et særligt krav, hvis forsikringstageren er blevet tvunget til at have selvrisiko på en forsikring, hvor der sædvanligvis ikke er selvrisiko. Det kan imidlertid også være tilfældet, at forsikringstageren qua høj risikoprofil er afskåret fra en lav selvrisiko.

Dækningsbegrænsning kan forekomme, når forsikringsselskabet ønsker at begrænse, hvor meget erstatning forsikringstageren kan få ved forsikrings-skade. Et eksempel herpå er, hvor et forsikringsselskab forsikrer en guldsmed. Forsikringsselskabet ønsker, at guldsmeden gør, hvad denne kan for at undgå tyveri, hvorfor forsikringsselskabet laver en dækningsbegrænsning på det enkelte smykke.

Det kan forekomme, at et forsikringsselskab ønsker at tage forbehold for eventuelle forsikringsforhold hos forsikringstageren. Dette gøres gennem en klausul i forsikringspolice. Et eksempel på en sådan klausul er, at forsikringsselskabet ikke ønsker at dække forsikringstagerens risiko for knæskader, hvorfor forsikringsselskabet indskriver en klausul om, at forsikringsselskabet ikke yder dækning i tilfælde af knæskade.

Særttekst på forsikringen kan komme i form af, at forsikringstageren får opstillet vilkår på forsikringspolice. Et eksempel kunne være en tankstation, der har mange indbrud. Her kan forsikringsselskabet oprette et særligt vilkår om, at forsikringstageren skal holde en større hund, der kan skræmme eventuelle indbrudstyve væk.

Når forsikringstageren modtager dette spørgsmål, er det essentielt, at denne husker samtlige tidligere forsikringsaftaler. Hvis forsikringstageren tidligere har tegnet forsikring med særlige krav, og forsikringstageren har svaret benægtende på spørgsmålet, risikerer forsikringstageren at der sker frafald eller nedsættelse af eventuel erstatning.

### **5.3 Forsikringsselskabernes spørgsmål vedrørende autoforsikring**

I forrige afsnit er forsikringsselskabernes standardspørgsmål blevet vurderet og analyseret. I dette afsnit vil specialet specifikt behandle forsikringsselskabernes spørgsmål vedrørende autoforsikring. Der er mange faktorer, som spiller ind, når forsikringsselskaberne beregner den forsikringsrisiko, forsikringstageren udgør. Essentielle faktorer er blandt andre bilens

brugsmønster, bilen, ejerforholdet på bilen, skader og anciennitet, tidligere opsigelser fra forsikringselskaber med videre.

### **5.3.1 Brugsmønster**

**”Hvor mange kilometer kører bilen om året?**

**Under 6.000, 6.000-20.000 eller over 20.000”<sup>58</sup>**

I dette spørgsmål ønsker forsikringselskabet at få informationer vedrørende, hvor mange kilometer bilen kører om året. Antallet af kilometer en bil kører årligt har betydning for, hvilken risiko forsikringselskabet løber ved at forsikre forsikringstagerens bil.

Umiddelbart vil jeg vurdere, at des flere kilometer bilen kører om året, des højere er den risiko forsikringselskabet løber ved at overtage forsikringstagerens risiko.

Forsikringselskabet giver forsikringstageren tre forskellige intervaller, som forsikringstageren kan vælge imellem. Der er et stort spænd i de tre intervaller, hvorfor det ikke vil være gunstigt for en forsikringstager, der kører 6.500 kilometer, da denne vil få en pris, som ligger i intervallet 6.000-20.000 kilometer. Derimod vil det være fornuftigt at vælge forsikringselskabet, hvis forsikringstagerens årlige brug af bilen vil være 19.500 kilometer. Ved en eventuel overskridelse af det valgte interval vil forsikringserstatningen alene blive nedsat og ikke frafalde – grunden til dette er, at forsikringselskabet ville have forsikret bilen alligevel, jf. FAL § 6, stk. 2. Der er ikke umiddelbart utvetydigheder i spørgsmålet, og forsikringselskabet får angiveligt den information, som er essentiel for risikoberegningen af forsikringstagerens brugsmønster af bilen.

**”Vælg, hvor langt du kører om året:**

**Op til 8.000 km, 8.001 til 14.000 km, 14.001 til 20.000 km, 20.001 til 26.000 km, 26.001 til 32.000 km eller 32.001 til 40.000 km”<sup>59</sup>**

I dette spørgsmål spørges der ind til, hvor langt forsikringstageren kører i bilen. Dette er et godt og præcist spørgsmål, hvis forsikringstageren er den eneste bruger af bilen. Når bilen har flere brugere, kan spørgsmålet besvares med, hvor langt forsikringstageren kører i bilen.

Som nævnt i afsnit 5.1.2 vurderer jeg, at vores bil vil komme til at køre ca. 22.000 km om året. Fordelingen heraf vil være, at jeg kører ca. 9.000 km, min kæreste kører ca. 12.000 km og de sidste 1.000 km bliver kørt af tredjemand, f.eks. mekaniker, venner og familie. Ved

---

<sup>58</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

<sup>59</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Topdanmark.



besvarelsen af dette spørgsmål vil jeg som forsikringstager svare 9.000 km om året, hvilket udgør en lavere risiko for forsikringsselskabet end de 22.000 km bilen reelt kører. Svarer jeg så forkert på spørgsmålet? Efter min vurdering besvarer jeg spørgsmålet korrekt, da der spørges til, hvor langt læseren af spørgsmålet, det vil sige forsikringstageren, kører om året.

Spørgsmålet er stillet i en forsikringsbegæring, hvorfor jeg som forsikringstager udelukkende har en svarpligt i forhold til FAL § 7. Hvis spørgsmålet derimod var stillet ved en telefonsamtale eller et forsikringsmøde, ville jeg som forsikringstager være forpligtiget til at oplyse forsikringsselskabet om, at jeg, min kæreste og tredjemand tilsammen kommer til at køre 22.000 km om året i bilen, jf. specialets afsnit 3.4.

Det er muligt, at forsikringsselskabet er interesseret i at vide, hvor langt forsikringstageren kører, men det vurderes, at forsikringsselskabet alene kan bygge forsikringsselskabets risikoberegning på, hvor langt bilen kører om året. Der kan være tilfælde, hvor et kærestepar har to biler, og den ene person administrerer deres fælles forsikringsanliggender. Forsikringstageren kører næsten ikke i bil nr. 2, hvorfor denne vælger intervallet ”op til 8.000”. Imidlertid kører den primære bruger af bilen over 38.000 km om året. I denne situation er der væsentlig forskel på den oplyste information og det reelle kilometerantal.

Ved forsikringsbegivenhedens indtræden vil forsikringsselskabet henvide til FAL § 6, stk. 2. og påstå, at der skal ske nedsættelse af erstatningen. Omvendt vil forsikringstageren angiveligt bestride, at der skal ske nedsættelse af erstatningsbeløbet, da forsikringstageren er overbevist om, at denne ikke har besvaret spørgsmålet forkert. Umiddelbart er jeg af den overbevisning, at en domstol eller et klagenævn for forsikring vil komme frem til, at der er svaret rigtigt på det stillede spørgsmål, hvorfor der skal betales fuld erstatning, for den skade forsikringstageren har pådraget sig. Til støtte for dette er koncipistreglen, der tilsiger, at der skal ske en fortolkning imod forsikringsaftalens affatter.

### **”Hvor mange kilometer kører I om året?”<sup>60</sup>**

Først og fremmest skal det nævnes, at spørgsmålet blev stillet efter, at forsikringsassurandøren var blevet bekendt med, at min kæreste og jeg boede sammen, og vi var de eneste medlemmer af husstanden. Af denne grund skal *I* anses som en henvisning til min kæreste og jeg. Som tidligere nævnt vurderer vi, at bilen kommer til at køre 22.000 km om året. Fordelingen heraf vil være, at jeg kører ca. 9.000 km, min kæreste kører ca. 12.000 km og de sidste 1.000 km bliver kørt af tredjemand, f.eks. mekaniker, venner og familie. Det er derfor muligt for

---

<sup>60</sup> Stillet ved telefonsamtale med Thisted forsikring.

mig som forsikringstager at besvare spørgsmålet med 21.000 km, da dette er det kilometerantal min kæreste og jeg angiveligt kommer til at køre. De sidste 1.000 km anser jeg ikke som værende omfattet, når spørgsmålet lyder ”Hvor mange kilometer kører I om året?”.

Selvom dette er tilfældet, er jeg som forsikringstager forpligtet til at fortælle, at tredjemand vil komme til at køre 1.000 kilometer i bilen. Grunden til dette er, som tidligere nævnt, at forsikringstageren har en oplysningspligt efter FAL § 7, idet spørgsmålet er stillet ved en telefonsamtale med forsikringsassurandøren fra Thisted forsikring.

### **”Er det dig, som bruger bilen mest?”**

**Ja/Nej”<sup>61</sup>**

Med dette spørgsmål ønsker forsikringsselskabet at få informationer vedrørende brugsforholdet på bilen. Til dette spørgsmål bør jeg svare ”nej”, da det er min kæreste, der er den primære bruger af bilen. Vores fælles kørselsbehov kan imidlertid ændre sig, hvorfor det kan ændre sig, hvem der er den primære bruger af bilen. Af denne grund vil det være forsikringstagerens pligt at meddele forsikringsselskabet, hvis brugsmønstret på bilen ændres. Grunden til at forsikringsselskabet netop spørger om dette er, at forsikringsselskabets risiko svinger alt efter, hvem der er den primære bruger af bilen.

### **5.3.2 Bilens nummerplade**

**”Hvad er bilens registreringsnummer?”<sup>62</sup>**

Registreringsnummer

Bilens nummerplade viser dennes registreringsnummer, hvilket er alment kendt. Det er angiveligt ikke alle, der er bekendt med dette, hvorfor forsikringsselskabet burde uddybe, hvilke informationer det ønsker fra forsikringstageren.

Når forsikringsselskabet ønsker bilens registreringsnummer opgivet, gøres dette for at vurdere bilens specifikationer. Bilens type og antallet af hestekræfter har stor betydning for forsikringstagerens samlede risikoprofil. Det er typisk antallet af hestekræfter og bilens værdi, der afgør, hvilken risiko bilen udgør for forsikringsselskabet. En bil med 75 hestekræfter er altså billigere at forsikre end en bil med 150 hestekræfter. Udover førnævnte er især kaskoforsikringens pris afhængig af, hvor meget bilen er værd. Grunden til dette er den nære sammenhæng mellem bilens værdi og prisen på reparation og erstatning ved totalskade af bilen.

---

<sup>61</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

<sup>62</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

### **”Hvilken slags nummerplade har bilen? Hvide plader, gule plader eller papegøjeplader?”<sup>63</sup>**

Forsikringssselskabet ønsker med dette spørgsmål at opnå informationer om, hvilken type nummerplade forsikringstagerens bil har. Grunden til dette er, at der er forskelle i genanskaffelsesprisen, som er den, forsikringssselskabet skal erstatte, når bilen er totalskadet.

En bil på hvide plader skulle i 2016 afgiftspålægges med 105 % af de første 82.800 og med 150 % af alt overskydende, jf. registreringsafgiftslovens (herefter RAL) § 4, stk. 1, nr. 2.

En almindelige varebil med en totalvægt på under 2,5 ton på gule plader skulle i 2016 afgiftspålægges med 0 % af de første 17.700 og med 50% af alt overskydende, jf. RAL § 5, stk. 1.

Ved en ny bil til 100.000 kr. uden registreringsafgift vil forskellen i genanskaffelsesprisen være:

Hvide plader:  $(1.05 \cdot 82.800 + 1.50 \cdot 17.200) + 100.000$  = 212.740 kr.

Gule plader:  $(0 \cdot 17.700 + 0.50 \cdot 82.300) + 100.000$  = 141.150 kr.

Af denne grund er der en lavere risiko for forsikringssselskabet ved at forsikre en bil med gule plader versus en bil med hvide plader, da det overordnede forsikringsprincip er, at forsikringstageren skal stilles som om, skaden ikke var indtrådt. Hvis forsikringssselskabet ønsker en mere nøjagtig risikoberegning kunne dette spørge ind til, hvor langt bilen kører pr. km.

Ræsonnementet bag dette er, at der sker et fradrag eller en forhøjelse af registreringsafgiften alt efter, hvor langt bilen kører pr. liter brændstof. Der sker et fradrag i registreringsafgiften på 4.000 kr. pr. km bilen kører længere end henholdsvis 16 km/l for benzinbiler og 18 km/l for dieslbiler. Hvis bilen kører under henholdsvis 16 km/l for benzinbiler og 18 km/l for dieslbiler, sker der en forhøjelse på 1.000 kr. pr. km bilen kører pr. liter brændstof under de angivne grænser, jf. RAL § 4, stk. 2 og 3 for biler med hvide plader og § 5, stk. 4 og 5 for biler med gule plader.

### **5.3.3 Ejerforhold**

#### **”Har du leaset bilen?”**

**Ja/Nej”<sup>64</sup>**

#### Leasing

Leasing af biler er især de senere år blevet et populært alternativ til bilkøb for private. Hvis en privatperson vælger at lease en bil, skal denne forsikres på samme måde som enhver anden bil, jf. FÆL § 105. Leasingsselskabet vil dog formentlig kræve at bilen foruden den lovpligtige

---

<sup>63</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

<sup>64</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

ansvarsforsikring bliver kaskoforsikret. Ved leasing beholdes leasingselskabet som ejer af aktivet. I denne situation er det leasingselskabet, der er den sikrede, hvorfor leasingselskabet oppebærer eventuel erstatning ved for eksempel totalskade. Dette må øjensynligt være grunden til, at forsikringselskabet ønsker at vide, om forsikringstageren har leaset bilen. Umiddelbart giver spørgsmålet ikke anledning til tvivlstilfælde hos forsikringselskabet.

### **5.3.4 Skader og anciennitet**

Antallet af skader hos forsikringstageren har stor betydning forsikringselskabets vilje til at forsikre forsikringstagerens interesser og til hvilken pris. Af denne grund er forsikringselskaberne opsatte på at få informationer om forsikringstagerens skadeshistorik.

**”Fortæl os, hvor mange år du har kørt skadefrit i egen bil**

**0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 eller flere end 7”<sup>65</sup>**

I dette spørgsmål ønsker forsikringselskabet at opnå viden om, hvor længe forsikringstageren har kørt skadefrit i egen bil. Grunden til at forsikringselskabet ønsker at opnå denne viden er angiveligt, at det ønsker at beregne en skadeshyppighed på forsikringstageren.

Det kan endvidere forekomme, at forsikringstageren ejer bilen med en anden person – dette er for eksempel tilfældet, hvis min kæreste og jeg skulle tegne en autoforsikring hos Codan.

Det kunne tænkes, at et par tilsammen har haft to skader over de sidste fire år, men begge skader er lavet af forsikringstagerens kæreste eller ægtefælle. Herved kan forsikringstageren reelt set svare rigtigt ved at fortælle, at denne har kørt skadefrit i fire år. Som følge heraf vil forsikringstageren opnå en autoforsikring på mere fordelagtige vilkår end hvis denne havde opgivet et eller to års skadesfri kørsel. Her fremgår det ligeledes, at der er forskel på, hvorvidt spørgsmålet er stillet i en forsikringsbegæring, ved samtale over telefon eller ved et forsikringsmøde. Dette spørgsmål er stillet i en forsikringsbegæring fra Codan, hvorfor forsikringstageren alene har en svarpligt og ikke en oplysningspligt efter FAL § 7, jf. afsnit 3.4.

**”Har der været skader på forsikringen inden for de sidste 3 år? (Skader der har kostet tidligere forsikringselskab penge skal tælles med, ikke glasskader uden rudeskift og vejhjælpsskader) (Ja/nej)”<sup>66</sup>**

I dette spørgsmål ønsker forsikringselskabet at få information om, hvorvidt forsikringstageren har modtaget erstatning fra tidligere forsikringselskab. Forsikringselskabet er præcise

---

<sup>65</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

<sup>66</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

med formuleringen af dette spørgsmål. Desuden definerer forsikringsselskabet, hvad dette mener, er en skade. Herudover oplyser spørgsmålet, at forsikringsselskabet ikke anser rude-skift og vejhjælpsskader som værende skader, som tæller med i denne opgørelse.

Endvidere oplyser forsikringsselskabet indirekte, at skader forsikringstageren selv betaler ikke hører med i denne beregning.

### **”Hvor mange skader har du haft på bilen inden for de sidste 3 år?”<sup>67</sup>**

Vedrørende dette spørgsmål ønsker forsikringsselskabet at opnå oplysninger om forsikringstagerens skadesfrekvens. I dette spørgsmål beskriver forsikringsselskabet ikke, hvad dette mener med skade. Af denne grund er det op til forsikringstageren at vurdere, hvad forsikringsselskabet mener med skade. I dette spørgsmål foreligger der en tvivl om, hvad en ”skade” er. Denne tvivl vil angiveligt komme forsikringstager til gode, da risikospørgsmål i forsikringsretten blandt andet fortolkes efter koncipistreglen.

### **”Hvilket årstal fik du kørekort?”**

#### **Årstal”<sup>68</sup>**

Når forsikringsselskabet spørger ind til i hvilket årstal forsikringstageren erhvervede sit kørekort, er det fordi denne oplysning har betydning for den risiko, forsikringsselskabet løber ved at overtage forsikringstagerens risiko.

Oplysningens risikobetydning kan variere alt efter, hvor lang tid forsikringstageren har haft et kørekort. Det er klart, at min kæreste, der først har erhvervet kørekort i 2016, alt andet lige udgør en større risiko end jeg selv, da jeg tog mit første kørekort for 10 år siden.

Omvendt kan det også være for lang tid siden, at forsikringstageren erhvervede sit kørekort. Et kørekort gælder, hvis det er erhvervet før 19. januar 2013, indtil kørekortholderen fylder 70 år. Af denne grund vil jeg mene, at en person, der erhvervede sit kørekort i 1966 som 18-årig, udgør en større risiko for forsikringsselskabet, end jeg gør.

#### Kørekort

Begrebet kørekort giver anledning til tvivl. Grunden til dette er, at forsikringsselskabet ikke er eksplicit i forhold til, hvad der menes med kørekort. Som forsikringstager ved jeg ikke, om jeg skal svare 2007 eller 2009, da jeg erhvervede mit traktorkørekort som 16-årig i 2007, mens jeg erhvervede bilkørekort som 18-årig i 2009. Umiddelbart vil jeg vurdere, at forsik-

---

<sup>67</sup> Stillet ved telefonsamtale med Himmerland forsikring.

<sup>68</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

ringsselskabet alene er interesseret i, hvornår forsikringstageren erhvervede kørekort til bil, men efter min overbevisning giver spørgsmålet anledning til tvivl. Ved tvivlstilfælde vil en eventuel tvist som oftest falde ud til forsikringstagerens fordel. Grunden til dette er, at der i adhæsionskontrakter især benyttes koncipistreglen, når der skal fortolkes.

### **”Hvad er din alder”<sup>69</sup>**

Alder har en stor indflydelse på den risiko, forsikringstageren udgør for forsikringsselskabet, jf. specialets afsnit 5.1.2. Grundet den store indflydelse er det essentielt for forsikringsselskabet at få netop denne information til udregningen af risikoen ved at forsikre risikotagerens bil. Umiddelbart er der intet at være i tvivl om ved dette spørgsmål.

### **5.3.5 Selvrisiko**

**”For biler er de basale forsikringer lovpligtige, men hvor stor risiko vil du løbe – og hvor meget vil du betale, hvis uheldet er ude? For hver skade vil jeg selv dække 3.480, 4.640, 5.800, 6.960, 9.280 eller 13.920”<sup>70</sup>**

Spørgsmålet er meget pædagogisk opbygget. I spørgsmålet prøver forsikringsselskabet at forklare, hvad selvrisiko betyder for forsikringstageren – alligevel er der en del af spørgsmålet, som ikke defineres af forsikringsselskabet, hvilket vil blive gennemgået nedenfor.

#### *Basale lovpligtige forsikringer*

Efter min overbevisning henviser de basale lovpligtige forsikringer udelukkende til ansvarsforsikringen, der er obligatorisk for motordrevne køretøjer, jf. FÆL § 105. Når forsikringsselskabet skriver basale lovpligtige forsikringer, gives der det indtryk, at der er flere forsikringer, som er lovpligtige for forsikringstageren. Dette findes misvisende, da det ikke er tilfældet.

Udover ovenstående vurderes spørgsmålet ikke at give anledning til yderligere tvivlstilfælde eller misforståelser.

## **5.4 Forsikringsselskabernes spørgsmål vedrørende ulykkesforsikring**

Først og fremmest er det vigtigt at fastslå, at der ikke var en forsikringsbegæring i forhold til ulykkesforsikring hos Topdanmark. Derudover skal det nævnes, at mine forældre har en ulykkesforsikring i Topdanmark på mig, hvorfor det ikke er sikkert, at jeg har fået stillet alle de vanlige spørgsmål. Der er en vis sandsynlighed for, at mine forældre har afgivet risikoop-

---

<sup>69</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Topdanmark.

<sup>70</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

lysninger ved tegningen af min nuværende forsikring, som Topdanmark ikke ville spørge om igen. Personligt er jeg i den situation, at jeg ønsker at betale mine forsikringer selv, når jeg bliver færdiguddannet. Af denne grund spurgte jeg ind til, hvilke informationer de skulle bruge for, at jeg kunne tegne en lignende forsikring selv. Forsikringssælgeren sagde herefter, at alt de skulle bruge til den tid i forhold til informationer var, hvorvidt jeg var i beskæftigelse.

Hos Codan var besvarelse af forsikringsbegæringen nok til at få et forsikringstilbud. Dette kan være grundet i, at jeg ikke ansås at udgøre en øget risiko i forhold til standarden. Et par dage efter besvarelsen af forsikringsbegæringen blev jeg ringet op, hvor forsikringssælgeren igen fremsatte spørgsmålene fra forsikringsbegæringen. Umiddelbart vurderer jeg det som værende et forsøg at give mig et bedre tilbud mundtligt, end det jeg i forvejen havde fået skriftligt.

### 5.4.1 Beskæftigelse

**”Hvilken beskæftigelse har du?”<sup>71</sup>**

Når forsikringsselskabet spørger til, hvilken beskæftigelse jeg har, er det på grund af, at dette er et væsentligt risikomoment for forsikringsselskabet, når jeg vil tegne ulykkesforsikring. Forsikringstagerens risiko for at komme til skade varierer alt efter, hvordan forsikringstageren er beskæftiget. Topdanmarkassurandøren forklarede mig, at i erhverv som landmand, fisker og skovarbejder har arbejdstagerne stor risiko for at komme til skade. I kontrast til dette har stillesiddende erhverv en lav risiko for, at arbejdstagerne kommer til skade. Risikoen for forsikringsselskaberne i forhold til ulykkesforsikring afhænger af, hvad forsikringstageren arbejder med, og hvor forsikringstageren udfører arbejdet.

Som studerende er jeg placeret i den mindst risikobetonede gruppe, Topdanmark har. Grunden til dette er angiveligt, at jeg som studerende hovedsageligt studerer stillesiddende og dermed udgør en lavere risikofrekvens end gennemsnittet.

Hvis forsikringstageren er studerende, da denne tager kontakt til forsikringsselskabet med henblik på at tegne ulykkesforsikring, men påtænker at droppe studierne til fordel for en læreplads i landbruget med start den førstkommende mandag, er forsikringstageren da forpligtiget til at nævne dette over for forsikringsselskabet?

Svaret på spørgsmålet afhænger af, om forsikringstageren burde være klar over, at denne information har betydning for forsikringsselskabet, og at dette kan tilregnes forsikringstageren som groft uagtsomt, jf. FAL § 7.

---

<sup>71</sup> Stillet ved telefonsamtale med Topdanmark.

Ved vurderingen af om forsikringstageren burde være bevidst om, at informationen har betydning for forsikringsselskabet, skal forsikringstageren vurderes individuelt. Det er forskelligt, hvad assurandøren, jordmoderen eller landmanden burde vide, hvad der har betydning for et forsikringsselskab og dets risikoberegning. Der er ligeledes forskel på, hvad en 18-årig forsikringstager og en 50-årig forsikringstager burde være klar over i henhold til, hvad der har betydning for forsikringsselskabet, når dette laver risikovurdering af forsikringstageren.

Ved spørgsmålet ønsker forsikringsselskabet at få oplysninger om, hvilken beskæftigelse forsikringstageren har. Ved dette spørgsmål er det uklart, hvad forsikringstageren skal svare, hvis denne har flere beskæftigelser. Er det så den primære beskæftigelse forsikringstageren skal oplyse, eller skal forsikringstageren oplyse samtlige beskæftigelser?

Hvis forsikringstageren er skolelærer, men har et deltidsjob på den lokale brandstation, vil det være afgivelse af urigtige oplysninger, når forsikringstageren oplyser skolelærer som sin beskæftigelse. Umiddelbart vurderer jeg, at jobbet som skolelærer er mindre risikobetonet end deltidsjobbet i det lokale brandvæsen.

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, hvorledes spørgsmålet er stillet – dette spørgsmål er stillet ved telefonsamtale med Topdanmark, hvorfor FAL § 7 har karakter af at være en oplysningspligt og ikke en svarpligt, jf. specialets afsnit 3.4. Hvis spørgsmålet derimod var stillet i en forsikringsbegæring, ville forsikringstageren angiveligt ikke være forpligtet til at fortælle forsikringsselskabet om deltidsansættelsen i det lokale brandvæsen.

### **”Hvad arbejder du med? Hvad er din arbejdstitel?”<sup>72</sup>**

Når forsikringsselskabet ønsker at opnå viden om, hvad forsikringstageren arbejder med, er dette for at kunne udregne den risiko, forsikringsselskabet overtager ved forsikringsaftaleindgåelse. Forsikringsselskabet spørger ind til forsikringstagerens arbejdstitel, da dette afspejler, hvad forsikringstageren beskæftiger sig med. Ofte kan en arbejdstitel give et præcist billede af positionen, rollen og ansvarsområderne forsikringstageren beskæftiger sig med, men det modsatte kan også være tilfældet. Det vurderes dermed, at det mest præcise svar gives i den første del af spørgsmålet.

### **”Hvilken uddannelse er det, du er i gang med?”<sup>73</sup>**

---

<sup>72</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

<sup>73</sup> Stillet ved opkald ved Himmerland forsikring.



Grunden til at forsikringsselskabet ønsker at få information om, hvilken uddannelse jeg er i gang med er, at dette har stor indflydelse på min kommende beskæftigelse. Denne har betydning for den risiko, forsikringsselskabet overtager, når jeg indgår forsikringsaftale med dette. Når jeg får et job, er jeg forpligtiget til at oplyse forsikringsselskabet om dette efter en analogi af FAL §§ 7 og 46, da det angiveligt vil ændre min risikoprofil.

## **5.4.2 Andet**

### **”Kører du motorcykel?”**

#### **Ja/Nej”<sup>74</sup>**

I et speciale fra Danmarks Tekniske Universitet (DTU) er der set på, hvor stor uheldsrisiko motorcyklister har i trafikken ud fra en vurdering af hvor mange kilometer, der bliver kørt på motorcykel. Specialet konkluderer, at det er meget farligere at køre motorcykel, end det er at køre bil. Motorcyklister har hele 38 gange så høj risiko for at komme til skade som bilister pr. kørt kilometer.<sup>75</sup>

Specialet fra DTU er 10 år gammelt, så der er øjensynligt sket forbedringer af sikkerhedsudstyr med videre, men det vurderes, at der ligeledes er sket forbedringer for bilsikkerheden.

Alt andet lige bør det, at forsikringstageren kører motorcykel udgøre en større risiko for forsikringsselskabet, hvorfor det er forståeligt, at forsikringsselskabet ønsker denne information.

---

<sup>74</sup> Stillet i forsikringsbegæringen hos Codan forsikring.

<sup>75</sup> Motorcyklisters risiko. Se afsnit 9.3.

## Kapitel 6 – Doms- og kendelsesanalyse

### 6.1 Kendelsesanalyse

#### 6.1.1 Kendelse nr. 85563 afsagt d. 7. januar 2015 af Ankenævn for Forsikring

##### Resumé

Sagen omhandler en forsikringstager, der er blevet nægtet forsikringsdækning for dennes udbrændte bil. Forsikringsselskabet havde ophævet forsikringstagerens bil-, ulykkes- og dyreforsikring med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet. Dette var sket med henvisning til, at forsikringstageren havde afgivet urigtige risikooplysninger ved forsikringens tegning.

Fra forsikringsselskabets side henvises der til, at forsikringstageren har afgivet urigtige risikooplysninger ved at skrive under på en bekræftelse af nedenstående spørgsmål:

”Når du skriver under nedenfor bekræfter du:

At du eller andre medlemmer af husstanden/foreningen/virksomheden ikke er registreret i Experian A/S (tidligere RKI Kredit Information A/S)

”<sup>76</sup>

...

Af sagen fremgår det endvidere, at forsikringstageren og dennes kæreste boede sammen på en tidligere adresse fra d. 1/11-2010 og frem til d. 6/6-2011, hvor forsikringstagerens kæreste imidlertid blev anholdt og varetægtsfængslet. Vedkommende var fængslet frem til d. 27/4-2012, hvorefter forsikringstageren og dennes kæreste genoptog samlivet.

D. 1/7-2011 flyttede forsikringstageren til en ny adresse. Under hele forløbet havde forsikringstagerens kæreste sin folkeregisteradresse hos forsikringstageren, men modtog post i fængslet. Det fremgår ikke af kendelsen, hvor længe forsikringstageren og den fængslede var kærester under fængslingen, hvorfor den fængslede blot benævnes som kæreste og ikke daværende kæreste eller ekskæreste.

##### Anbringender fra klager/forsikringstager

Ifølge forsikringstageren var denne det eneste medlem af husstanden, idet forsikringstagerens kæreste sad i fængsel. Forsikringstageren oplyser endvidere, at den fængslede ikke modtog post hos denne, og at forsikringstageren ikke var klar over kærestens registrering i Experians RKI-register for dårlige betalere.

Forsikringstageren vurderer selv, at denne har besvaret forsikringsselskabets spørgsmål korrekt. Hvis Ankenævnet for Forsikring kommer frem til det modsatte, vil det, ifølge forsik-

---

<sup>76</sup> Taget direkte fra kendelse nr. 85563 afsagt d. 7. januar 2015 af Ankenævn for Forsikring.

ringstagerens vurdering, være afgivelse af urigtige risikoplysninger i god tro efter FAL § 5. Dertil har forsikringstageren vanskeligt ved at se, hvordan risikoplysningen har betydning for den pågældende skade.

### **Anbringender fra forsikringsselskabet**

Forsikringsselskabet mener, at når en person er tilmeldt en bolig som folkeregisteradresse, så er denne ligeledes medlem af husstanden. Ifølge CPR-lovens § 15 vil et ophold i kriminalforsorgens institutioner ikke medføre en ændring af folkeregisteradressen, medmindre den tilbageholdte anmelder flytning. Dette har forsikringstagerens kæreste ikke gjort, hvorfor forsikringsselskabet mener, at der er afgivet urigtige risikoplysninger.

### **Konklusion**

Ankenævnet for Forsikring udtaler, at ifølge FAL § 6, stk. 1, jf. § 5 er forsikringsselskabet fri for ansvar, hvis forsikringstageren ved uagtsomhed har givet urigtige risikoplysninger ved aftalens indgåelse, og det kan antages, at forsikringsselskabet ikke ville have overtaget den forsikredes risiko, hvis de reelle risikoplysninger havde været oplyst.

Ankenævn for Forsikring fastlægger endvidere, at forsikringstagerens kæreste på aftaletidspunktet var registreret i Experians RKI-register over dårlige betalere. Alligevel bekræftede forsikringstageren, at hverken hende eller andre medlemmer af husstanden var optaget i Experians RKI-register over dårlige betalere.

Ankenævnet for Forsikring påpeger i denne sammenhæng, at begrebet husstand ikke er uddybet i forsikringsselskabets forsikringstilbud, hvilket ville være naturligt med henblik på de strenge retsvirkninger, der er ved at svare forkert på et risikospørgsmål. Flertallet ved Ankenævnet for Forsikring udtaler:

”Flertallet finder, at der under disse omstændigheder består en betydelig usikkerhed om, hvorvidt klagerens daværende kæreste skulle anses for omfattet af klagerens husstand på det tidspunkt, hvor forsikringen blev tegnet. Forsikringsselskabet har derfor ikke godtgjort, at klageren ved uagtsomhed har afgivet urigtige oplysninger ved at skrive under på, at hverken hun eller andre medlemmer af husstanden var registreret i RKI. Forsikringsselskabet har som følge heraf ikke været berettiget til at ophæve klagerens forsikring og afvise dækning for den anmeldte skade med henvisning til, at klageren har afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens tegning.”<sup>77</sup>

Det skal nævnes, at mindretallet har afgivet dissens, da mindretallet finder, at forsikringstageren har afgivet urigtige risikoplysninger.

---

<sup>77</sup> Taget direkte fra kendelsen fra d. 7/1-2015 med sagsnummer 85563.

Kendelser afgjort ved Ankenævn for Forsikring afgøres efter stemmeflertal, hvorfor forsikringsselskabet skal anerkende, at det var uberettiget at annullere forsikringstagerens forsikringer. Herefter skal forsikringsselskabet genoptage sagsbehandlingen vedrørende den anmeldte skade. Derudover skal forsikringsselskabet udbetale skadeserstatningen med tillæg af renter i henhold til FAL § 24.

### **Kendelsesanalyse**

Twisten i denne kendelse opstår på grund af, at forsikringstager og forsikringsselskabet forstår begrebet husstand forskelligt. I kendelsen påpeger Ankenævnet for Forsikring, at begrebet husstand ikke er uddybet i forsikringsselskabets forsikringstilbud, hvilket Ankenævnet for Forsikring anser som naturligt med henblik på de retsvirkninger, som er ved at svare forkert på forsikringsselskabers risikospørgsmål. I dette vurderes det, at Ankenævnet for Forsikring giver et hint om, at kendelsen kunne have fået et andet udfald, hvis forsikringsselskabet havde beskrevet, hvad dette anså som værende en del af en husstand.

## **6.1.2 Kendelse nr. 88410 afsagt d. 2. marts 2016 af Ankenævn for Forsikring**

### **Resumé**

Sagen handler om en forsikringstager, der har autoforsikring hos Codan. Forsikringstageren klager over størrelsen på den erstatning, Codan har udbetalt i anledning af, at forsikringstagerens bil udbrændte d. 28/11-2013. Derudover er forsikringstageren utilfreds med Codans værdiansættelse af forsikringstagerens udbrændte bil. Codan har udbetalt en forholdsmæssig erstatning i henhold til FAL § 6, stk. 2. Codan mener, at forsikringstagerens søn er den faste bruger af bilen, og at forsikringsselskabet ville have udregnet en større forsikringspræmie, hvis denne omstændighed var oplyst på tegningstidspunktet. Imidlertid bestrides det fra forsikringstagerens side, at forsikringstagerens søn var den reelle bruger af bilen. Det bestrides endvidere, at telefonsamtalerne kan bevise forsikringsselskabets påstand. Forsikringsselskabet har angivet værdien af den totalskadede bil til 300.000 kr., men alene udbetalt 150.700 kr. til forsikringstageren.

### **Anbringender fra klager/forsikringstager**

Forsikringstageren mener, at bilens reelle værdi på forsikringsbegivenhedens indtrædelsestidspunkt er 340.000 kr. Forsikringstageren ønsker at få den fulde erstatning på 340.000 kr. for den udbrændte bil. Herudover gøres der indsigelser mod pro rata erstatning, da forsik-

ringstageren påstår, at denne er den reelle bruger af bilen. Det vil bero på forsikringsselskabet at bevise, at der er grundlag for reduceret dækningspligt, og at en anden end den forsikrede var den primære bruger af bilen. Det bestrides fra forsikringstagerens side, at sønnen skulle være den primære bruger af bilen. Det kan hertil oplyses, at bilen i forbindelse med forsikringsbegivenhedens indtræden ikke befandt sig på sønnens adresse.

### **Anbringender fra forsikringsselskabet**

Forsikringsselskabet fremfører, at forsikringstageren løbende har haft to biler forsikret hos forsikringsselskabet. Den udbrændte bil har tidligere haft to skader, og forsikringstagerens søn var fører af bilen ved minimum det ene af de to uheld. I policen har der været indsat en klausul, hvorefter præmien er fastsat med den forudsætning, at bilen alene anvendes til privat personkørsel og undtagelsesvis benyttes af andre end forsikringstageren og dennes samlever.

Forsikringsselskabet oplyser endvidere, at forsikringstagerens søn på aftaleindgåelsestidspunktet var, og fortsat er, registreret i Experians RKI-register. Codan har desuden en lydfil, hvoraf det fremgår, at det er forsikringstagerens søn, som ringer og taler med Codans assurandør. Forsikringstagerens søn spurgte indgående til præmiebetalinger og muligheden for, at der kunne ske ratevis betaling. Forsikringstagerens søn oplyser i samtalen med assurandøren, at bilen blev købt for, at han kunne komme i skole og andre steder og hjælpe til i forsikringstagerens købmandsforretning. Sønnen oplyser endvidere, at han benyttede bilen mere end forsikringstageren, og at raterne for bilen blev betalt fra hans konto. Desuden oplyses det, at forsikringstagerens hustru ikke har et kørekort. Yderligere er det forsikringsselskabets overbevisning, at bilen købes umiddelbart efter forsikringstagerens søn fylder 18 år. Det er først her, at forsikringstageren vælger at anskaffe bil nr. 2.

Værdiansættelse af bilen sker ved kontakt til brancheaktører, hvor forsikringsselskabets taksator har fået oplyst priser på mellem 200.000 og 300.000 kr. for biler af tilsvarende alder og kilometerantal. Desuden har taksatoren søgt tilsvarende bilers priser på nettet.

Med forsikringstagerens søn som den reelle bruger af bilen ville den årlige præmie have udgjort 23.047 kr. Forsikringstageren har alene betalt en forsikringspræmie på 11.792 kr. Hvis bilen antages at have en værdi på 300.000 kr., vil erstatningssummen med en pro rata opgørelse efter FAL § 6, stk. 2 være  $(11.792/23.047) \cdot 300.000 = 153.495$  kr. Herefter skal eventuel selvrisko fratrækkes, hvorfor forsikringsselskabets erstatningsberegninger sandsynligvis stemmer.

## **Konklusion**

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet frem til, at køretøjets primære bruger er klagerens søn, og at forsikringsselskabet, hvis de rette omstændigheder havde været oplyst forsikringsselskabet ved forsikringsaftaleindgåelse, ville have opkrævet en markant højere præmie. Nævnet finder det alment kendt, at præmien for en autoforsikring beregnes ud fra brugerens risikoplysninger. Af denne grund finder forsikringsselskabet, at forsikringstageren burde have oplyst forsikringsselskabet, at bilen primært ville blive benyttet af forsikringstagerens søn. Nævnet kommer frem til, at undladelsen kan tilregnes forsikringstageren som groft uagtsomt.

Nævnet konkluderer slutteligt, at forsikringsselskabet i medfør af FAL §§ 6 og 7 er berettiget til at opgøre erstatningen for den anmeldte totalskade som en forholdsmæssig erstatning efter en pro rata opgørelse. Desuden findes der ikke grundlag for at kritisere forsikringsselskabets værdiansættelse af forsikringstagerens bil.

## **Kendelsesanalyse**

Kendelsen viser, at forsikringsselskabet og Ankenævnet for Forsikring ikke tolererer, at forsikringstager afgiver urigtige risikoplysninger. Kendelsen er et klassisk eksempel på, at forsikringstageren ønsker at tegne forsikring på et køretøj, hvor denne reelt set ikke er primær bruger. Ønsket fra forsikringstageren må være, at forsikringsselskabet skal beregne forsikringspræmien ud fra den mindre risikobetonede profil, som denne udgør. Kendelsen er endvidere et eksempel på, at forsikringsselskabet udnytter den adgang, det får gennem FAL § 6, stk. 2.

### **6.1.3 Kendelse nr. 79042 afsagt d. 27. juni 2011 af Ankenævn for Forsikring**

#### **Resumé**

Forsikringstageren har haft ulykkesforsikring i forsikringsselskabet Alka. Forsikringstageren klager over, at forsikringsselskabet har indsat en knæklausul i forsikringsbetingelserne med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet. Denne inklusion har medvirket, at forsikringsselskabet afviser at yde forsikringsdækning for anmeldt knæskade. Klausulen er indsat, da forsikringsselskabet mener, at forsikringstageren har afgivet urigtige risikoplysninger.

Forsikringstageren anmeldte d. 20. marts 2009, at denne var kommet til skade d. 30. januar 2009. Skaden var opstået ved, at hælen på forsikringstagerens støvle havde sat sig fast i en flise, hvilket resulterede i, at denne faldt forover og slog knæet.

### **Anbringender fra forsikringselskabet**

Forsikringselskabet har til sagens behandling indhentet lægelige oplysninger. Af et lægenotat fra 8. april 1999 fremgår det, at forsikringstageren blev henvist til speciallæge i ortopædkirurgi for undersøgelse af højre knæ. Henvisningen er foranlediget af, at forsikringstageren har oplevet smerter i knæleddet i forbindelse med vrid. Ved den ortopædkirurgiske undersøgelse konstateredes det, at forsikringstageren havde en meniscyste lateralt i knæleddet, hvorfor forsikringstageren undergik operation i marts 1999. Forsikringselskabet mener imidlertid ikke, at dette er blevet oplyst op ved aftaleindgåelse.

Forsikringselskabet meddelte forsikringstageren d. 22. april 2010, at hvis vedkommende havde givet de rette helbredsoplysninger, ville forsikringselskabet kun have tilbudt forsikring med klausul for højre knæ, jf. FAL § 6, stk. 2. Af denne grund afviste forsikringselskabet at yde erstatning for forsikringstagerens knæskade.

### **Anbringender fra forsikringstageren**

Forsikringstageren mener, at denne ikke skulle nævnt knæoperationen i helbredsoplysningskemaet, da dette er mere end 10 år siden. Endvidere mener forsikringstageren, at der alene var tale om en bruskeoperation på menisken, hvilket denne har et lægenotat på.

### **Konklusion**

Nævnets konklusion er, at forsikringstageren har afgivet urigtige risikooplysninger, da denne ikke har oplyst om knæoperationen i 1999, hvilket anses som værende uagtsomt. Nævnet finder det bevist, at forsikringselskabet ikke ville have indgået forsikringsaftale uden en knæklausul, hvis dette havde fået oplyst de korrekte risikooplysninger. Ud fra dette er der ikke grundlag for at kritisere, at forsikringselskabet, med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet, har indføjet klausulen og afvist at yde forsikringsdækning for skaden.

### **Kendelsesanalyse**

Kendelsen viser, som i forrige kendelse, at forsikringselskabet og Ankenævnet for Forsikring ikke tolererer, at forsikringstager giver urigtige risikooplysninger, når disse indgår en aftale om ulykkesforsikring. Kendelsen viser endvidere, hvorledes forsikringselskaberne kan bruge ændringsadgangen i FAL § 6, stk. 2, når forsikringstageren har afgivet urigtige risikooplysninger eller efter FAL § 7 undladt at oplyse forsikringselskabet om essentielle oplysninger til dets risikoberegning.

## 6.2 Domsanalyse

### 6.2.1 U.2006.1732H

Dommen er medtaget, da det er en Højesteretsdom, og fordi spørgsmålene ligeledes kunne være fremsat i en forsikringsbegæring ved ulykkesforsikring.

#### Resumé

I 1992 tegnede A en invalideforsikring hos et forsikringsselskab. I sin besvarelse af forsikringsbegæringen svarede forsikringstageren benægtende på, at denne havde været undersøgt og/eller behandlet af læge med videre. Herved undlod denne at give oplysninger om et vagtlægebesøg i oktober 1991 og en lægeundersøgelse i november 1991. Besøget hos vagtlægen skyldtes, at forsikringstageren havde oplevet et voldsomt angstanfald, og i tiden frem mod lægeundersøgelsen havde oplevet yderligere anfald. I 1995 fik forsikringstageren konstateret panikangst, hvorfor denne i 2001 anmodede om udbetaling af invaliderente i henhold til forsikringen. Forsikringstageren har besvaret følgende risikospørgsmål benægtende:

Spørgsmål 1: ”Har De nogensinde været syg eller sygemeldt af anden årsag end ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsetilfælde?”<sup>78</sup>

Spørgsmål 2: ”Har De i øvrigt inden for de sidste 10 år været undersøgt og/eller behandlet af læge (herunder speciallæge), kiropraktor, fysioterapeut eller naturlæge?”<sup>79</sup>

Følgende spørgsmål er modsat ovenstående besvaret med ”ja”:

Spørgsmål 3: ”Er De fuldstændig rask?”<sup>80</sup>

Spørgsmål 4: ”Er De fuldt arbejdsdygtig?”<sup>81</sup>

Ved at skrive under på helbredserklæringen erklærer forsikringstageren endvidere, at besvarelser og risikooplysninger er givet i overensstemmelse med sandheden. Derudover erklærer forsikringstageren, at denne er bekendt med, at urigtige oplysninger og fortielser kan resultere i, at erstatning kan blive nedsat eller helt frafalde. Helbredserklæringen blev udfyldt ved, at assurandør Leif Jensen læste forsikringsbegæringen højt og afkrydsede forsikringstagerens svar på begæringen.

---

<sup>78</sup> Taget direkte fra dommen U.2006.1732H.

<sup>79</sup> Taget direkte fra dommen U.2006.1732H.

<sup>80</sup> Taget direkte fra dommen U.2006.1732H.

<sup>81</sup> Taget direkte fra dommen U.2006.1732H.



### **Anbringender fra forsikringstageren**

Forsikringstageren påstår, at denne har oplyst assurandør Leif Jensen om lægebesøgene. Herved er forsikringsselskabet bekendt med, at en benægtende besvarelse måtte være ukorrekt. Af denne grund kan den urigtige oplysning ifølge FAL § 9 ikke gøres gældende.

Forsikringstageren finder endvidere, at spørgsmålet om tidligere lægebesøg ikke kun skal forstås ud fra en objektiv ordlyd, men at forsikringstageren er givet et subjektivt skøn, således at kun relevante lægebesøg skal anføres i helbredserklæringen. Yderligere påstår forsikringstageren, at denne var fuldt arbejdsdygtig ved forsikringsaftaleindgåelse.

Slutteligt anfører forsikringstageren, at forsikringsselskabet ikke har løftet bevisbyrden for, at dette ikke ville have antaget forsikringen, hvis lægebesøgene var oplyst.

### **Anbringender fra forsikringsselskabet**

Forsikringsselskabet påstår, at Leif Jensen ikke har fået oplyst, at forsikringstageren havde gennemgået lægebesøg, hvorfor forsikringsselskabet finder, at forsikringen er opsagt med rette, da forsikringstageren har opgivet urigtige risikooplysninger, jf. FAL § 6, stk.1. Forsikringsselskabet mener, at korrekt besvarelse af spørgsmål 1 og 2 ville have medført, at forsikringsselskabet ville have indhentet yderligere helbredsoplysninger, hvilket ville medføre, at ønsket om invalideforsikringen var blevet afslået.

### **Konklusion**

Højesteret finder det ubestridt, at forsikringstageren har afgivet urigtige oplysninger ved sin benægtende besvarelse af spørgsmål 2. Ved afgørelsen af om forsikringstageren har handlet uagtsomt, må der efter rettens opfattelse lægges vægt på, at de to spørgsmål er bredt formulerede. Ved anvendelse af den brede formulering overlades det til forsikringstageren at skønne hvilke oplysninger, som er relevante.

Højesteret tiltræder landsrettens vurdering af, at forsikringstager hverken vidste eller burde vide, at denne var syg og uarbejdsdygtig, da dette var blevet konkluderet af forsikringstagerens praktiserende læge. Af denne grund antages det, at forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at besvarelsen af spørgsmålene objektivt var forkert. Ved de urigtige besvarelser af spørgsmål 3 og 4 hæfter forsikringsselskabet som om, at de urigtige oplysninger ikke forelå, jf. FAL § 5.

I forhold til besvarelsen af spørgsmål 1 og 2 har forsikringstageren ifølge Højesteret ikke udvist uagtsomhed, hvorfor forsikringsselskabet ikke kan fritages for at yde erstatning i medfør af FAL § 6, stk.1 sammenholdt med § 5.

## Domsanalyse

I denne dom er den afgørende bestemmelse FAL § 6, stk. 1. Spørgsmål 1 og 2 er meget bredt formulerede, og størstedelen af den danske befolkning har angiveligt på et tidspunkt været syg eller blevet undersøgt og/eller behandlet af en læge inden for de seneste 10 år. Det er bemærkelsesværdigt, at Højesteret mener, at de brede formuleringer i spørgsmål 1 og 2 giver forsikringstageren ret til at skønne, hvilke oplysninger denne finder relevant for forsikrings-selskabet.

Forsikringsselskabet forstår at oplyse forsikringstageren om hvilke konsekvenser, der er ved, at denne afgiver urigtige risikoplysninger. Derudover er det godt, at forsikringsselskabet afsætter midler til at hjælpe forsikringstagere, der har svært ved at læse og/eller forstå forsikringsselskabernes risikospørgsmål. Det er på den anden side uheldigt, at der opstår uenighed om, hvorvidt der er afgivet essentielle risikoplysninger til forsikringsselskabet.

### 6.2.2 U.2012.1031Ø

#### Resumé

A og B tegnede i oktober 2007 en familie- og bilforsikring i If skadeforsikring (herefter If). I forbindelse med aftaleindgåelsen var blandt andet blevet stillet følgende spørgsmål:

*Spørgsmål 1:* ”Har du/I tidligere fået afslag eller blevet opsagt af et andet forsikringsselskab?”

*Spørgsmål 2:* ”Har du/I tidligere fået tvungen højere præmie/selvrisiko i andet forsikringsselskab indenfor de sidste 3 år?”

*Spørgsmål 3:* ”Er du/I restance i tidligere selskab?”

*Spørgsmål 4:* ”Hvor mange skader har du/I haft de sidste 3 år?”<sup>82</sup>

Disse risikospørgsmål er besvaret af forsikringstageren med 1) Nej, 2) Nej, 3) Nej og 4) 0.

I julen 2007 fik A og B stjålet og ødelagt indbo i deres hjem, hvorfor de til forsikringsselskabet anmeldte et erstatningskrav på ca. 500.000 kr. I anledning af erstatningskravet kontaktede IF Bs tidligere forsikringsselskab Codan og fik i den forbindelse oplyst, at B i 2007 havde haft tre skader på sin bil, og at han skyldte Codan ca. 9.000 kr. På grund af disse oplysninger valgte IF at opsigte forsikringerne med virkning fra ikrafttrædelsestidspunktet efter FAL § 4-6.

#### Anbringender fra forsikringsselskabet

Assurandør hos If skadeforsikring, Kenneth Nielsen, er overbevist om, at han ikke fik oplysninger omkring Bs tidligere skader i Codan. I tilfælde af restance til andre forsikringsselskaber er det Ifs interne politik ikke at indgå forsikringsaftale, før restancen er betalt.

---

<sup>82</sup> De fire spørgsmål er taget direkte fra dommen U.2012.1031Ø.

If gør gældende, at A og B har afgivet urigtige risikoplysninger i forhold til besvarelsen af ovenstående spørgsmål 1-4.

### **Anbringender fra forsikringstageren**

Forsikringstagerne oplyser, at den ene af skaderne på Bs bil ikke havde belastet Codan, da modpartens forsikringsselskab havde betalt for skaderne på Bs bil. Af denne grund ville der ikke have været problemer med antallet af skader, da B så kun havde haft to skader. B argumenterer endvidere for, at der for gælden til Codan er indgået en afbetalingsordning, hvor betalingerne er overholdt. B er sikker på, at han informerede assurandør Kenneth Nielsen om, at han havde fået stjålet en Audi A3, og at han havde en afdragsordning vedrørende gælden til Codan.

A og B gør i det væsentligste gældende, at If uberettiget har opsagt forsikringerne, og at A og B ikke har handlet svigagtigt eller fortiet oplysninger, jf. FAL § 4. Endvidere findes det ikke bevist, at IF ikke ville have tegnet forsikringen, hvis det havde fået de korrekte oplysninger, jf. FAL § 6.

### **Udtalelser for retten**

Jeanne Hoeing, der har været ansat i If, udtaler, at hvis der var blevet oplyst to skader ved spørgsmål 4, ville forsikringen være antaget af If.

### **Konklusion**

Byretten vælger at frifinde If, da det findes bevist, at A og B svigagtigt har afgivet urigtige risikoplysninger, jf. FAL § 4. Østre Landsret finder efter en naturlig sproglig fortolkning af spørgsmål 4, at det ikke kan tilregnes B som uagtsomt, når han undlod at give oplysning om den ikkebelastende skade. Yderligere mener Østre Landsret på grund af udtalelsen fra Jeanne Hoeing, at forsikringen ville være antaget, selv om der var oplyst to skader ved tidligere forsikringsselskab.

Ud fra ovenstående findes If uberettiget at have været opsagt A og Bs familieforsikring med tilbagevirkende kraft til tegningsdatoen. Af denne grund er If forpligtiget til at dække A og Bs tab i forbindelse med indbruddet i julen 2007.

### **Domsanalyse**

Dommen viser, at forsikringsselskabet kun er fri for ansvar, hvis dette ikke ville have antaget forsikringen med de korrekte risikoplysninger. Dommen viser imidlertid, at det er forsik-

ringsselskabet, der skal sandsynliggøre, at dette ikke ville have antaget forsikringen, hvis det havde været i besiddelse af de rigtige risikoplysninger. Det er endvidere værd at bemærke, at risikospørgsmålene er lidt upræcise, hvilket resulterer i, at retten fortolker på spørgsmålene.

## Kapitel 7 – Diskussion

I dette kapitel er det valgt at diskutere de problemstillinger, som er opstået ved udarbejdelsen af specialet.

### FAL § 7

Specialets hovedemne har været FAL § 7 og bestemmelsens indvirkning på forsikringsselskabernes risikospørgsmål. Gennem analysen i kapitel 5 har specialet gentagne gange belyst problematikken for forsikringsselskaberne, der angiveligt ikke får de oplysninger, som var tiltænkt med de stillede risikospørgsmål. Det har siden 1993 været fastholdt af teoretikere inden for forsikringsretten, at forsikringstageren alene har en svarpligt efter FAL § 7, når forsikringsselskabet bruger en forsikringsbegæring til at risikovurdere forsikringstageren.<sup>83</sup>

Det kan diskuteres, hvorvidt ovenstående kun er til stede i den teoretiske del af forsikringsretten. Det, der taler for, at ovenstående blot findes i teorien er, at det ikke har været muligt at finde domme, kendelser med videre, som kan understøtte dette teoretiske postulat. Det, som taler imod, at ovenstående alene findes i teorien er, at teoretikere nu som i 1993 mener, at forsikringstageren kun har en svarpligt, når forsikringsselskabet benytter forsikringsbegæring. Umiddelbart findes det derfor problematisk at konstatere entydigt om forsikringstageren har en svarpligt eller ej, når forsikringsselskaberne anvender forsikringsbegæring til risikovurderingen af forsikringstageren. På den ene side må der være noget, som får teoretikerne til at postulere, at der udelukkende er en svarpligt for forsikringstageren. På den anden side er den teoretiske diskussion ikke brugt som argument af forsikringstagere eller deres advokater, når tvister mellem forsikringstagere og forsikringsselskaber afgøres i Ankenævnet for Forsikring eller ved landets domstole.

### Forskellen på ulykkes- og autoforsikring i forhold til FAL § 7

Umiddelbart vurderes det, at oplysningspligten i FAL § 7 er den samme upåagtet af, om der tegnes ulykkes- eller autoforsikring. Der er dog omstændigheder, som kan svække eller styrke forsikringstagerens oplysningspligt. Ved forsikringsaftaleindgåelse er der nogle generelle oplysninger jf. afsnit 5.2.1, der er essentielle for forsikringsselskabet ved stort set alle forsikringstyper. Hertil kan tilføjes oplysninger omkring forsikringstagerens betalingsdygtighed,

---

<sup>83</sup> Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, kapitel 9.5 side 171-172; C.C Munksgaard, side 92; Ivan Sørensen, kapitel 3 side 90.

altså om denne er optaget i Experians RKI-register, skylder penge eller lignende. Oplysningspligten efter FAL § 7 er ved disse oplysninger ens ved ulykkes- og autoforsikring. Igennem indhentelse og besvarelse af forsikringsselskabernes risikospørgsmål ved ulykkes- og autoforsikring har der været flere oplysninger, der skulle afgives ved autoforsikring. Dette skyldes angiveligt det faktum, at forsikringsselskaberne har indføjet aftalevilkår ved ulykkesforsikring, der gør, at forsikringsselskabet ikke har brug for forsikringstagerens helbredsoplysninger til risikoberegningen af denne. Ved autoforsikring er oplysningspligten især tilstede, når forsikringstageren skal afgive oplysninger vedrørende brugsmønster af bilen, skader og anciennitet. Hos de fire forsikringsselskaber indebærer oplysningspligten i FAL § 7 ved ulykkesforsikring alene, at forsikringstageren skulle oplyse nuværende beskæftigelse og eventuel ændring af denne i forsikringstiden. Ud fra dette kan det altså udledes, at der er visse forskelle i oplysningspligten ved ulykkes- og autoforsikring.

### **Forsikringstagerens sygdomshistorik**

I nærværende afsnit vil det blive diskuteret, hvorfor forsikringsselskaberne ikke spørger ind til forsikringstagerens sygdomshistorik som led i risikovurderingen til en ulykkesforsikring. Der vil endvidere blive argumenteret for, hvorfor forsikringsselskaberne burde spørge ind til emnet samt hvilke begrænsninger, der samtidig kan være i denne forbindelse.

Ved indsamlingen af forsikringsselskabernes risikospørgsmål undredes jeg over, hvorfor de ikke rekvirerede mine helbredsoplysninger. Af denne grund blev forsikringsselskabets forsikringsvilkår undersøgt.

Grunden til at forsikringsselskabet ville ønske informationer omkring mine helbredsoplysninger kunne være, at forsikringsselskaberne ville tilføje specielle vilkår med videre, hvis jeg for eksempel manglede synet på det ene øje. Dette er ifølge den vejledende méntabel 20 % mén, mens total blindhed er 100 % mén. Derfor vil den potentielle erstatning blive højere, hvis forsikringstageren allerede var blind på et øje, når denne vil indgå forsikringsaftale. Af denne grund er det valgt at granske Topdanmarks forsikringsvilkår ved ulykkesforsikring. I forhold til hvilke skader forsikringen ikke dækker, kategoriseres det efter A) sygdom, B) forværring af følger og C) nedslidning og overbelastning.<sup>84</sup>

Med ovenstående vilkår ønsker forsikringsselskabet angiveligt at nulstille forsikringstagerens sygdomshistorik, når denne indgår forsikringsaftale med forsikringsselskabet. Med dette vilkår er det ligegyldigt for forsikringsselskabet, om forsikringstageren har en sygdomshistorik,

---

<sup>84</sup> Bilag 5. Se afsnit 10.5.

at sygdomshistorikken forværres eller at forsikringstageren er nedslidt. Det kan diskuteres, hvorvidt det er etisk korrekt af forsikringsselskabet at indsætte vilkåret. På den ene side vil indsættelse af vilkår som dette i høj grad sænke sandsynligheden for, at forsikringsselskaberne kommer til at yde forsikringsdækning, og mindsker ligeledes størrelsen heraf. Desuden er det vanskeligt for personer med lang sygdomshistorik og stor nedslidning at få kompensation for deres reelle skade. Grunden til dette er, at følger af ulykkestilfælde, som skyldes forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse ikke er dækket af forsikringen. Hertil dækkes forværring af et ulykkestilfældes følger ikke, når det skyldes forudbestående sygdom, sygdomsanlæg og lidelse. På den anden side er forsikringsselskaberne private virksomheder, hvor formålet er at generere overskud for virksomhedens aktionærer. Derudover vil præmien på ulykkesforsikring blive høj, hvis forsikringsselskaberne ikke kunne indføre vilkår som ovenstående. Grunden til dette er, at risikoen er højere for forsikringsselskabet, hvis dette skal dække forværring af forudbestående sygdomme, lidelser mv. Umiddelbart er det forståeligt fra forsikringsselskabet synspunkt, at disse tilføjer de pågældende vilkår i ulykkesforsikringer. Endvidere vil meget høje forsikringspræmier på ulykkesforsikring gøre, at en stor del af den danske befolkning sandsynligvis ikke vil have råd til at tegne ulykkesforsikring.

Forsikringsselskaberne skal holde FAL § 3a for øje, da indholdet i denne bestemmelse tilsiger, at forsikringsselskaber ikke må gøre brug af oplysninger, som kan belyse forsikringstagerens arveanlæg og risiko for at udvikle eller pådrage sig sygdomme. Af denne grund gælder vilkåret alene for sygdomme og lidelser, der er konstateret forud for forsikringens tegning.

I det følgende vil det blive diskuteret om forsikringsselskaberne bør spørge ind til forsikringstagerens kørselsadfærd med videre.

### **Klip i kørekortet**

Det vakte undren, at forsikringsselskabet ikke ønskede oplysninger om, hvorvidt jeg som forsikringstager tidligere har fået fartbøder, klip i kørekortet og lignende. Relevansen af disse oplysninger vil blive diskuteret i det nedenstående.

Der er mange omstændigheder, som kan give bilisten klip i kørekortet og som ligeledes, alt andet lige, må forøge forsikringsselskabernes risiko. Føreren af bilen får blandt andet et klip ved øget fart i forhold til det påbudte, hvilket er en af de omstændigheder, der øger risikoen for uheld signifikant. En stigning i gennemsnitshastigheden på 10 % på en vejstrækning resulterer i, at risikoen for personskadeuheld stiger med 20 %, risikoen for alvorlige personskadeuheld stiger med 30 % og risikoen for antal af trafikdræbte stiger med 40 %. Endvidere er der

20 gange større risiko for, at en kollision resulterer i et trafikdrab, når begge biler kører 80 km/t, end når begge biler kører 30 km/t.<sup>85</sup>

Det, der taler for, at forsikringsselskaberne bør indhente oplysninger vedrørende forsikringstagerens kørselsadfærd, er, at det kan give forsikringsselskabet et bedre grundlag for at udregne en mere præcis forsikringspræmie, der svarer til den risiko forsikringsselskabet overtager ved forsikringsaftaleindgåelse. Det, der taler imod, at forsikringsselskaberne bør indhente oplysninger vedrørende forsikringstagerens kørselsadfærd, er, at det umiddelbart vurderes, at det kan blive vanskeligt for forsikringsselskaberne at indhente og undersøge de afgivne oplysninger. Ud fra ovenstående diskussion vurderes det, at forsikringsselskabet som minimum bør overveje, om det skal inkludere risikospørgsmål, som vedrører forsikringstagerens kørselsadfærd.

### **Vurdering og kritik af anvendt metode**

I dette afsnit vil den anvendte metode blive diskuteret. Som en begrænsning for projektets anvendte metode kan nævnes, at specialet har taget afsæt i mundtlige samtaler, der ikke er blevet optaget. Det er derfor ikke muligt at gengive de eksakte formuleringer, fraset hvad der er blevet nedskrevet undervejs i samtalerne. Det er en udtalt begrænsning, fordi det er blevet udvalgt, hvad der i det øjeblik blev vurderet som værende relevant.

For at øge gengivelsesmulighed (reliabilitet) og gennemsigtighed i projektet kunne man have grebet det an på en anden måde – for eksempel ved at formulere og udsende spørgeskemaer til de udvalgte forsikringsselskaber. Et skriftligt udarbejdet materiale havde formentlig medført en mere fyldestgørende og generel viden omkring risikospørgsmålene. På den anden side er styrken ved en samtale, at måden hvorpå risikospørgsmålene bliver formuleret, i høj grad opstår i det øjeblik samtalen finder sted. Her bør dog tages det forbehold, at assurandørerne angiveligt har et manuskript at gå ud fra som ramme for samtalerne. Var der blevet udsendt et spørgeskema, ville det formentlig være endt på et højere niveau end hos den gennemsnitlige assurandør for at sikre, at der ikke opstår negativ omtale for forsikringsselskabet. Desuden bør nævnes, at en del af det interessante forud for udarbejdelsen af specialet netop var denne diskrepans, der foregår mellem det mundtlige, forsikringsamtalen, og det skriftlige, forsikringsbegæringen, i forbindelse med en risikovurdering. Forskellen mellem det mundtlige og skriftlige ville ikke kunne vurderes, hvis forsikringsselskaberne var blevet bedt om at formulere deres mundtlige spørgsmål på skrift i forbindelse med et spørgeskema.

---

<sup>85</sup> Sammenhæng mellem hastighed og uheld. Se afsnit 9.2.



Det kan konkluderes, at på trods af kritikpunkter af den anvendte metode, er det derfor den metode, som vurderes til at være mest hensigtsmæssig. Det havde dog været fordelagtigt at optage samtalerne med henblik på at optimere gennemsigtigheden og reliabiliteten i projektet. Umiddelbart ville jeg i så fald være nødsaget til at bede om lov til at optagere samtalen, hvilket ville have givet anledning til uvæsentlige spørgsmål og forsigtighed fra assurandøren.

## Kapitel 8 - Konklusion

### FAL § 7

Som grundlag for konklusionen genopfriskes den fremsatte problemformulering:

*Hvorledes håndterer forsikringsselskaberne den teoretiske diskussion om FAL § 7, og hvordan påvirker dette udformningen af forsikringsselskabernes risikospørgsmål, når der anvendes forsikringsbegæring?*

Analysen af forsikringsselskabernes risikospørgsmål har givet det indtryk, at forsikringsselskaberne ikke er bekendt med den forskel, der teoretisk er, når dette benytter forsikringssamtale eller forsikringsbegæring til risikovurderingen af forsikringstager. Af ovenstående kan det konkluderes, at forsikringsselskaberne angiveligt ikke får tilstrækkelige oplysninger til at lave en præcis risikoberegning på forsikringstageren, når disse alene benytter forsikringsbegæring til at indhente risikooplysninger hos forsikringstageren. Dette er på grund af, at forsikringstageren efter FAL § 7 sandsynligvis kun har en svarpligt, når forsikringsselskabet benytter forsikringsbegæring. Ved indhentelse af risikospørgsmål fra forsikringsselskaberne er det blevet klart, at FAL § 7 ikke påvirker udformningen af forsikringsselskabernes risikospørgsmål.

### Udformningen af forsikringsselskabernes risikospørgsmål

Udformningen af forsikringsselskabernes risikospørgsmål har stor indflydelse på, hvordan forsikringstagerne opfatter og besvarer disse. Af denne grund er det væsentligt, at forsikringsselskaberne stiller simple og uomtvistelige spørgsmål, hvormed der er lav risiko for, at forsikringstageren misforstår hele eller dele af risikospørgsmålet – herunder begreber, som er tvetydige. Umiddelbart vurderes det, at forsikringsselskaberne generelt stiller simple og uomtvistelige spørgsmål, men der anvendes begreber, der kan have forskellige betydninger alt efter hvem, som læser disse. For eksempel begrebet *husstand* – dette begreb har flere afgrænsninger, og det er forskelligt, hvordan den enkelte person afgrænser sin husstand. Begrebet husstand blev anvendt i kendelse nr. 85563 afsagt d. 7. januar 2015 af Ankenævn for Forsikring. I kendelsen er der ifølge nævnets flertal en betydelig usikkerhed om afgrænsningen af forsikringstagerens husstand. Derfor har forsikringsselskabet ikke været berettiget til at ophæve forsikringstagerens forsikring og afvise dækning for den udbrændte bil. Nævnet påpeger yderligere, at begrebet husstand ikke er uddybet i forsikringsselskabets forsikringstilbud, og at dette ville være naturligt med henblik på de strenge retsvirkninger, der er ved at svare forkert på et risikospørgsmål. Dommen U.2006.1732H viser spørgsmål, der er meget brede. Højesteret finder spørgsmålene i forsikringsbegæringen så bredt formulerede, at dette overlader et

skøn til forsikringstageren om, hvad denne anser som relevante risikooplysninger for forsikringsselskabet.

Konklusionen på risikospørgsmålene og deres udformning er, at forsikringsselskaberne skal forsøge at uddybe tvetydige spørgsmål, delspørgsmål og begreber i deres forsikringsbegæring og forsikringssamtaler. På denne måde mindsker forsikringsselskaberne risikoen for, at deres ophævelse af forsikringstagerens forsikring(er) anses som uberettiget, da uddybelsen giver forsikringstageren en bedre mulighed for at forstå og besvare forsikringsselskabernes risikospørgsmål korrekt.

Med afsæt i ovenstående har specialet endvidere undersøgt, hvorvidt forsikringsselskaberne tager hensyn til forsikringstagerens eventuelle uvidenhed og underlegenhed, når forsikringsselskaberne udarbejder risikospørgsmål. Overordnet set er forsikringsselskaberne gode til at stille simple spørgsmål, der angiveligt kan forstås og besvares af majoriteten af den danske befolkning. Ved at ekspliciterer spørgsmål og begreber tydeliggøres det, at forsikringsselskaberne tager hånd om forsikringstageren og dennes eventuelle uvidenhed og underlegenhed i forhold til forsikringsselskaberne. Derudover vil dette angiveligt mindske forekomsten af urigtige risikooplysninger i god tro fra forsikringstagerens side efter FAL § 5.

Igennem analysen af domme og kendelser kan det konkluderes, at forsikringsselskaberne i høj grad bruger muligheden i FAL § 6, stk. 2 til at nedsætte forsikringstagerens erstatningskrav.

Kendelse nr. 88410 fra d. 2. marts 2016 er et eksempel på, hvorledes forsikringsselskabet ifølge FAL § 6, stk. 2 kan gøre brug af pro rata nedskrivelse af erstatningen, når der er afgivet urigtige risikooplysninger. Kendelse nr. 79042 fra d. 27. juni 2011 er endnu et eksempel på, hvordan forsikringsselskaberne ifølge FAL § 6, stk. 2 kan indføje klausuler i forsikringen med tilbagevirkende kraft, hvis forsikringstageren har afgivet urigtige risikooplysninger eller undladt at give oplysninger i overensstemmelse med FAL § 7.

Dommen U.2012.1031Ø er et eksempel på, at forsikringsselskabet i forhold til opsigelse af forsikringsaftale efter FAL § 6, stk. 1 skal sandsynliggøre, at det ikke ville have antaget forsikringen, hvis det havde været bekendt med de korrekte risikooplysninger. Dette formår forsikringsselskabet ikke, hvorfor dette ikke har været berettiget til at opsigelse forsikringerne med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet.

Specialet har ikke kunnet vurdere, hvorledes forsikringsselskaberne håndterer den teoretiske diskussion om FAL § 7, da disse angiveligt ikke er bekendt med denne teoretiske forskel, når der alene anvendes forsikringsbegæring til at indsamle risikooplysninger. Det er imidlertid fundet nødvendigt, at forsikringsselskaberne ekspliciterer essentielle begreber.

## Kapitel 9 – Litteraturliste

### 9.1 Bøger

Henning Jønson og Lisbeth Kjærgaard, Dansk Forsikringsret, Jurist og økonomforbundets forlag, 2012, 9. udgave.

Ivan Sørensen, Forsikringsret, Jurist og økonomforbundets forlag, 2015, 6. udgave.

C.C. Munksgaard Nielsen, Forsikringsjura, Forsikringshøjskolens forlag, 1993, 4. udgave.

Udkast til lov om forsikringsaftaler udarbejdet af den ved kgl. Resolution af 6. Februar 1919 nedsatte kommission.

### 9.2 Artikler og vejledninger

#### **Vejdirektoratet: Kønsforskelle i trafikulykker:**

[http://www.vejdirektoratet.dk/DA/viden\\_og\\_data/publikationer/Lists/Publikationer/Attachments/885/k%C3%B8nsforskelle\\_i\\_trafikulykker\\_web.pdf](http://www.vejdirektoratet.dk/DA/viden_og_data/publikationer/Lists/Publikationer/Attachments/885/k%C3%B8nsforskelle_i_trafikulykker_web.pdf)

Set 4/5-2017.

#### **Beskæftigelsesministeriets vejledning om boligstøtte:**

<http://www.statensnet.dk/pligtarkiv/fremvis.pl?vaerkid=9116&repid=0&filid=11>

Set 4/5-2017.

#### **Den vejledende méntabel:**

Udarbejdet og udgivet af arbejdsskadestyrelsen 1. Januar 2012, 1. Udgave.

<http://aes.dk/upload/ASK/pdf/Tabeller/Mentabel-web-20112012.pdf#page=28>

Set 4/5-2017.

#### **Sammenhæng mellem hastighed og uheld:**

Udarbejdet og udgivet af Allan Lykke, 2010.

[http://orbit.dtu.dk/fedora/objects/orbit:32982/datastreams/file\\_5894739/content](http://orbit.dtu.dk/fedora/objects/orbit:32982/datastreams/file_5894739/content)

Set 4/5-2017.

#### **Ulykker og personskader 2015 fordelt på kommuner:**

[http://www.vejdirektoratet.dk/DA/viden\\_og\\_data/statistik/ulykkestal/%C3%85rsstatistik/Documents/Uheld%202015%20p%C3%A5%20kommuner.pdf](http://www.vejdirektoratet.dk/DA/viden_og_data/statistik/ulykkestal/%C3%85rsstatistik/Documents/Uheld%202015%20p%C3%A5%20kommuner.pdf)

Set 8/5-2017.

### 9.3 Hjemmesider

#### **Skat:**

<https://skat.dk/SKAT.aspx?oId=1948729>

Set 8/5-2017.

#### **Nordic Info Group:**

<http://www.eqt.se/Investments/Divestments/Nordic-Info-Group/>

Set 8/5-2017.

**Himmerland Forsikring:**

<http://www.himmerland-forsikring.dk/>

Set 8/5-2017.

**Topdanmarks forsikringsvilkår ved ulykkesforsikring (udvidet version):**

Findes på hjemmesiden <https://www.topdanmark.dk/forsikringer/ulykkesforsikring/>

Set 4/5-2017.

**Statistik fra brancheorganisationen forsikring og pension:**

[http://www.forsikringogpension.dk/presse/Statistik\\_og\\_Analyse/statistik/forsikring/markedsandele/Sider/Syge\\_ulykkesforsikring\\_Kvartalsvise\\_markedsandele.aspx](http://www.forsikringogpension.dk/presse/Statistik_og_Analyse/statistik/forsikring/markedsandele/Sider/Syge_ulykkesforsikring_Kvartalsvise_markedsandele.aspx)

[http://www.forsikringogpension.dk/presse/Statistik\\_og\\_Analyse/statistik/forsikring/markedsandele/Sider/Motorforsikring\\_kasko\\_Kvartalsvise\\_markedsandele.aspx](http://www.forsikringogpension.dk/presse/Statistik_og_Analyse/statistik/forsikring/markedsandele/Sider/Motorforsikring_kasko_Kvartalsvise_markedsandele.aspx)

Set 4/5-2017.

**Trafiktypen:**

<http://www.trafiktypen.dk/bil>

Set 4/5-2017.

**Motorcyklisters risiko:**

<http://www.trafiksikkerhedsforskning.dtu.dk/arkiv/nr-12/motorcyklisters-risiko>

Set 4/5-2017.

**Klip i kørekortet:**

<https://www.sikkertrafik.dk/raad-og-viden/i-bil/klip-i-koerekortet>

Set 4/5-2017.

**Dræbte og tilskadedekomne fordelt på køn og alder, 2009-2012:**

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Y0Rzk6-7dgoJ:www.vejdirektoratet.dk/DA/viden\\_og\\_data/statistik/ulykkestal/Documents/Tabeller%2520som%2520bilag%2520til%2520k%25C3%25B8nsrapporten%2520opdateret.docx+%&cd=1&hl=da&ct=clnk&gl=dk](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Y0Rzk6-7dgoJ:www.vejdirektoratet.dk/DA/viden_og_data/statistik/ulykkestal/Documents/Tabeller%2520som%2520bilag%2520til%2520k%25C3%25B8nsrapporten%2520opdateret.docx+%&cd=1&hl=da&ct=clnk&gl=dk) (Dette er HTML udgaven af filen)

Set 4/5-2017.

**9.4 Domme**

U.2006.1732H

U.2012.1031Ø

**9.5 Kendelser**

Kendelse nr. 85563 afsagt d. 7. januar 2015 af ankenævn for forsikring

Kendelse nr. 88410 afsagt d. 2. marts 2016 af ankenævn for forsikring

Kendelse nr. 79042 afsagt d. 27. juni 2011 af ankenævn for forsikring

## Kapitel 10 – Bilag

### 10.1 Bilag 1

#### Markedsandele for syge- og ulykkesforsikring<sup>86</sup>

Topdanmark	11,5 %
Codan	5 %
Himmerland Forsikring	0,3 %
Thisted Forsikring	0,3 %

#### Markedsandele for autoforsikring<sup>87</sup>

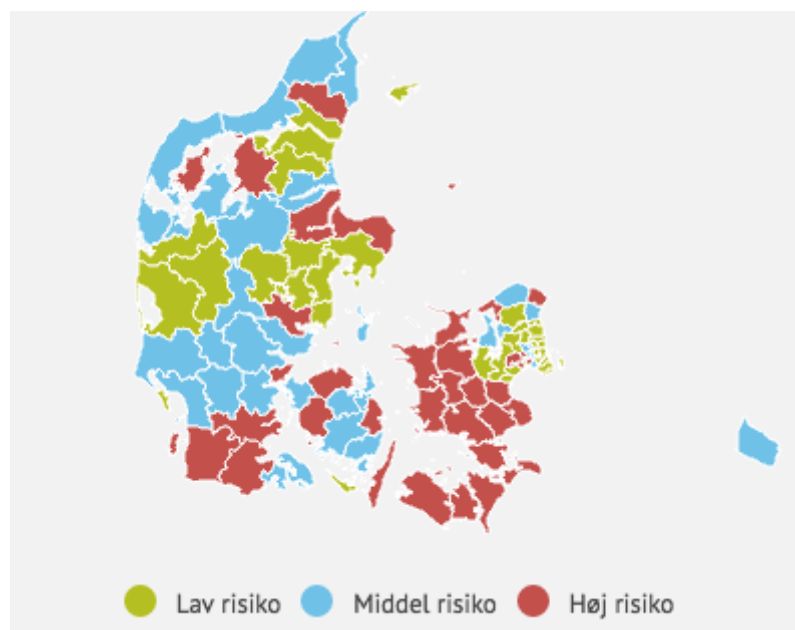
Topdanmark	17,8 %
Codan	10,8 %
Himmerland Forsikring	0,7 %
Thisted Forsikring	0,8 %

### 10.2 Bilag 2

Dræbte og tilskadekomne fordelt på køn og alder, 2009-2012

Alder	6-14	15-17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-80	I alt
Kvinder	385	472	1.220	958	900	921	756	566	249	<b>6.427</b>
Mænd	463	855	2.400	1.853	1.599	1.553	982	591	214	<b>10.510</b>
<b>I alt</b>	<b>848</b>	<b>1.327</b>	<b>3.620</b>	<b>2.811</b>	<b>2.499</b>	<b>2.474</b>	<b>1.738</b>	<b>1.157</b>	<b>463</b>	<b>16.937</b>

### 10.3 Bilag 3

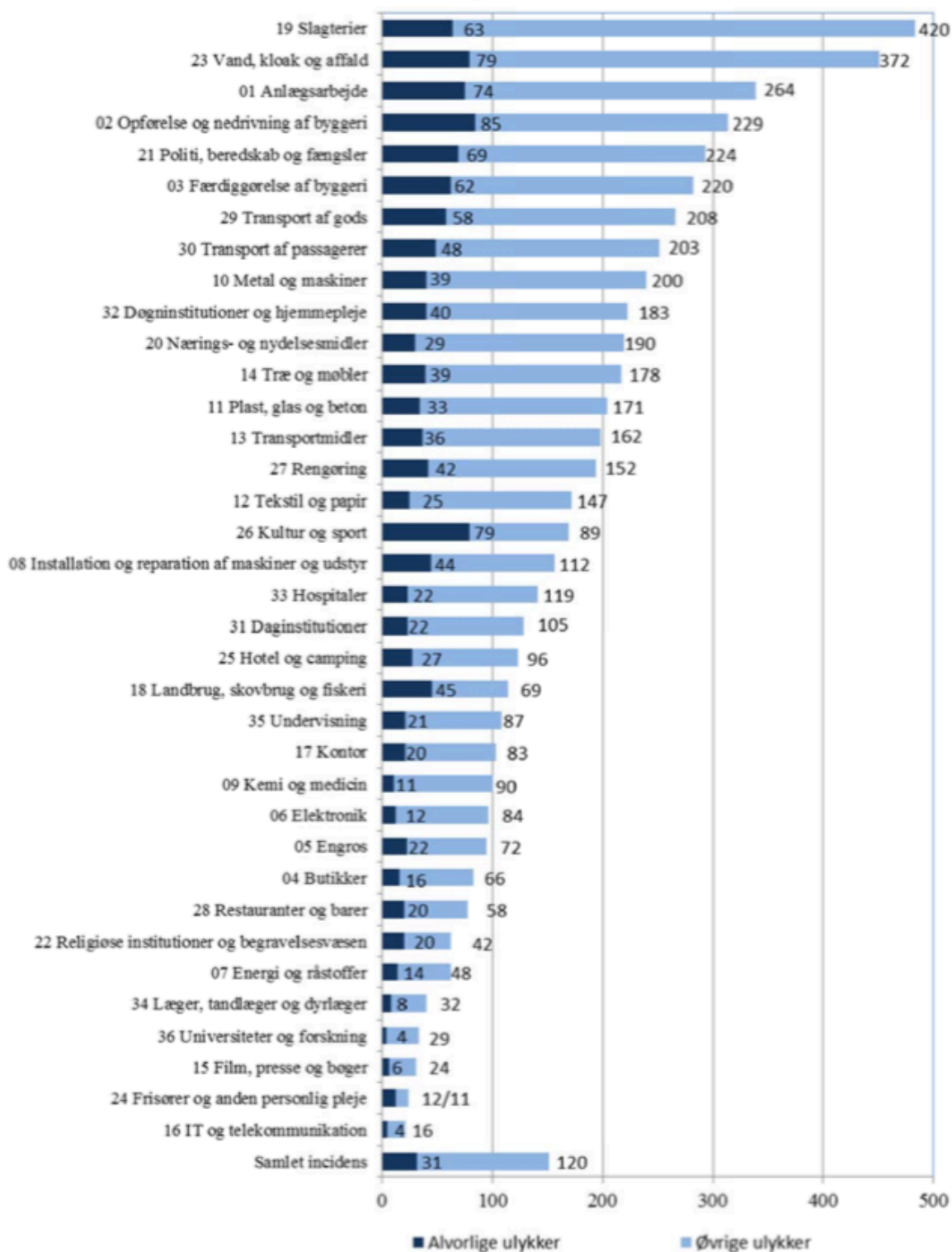


<sup>86</sup> Forsikring og Pension. Se afsnit 9.3.

<sup>87</sup> Forsikring og Pension. Se afsnit 9.3.

## 10.4 Bilag 4

Figur 1.6: Anmeldte arbejdsulykker 2014 pr. 10.000 beskæftigede, fordelt på 36 branchegrupper for henholdsvis arbejdsulykker med mindst 3 ugers forventet arbejdsudytighed og øvrige arbejdsulykker. Diagrammet er rangeret efter faldende incidens for samtlige arbejdsulykker.



## 10.5 Bilag 5

”Hvilke skader dækker forsikringen ikke?

### A. Sygdom

Følger af ulykkestilfælde, der skyldes enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse. Dette gælder også, selvom den forudbestående sygdom, sygdomsanlægget eller lidelsen ikke har været symptomgivende før ulykkestilfældet.

### B. Forværring af følger

Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes enhver forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, uanset om der har været symptomer eller ej før ulykkestilfældet.

### C. Nedslidning og overbelastning

1. Skader på kroppen som følge af nedslidning eller skader på kroppen som følge af overbelastning, der ikke er pludselig
2. Varige mén som følge af en overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykken.”<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> Se 9.3 Topdanmarks forsikringsvilkår ved ulykkesforsikring.